اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی

▫ **شیرین مجاور***، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
▫ **غلامعلی افروز**، استاد ممتاز روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
▫ **عاطفه محمدی فیض‌آبادی**، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
▫ **زهرا بابازاده**، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۳۰ ● تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۱ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۴۷ - ۶۰

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی بود. پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام گرفت. جامعه آماری مطالعه شامل والدین دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی مدارس استثنایی شهر سقز در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. افراد نمونه در مرحله نخست به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از تکمیل مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب پلهام و همکاران (۱۹۹۲) و کسب حد نصاب لازم برای ورود به پژوهش با استفاده از انتساب تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۵ نفر برای هر گروه) قرار گرفتند. گروه آزمایشی ۸ جلسه آموزش مدیریت والدین را به‌صورت گروهی دریافت نمودند و گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های حاصل با آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره در نرم افزار SPSS 20 تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که اختلال‌های رفتار مخرب (کل)، بیش‌فعالی / تکانش‌گری، اختلال سلوک، نافرمانی / لجبازی، نارسایی توجه و رفتار مخرب نامشخص دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی، در مقایسه با گروهی که آموزش مدیریت والدین را دریافت نکرده‌اند، نمره کمتری داشتند. بنابراین، یافته‌های مطالعه نشان داد که آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب و زیرمقیاس‌های آن در دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی تأثیر مثبت دارد.

واژه‌های کلیدی: آموزش مدیریت والدین، اختلال‌های رفتار مخرب، دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی

* Email: shirin.mojaver@ut.ac.ir

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

مقدمه

مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها[1] گزارش کرده‌اند که ۱۳/۹ درصد کودکان بین سنین ۳ تا ۱۷ سال در ایالات متحده آمریکا ناتوانی رشدی دارند. در سال‌های بین ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۸ شیوع ناتوانی‌های رشدی ۱۷ درصد افزایش داشته است (۱). شواهد پژوهشی بیانگر این است که ناتوانی‌های رشدی به‌دلیل افزایش میزان زنده ماندن کودکانی که در اثر زایمان زودرس یا اختلالات کروزومومی مانند نشانگان دان متولد شده‌اند، شیوع گسترده‌ای دارد. صرف از نظر علت، بیش از هر زمان دیگری کودکان با ناتوانی‌های رشدی به‌عنوان اختلال طیف اُتیسم، کم‌توان‌ذهنی، نشانگان دان، اختلال یادگیری خاص و فلج مغزی تشخیص داده شده‌اند. کودکان با ناتوانی رشدی علاوه بر تأخیرهای عملکردی فکری ناشی از ناتوانی در رشد، در مقایسه با کودکان عادی رفتارهای ناسازگارانه بیشتری دارند (۲). از بین ناتوانی‌های رشدی، کودکان کم‌توان‌ذهنی[2] کودکانی هستند که محدودیت‌های اساسی در کارکرد هوشی (هوشبهر بین ۷۰ تا ۷۵ یا پایین‌تر) و رفتار سازشی (مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی) در دوره رشد (قبل از ۱۸ سالگی) دارند (۳). مطابق پنجمین نسخه تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، مشخصه اصلی کم‌توانی‌ذهنی عبارت است از نقص‌هایی در توانایی ذهنی، مثل استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری تحصیلی و یادگیری از تجربه است. این کاستی‌ها به نقص‌هایی در عملکرد سازگارانه منجر می‌شوند، به‌طوری که در یک یا چند حیطه زندگی از جمله در ارتباط با دیگران، مشارکت اجتماعی، عملکرد تحصیلی یا شغلی و استقلال شخصی در خانه یا در جامعه به استقلال شخصی و مسئولیت اجتماعی دست یابند (۴).

همبودی کم‌توانی‌ذهنی و مشکلات رفتاری به‌طور فزاینده‌ای شناخته شده است (۵). مشکلات رفتاری افراد کم‌توان‌ذهنی ممکن است به‌صورت رفتارهای کلیشه‌ای، رفتار آسیب‌زا یا مخرب، رفتارهای پرخاشگرانه نسبت به افراد دیگر، رفتارهایی که منجر به آسیب به خود یا دیگران می‌شوند و یا از بین بردن دارایی خود نشان داده شود (۶). در این راستا، یکی از مشکلات رفتار برون‌نمود، اختلال‌های رفتار مخرب[3] است که طبقه‌ای از اختلال‌های روانی است که با رفتار آسیب‌رسان اجتماعی مشخص می‌شود که بیشتر موجب ناراحتی دیگران می‌شود. اختلال سلوک[4]، اختلال نافرمانی / لجبازی[5]، نارسایی توجه/ بیش‌فعالی[6] از اختلال‌هایی هستند که به‌عنوان اختلال‌های رفتار مخرب طبقه‌بندی شده‌اند. به‌عبارت دیگر، این اختلالات در بیشتر اوقات با اختلال‌های رفتار مخرب مرتبط هستند (۷). در این راستا، براساس تعریف پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال سلوک به الگوی رفتاری پایدار و تکرار شونده‌ای اشاره دارد که مشتمل بر نقض حقوق اساسی دیگران و تجاوز از هنجارهای اجتماعی متناسب با سن کودک و نوجوان (زیر ۱۸ سال) است. همچنین، اختلال نافرمانی/ لجبازی با الگوی خُلق خشمگین/ تحریک‌پذیر، رفتار جنجالی/نافرمانی یا کینه‌جویی که حداقل ۶ ماه ادامه دارد، مشخص می‌شود. کودکان با این اختلال معمولاً با بزرگترها جر و بحث می‌کنند، زود از کوره درمی‌روند و خشمگین و زودرنج هستند، آنها مکرراً در مقابل درخواست‌های بزرگسالان نافرمانی کرده و عمداً باعث ناراحتی دیگران می‌شوند. علاوه بر این، نارسایی توجه /بیش‌فعالی با الگوی پایدار نارسایی توجه و یا بیش‌فعالی / تکانش‌گری که در عملکرد روزانه فرد اختلال ایجاد می‌کند، مشخص می‌شود (۳). این اختلال‌ها مشکلات فراوانی را در زندگی روزمره کودک ایجاد می‌کند که نه فقط خود کودک بلکه خانه، آموزشگاه و جامعه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). مطالعات بین‌المللی که بر روی کودکان و نوجوانان کم‌توان‌ذهنی متمرکز شده‌اند، میزان مشکلات رفتاری را حدوداً ۳ برابر بیشتر از کودکان عادی گزارش کرده‌اند (۹). در یک مطالعه متمرکز بر اختلال‌های رفتار مخرب، ۰/۳۹ درصد از کودکان ۵ ساله کم‌توان‌ذهنی، نارسایی توجه / بیش‌فعالی داشتند در حالی که ۱۲ درصد کودکان عادی در مقایسه با کودکان کم‌توان‌ذهنی، نارسایی توجه/ بیش‌فعالی دارند. همچنین، بین ۲۴ تا ۴۴ درصد از کودکان کم‌توان‌ذهنی در مقایسه با کودکان عادی، اختلال نافرمانی داشتند (۱۰). همچنین، باکلی، گلاسن و چنشیوع اختلال سلوک و شیوع نارسایی

1. centers for disease control and prevention (cdc)
2. mental disability
3. disruptive behavior disorders
4. conduct disorder
5. oppositional defiant disorder
6. attention deficit hyperactivity disorder

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

توجه / بیش‌فعالی را در کودکان کم‌توان‌ذهنی به ترتیب بین ۳ تا ۲۱ درصد و ۳۰ درصد تخمین زده‌اند (۱۱).

والدینی که کودکان کم‌توان‌ذهنی دارند، استرس، اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. این اضطراب و استرس به‌شدت به میزان بهره هوشی فرزندانشان بستگی دارد. به‌طور معمول، اکثر کودکان کم‌توان‌ذهنی در دوره رشد و تحول نیاز مبرمی به حمایت والدین خود دارند. به‌عبارت دیگر، این کودکان برای دستیابی به رفتارهای سازگارانه و انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، نیاز به حمایت بالایی دارند. در نتیجه، شرایط ویژه کودک و تحمیل هزینه‌های سنگین آموزشی و درمانی بر خانواده، بر شیوه‌های فرزندپروری والدین تأثیرات منفی می‌گذارد (۱۲). تغییر سبک زندگی به‌واسطه تولد کودک با ناتوانی، مشکلات روزمره و حس ناتوانی والدین در کنترل رفتارهای کودک بر کیفیت روابط با محیط بیرونی و کیفیت تعامل بین والدین و کودک اثرات منفی دارد (۱۳). والدین کودکان با اختلال‌های رفتار مخرب به‌دلیل ماهیت پرخاشگرانه، سرکش و فریبکارانه رفتارهای فرزندان‌شان، پریشان می‌شوند. والدین گزارش می‌دهند که آنها باید به‌طور مداوم فرزندان خود را کنترل و نظارت کنند، سعی کنند از آسیب رساندن به‌خود یا دیگران جلوگیری کنند (۱۴و ۱۵). بنابراین مشکلات رفتاری کودک می‌تواند بازتابی از مشکلات روانی و رفتاری والدین به‌ویژه مادر باشد (۱۶). طیف گسترده‌ای از احساسات و تأثیرات منفی ناشی از رفتارهای نامطلوب کودک با کم‌توانی‌ذهنی در رفتار والدین کاملاً مشهود است. افزایش شیوه‌های مثبت فرزندپروری والدین احتمالاً باعث کاهش رفتارهای منفی در کودکان می‌شود که به نوبه خود باعث کاهش استرس آنها می‌شود. از سوی دیگر، والدین نیز نقش مهمی در رشد روانی اجتماعی کودکان دارند (۱۷). نقش والدین در رشد اجتماعی کودک ضروری است. والدین باید در هر زمان نسبت به رفتارهای کودکان‌شان پاسخگو باشند تا فرآیند اجتماعی شدن در کودکان تسهیل شود (۱۸). شیوه‌های فرزندپروری مانند بی‌ثباتی در رفتار بر تنظیم هیجانات کودک تأثیر منفی می‌گذارد که به نوبه خود می‌تواند منجر به اختلال‌های رفتار مخرب شود (۱۹).

طی چند دهه گذشته تعدادی از مداخلات والدین برای خانواده‌های دارای کودک کم‌توان‌ذهنی طراحی شده است (۲۰). این مداخلات برای بهبود توانایی والدین در فرزندپروری با هدف اصلی تأثیرگذاری بر سلامت روانی اجتماعی والدین بوده است (۲۱). اکثر این برنامه‌ها شامل مهارت‌آموزی، آموزش والدین و حمایت از آنها می‌باشند. بر این اساس می‌توان چنین نتیجه گرفت که این مداخلات متمرکز بر ارائه دانش و فنون می‌باشند (۲۲). اهداف اصلی این مداخلات کاهش تأثیر چالش‌های پیش‌روی خانواده کودکان با ناتوانی از طریق آموزش دانش و مهارت‌های جدید به آنان جهت کاهش مشکلات رفتاری، عاطفی و رشد کودک است (۲۳). در این نوع از مداخلات روان‌شناختی خانواده، روان‌شناس یا مشاور تلاش می‌کند تا همه اعضای مؤثر خانواده را با هم‌اندیشی و همدلی، ایجاد نگرش مثبت و انگیزه غنی، مستقیم و غیرمستقیم برای تحقق بخشیدن به اهداف برنامه تدوینی با خود همراه سازد (۴). از میان مداخلات خانواده محور، آموزش مدیریت والدین[1] به‌عنوان روشی برای درمان مشکلات رفتاری کودکان اعم از اختلال‌های رفتار مخرب با استفاده از روش‌هایی که در آن به والدین آموزش داده می‌شود تا رفتار فرزند خود را تغییر دهند، تعریف می‌شود (۲۴). والدین با کمک درمانگر، روش‌های خاصی را برای تعامل اجتماعی، ارتقاء رفتارهای اجتماعی و کاهش رفتارهای انحرافی به‌کار می‌برند. همچنین، آموزش مدیریت والدین برای کودکان سنین پیش‌دبستانی (۴ تا ۶ سال) و دبستانی (۷ تا ۱۱ سال) مؤثر است (۲۵).

آموزش مدیریت والدین مبتنی بر رویکرد یادگیری اجتماعی است. عناصر اصلی این آموزش، مداخله بر روی والدین است و درمانگر به کودک اصول رفتاری را آموزش نمی‌دهد. محتوای برنامه آموزش مدیریت والدین به‌طور معمول شامل آموزش اصول فرزندپروری است و درمانگر توضیحاتی در مورد مشکلات رفتاری، شناخت عوامل مؤثر بر رفتار کودک به والدین ارائه می‌دهد و کاربرد روش‌های تقویت مثبت مانند تحسین کردن کودک و روش‌های تقویت منفی مانند محروم کردن و جریمه کردن کودک در هنگام بروز مشکل رفتاری به‌جای تنبیه بدنی، دادن دستورالعمل‌های روشن و حل مسئله را به والدین به‌صورت عینی آموزش می‌دهد (۲۶). همچنین، آموزش مدیریت والدین به شیوه‌هایی اطلاق می‌شود که در آنها یکی از والدین یا هر دو، آموزش می‌بینند که علاوه بر بهبود کنترل و نظارت بر کودک‌شان، ارتباط مؤثرتری با او داشته باشند. اساس آموزش والدین بر این دیدگاه

1. parent management training

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

استوار است که مشکلات رفتاری کودکان در نتیجه تعاملات غلط بین کودک و والدین به‌وجود آمده و تداوم می‌یابد و رابطه بین کودک و والد دو سویه است (۲۷). پژوهش‌های محدودی در زمینه تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش بروز اختلال‌های رفتاری مخرب کودکان کم‌توان‌ذهنی انجام شده است. اسکوتارکزاک و لی در پژوهشی، فراتحلیل تأثیر آموزش مدیریت والدین بر اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان با ناتوانی رشدی (کم‌توان‌ذهنی، نشانگان دان و اختلال طیف اُتیسم) را بررسی کردند. گروه نمونه پژوهش مشتمل بر ۵۴۰ کودک (۲۷۵ نفر در گروه آزمایشی و ۲۶۵ نفر در گروه گواه) بود. نتایج پژوهش بیانگر آن بود که آموزش مدیریت والدین تأثیر معناداری بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب دارد (۲۸). کارول به بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب از قبیل اختلال نافرمانی / لجبازی، اختلال سلوک و نارسایی توجه / بیش‌فعالی پرداخت. نتیجه پژوهش بیانگر آن بود که آموزش مدیریت والدین موجب کاهش اختلال‌های رفتار مخرب می‌شود (۲۹). هالاندر و همکاران در پژوهشی به بررسی تأثیر ترکیبی درمان شناختی رفتاری و مدیریت والدین و آموزش مدیریت والدین بدون درمان شناختی رفتاری بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب پرداختند. نتایج نشان داد که استفاده از دو روش درمان شناختی رفتاری و مدیریت والدین به‌طور ترکیبی تأثیر معناداری در کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در مقایسه با استفاده از مدیریت والدین به تنهایی دارد (۳۰). در این راستا، هالاندر در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین برای کودکان با اختلال‌های رفتار مخرب پرداخت. این پژوهش در قالب طرح نیمه‌آزمایشی همراه با گروه گواه و پیش‌آزمون و پیگیری نتیجه پژوهش به مدت ۱ تا ۲ سال انجام گرفت. نتیجه پژوهش مبین آن بود که هر دو درمان شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین در کاهش اختلال‌های رفتار مخرب به‌ویژه اختلال سلوک و نافرمانی-لجبازی با سطح شدید مؤثرند. سپس در این پژوهش، بررسی شد که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با آموزش مدیریت والدین تأثیر بیشتری دارد اما در زمان پیگیری این پژوهش، به مدت ۲ سال کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در کوکان گروه نمونه پژوهش مشهود بود و هیچ تفاوتی بین این دو روش درمانی وجود نداشت و درمان ترکیبی اثربخش‌تر بود (۳۱). کاستین و چمبر در پژوهشی به بررسی آموزش مدیریت والدین بر اختلال نافرمانی-لجبازی کودکانی که دارای اختلال نافرمانی / لجبازی بودند، پرداختند. روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی همراه با گروه گواه و آزمایشی بود. نتایج پژوهش بیانگر آن بود که این آموزش موجب کاهش اختلال نافرمانی / لجبازی کودکان شده است و پس از ۵ ماه پیگیری کاهش اختلال نافرمانی / لجبازی تداوم داشت (۳۲). مکنیل و همبریکیگین در پژوهشی اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر اختلال نافرمانی / لجبازی کودکان را بررسی کردند. نتایج نشان‌دهنده مؤثر بودن این آموزش در کاهش اختلال نافرمانی / لجبازی داشت (۳۳). هاشمیان و جراحی و هبرانی در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش چندگانه مدیریت والدین در درمان کودکان با اختلال نافرمانی / لجبازی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده اثربخش بودن این مداخله در کاهش اختلال نافرمانی / لجبازی بود (۳۴). رقیبی، فولادی و بخشیان به بررسی درمان رفتاری و آموزش مدیریت والدین بر رفتار کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی پرداختند. ۹ دختر و ۵۲ پسر ۶ تا ۱۴ ساله در این مطالعه شرکت کردند. میانگین نمرات نشان داد که علائم نارسایی توجه / بیش‌فعالی پس از مداخله به‌طور معناداری کاهش می‌یابد (۳۵). غنی‌زاده و شهریور تأثیر آموزش والدین را برای رفتار کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و سلامت روان والدین این کودکان بررسی نمودند. نتایج بیانگر آن بود که آموزش مدیریت والدین باعث بهبود رفتار کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و سلامت عمومی والدین می‌شود (۳۶). همچنین، زووی، جونز، تورگراد، یورک و دنیس در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که از مداخلات مهم بر کاهش اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودکان آموزش مدیریت والدین است که موجب کاهش این نارسایی در آنان می‌شود (۳۷). کازدین و همکاران در پژوهشی تأثیر آموزش مدیریت والدین برای اختلال سلوک در کودکان را بررسی کردند. نتایج پژوهشی نشان داد که خانواده‌هایی که این آموزش را دریافت نموده بودند، تغییرات قابل توجهی در کاهش افسردگی، استرس و روابط خانوادگی داشتند و کاهش معناداری در اختلال سلوک در فرزندان این خانواده‌ها مشاهده شد (۳۸). لالی، ملک‌پور، مولوی، عابدی و اصغری مبارک به بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین، آموزش حل مسئله و آموزش التقاطی بر اختلال سلوک دانش‌آموزان دبستان پرداختند. ۴۰ نفر از دانش‌آموزان پسر (۱۰ تا ۱۱ ساله) به‌طور تصادفی انتخاب شدند و در گروه‌های آزمایشی و گواه

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

قرار گرفتند. گروه آزمایشی سه نوع مداخله از قبیل آموزش مدیریت والدین، آموزش حل مسئله و آموزش ترکیبی را دریافت کردند. نتایج بیانگر آن بود که تفاوت معناداری بین گروه آزمایشی (دریافت آموزش) و گروه گواه وجود داشته و تفاوت معناداری بین این سه روش آموزشی مشاهده نشد و هر سه آموزش موجب کاهش اختلال سلوک در دانش‌آموزان شده بود. همچنین، نتایج نشان داد که آموزش ترکیبی مؤثرتر از آموزش مدیریت والدین است (۳۹). فارلونگ و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که یکی از مهمترین مداخلات خانواده محور که موجب کاهش اختلال سلوک و رفتارهای مخرب در کودکان می‌شود، آموزش مدیریت والدین است که برنامه‌های آموزش مدیریت والدین برای تقویت رفتارهای مطلوب و کاهش اختلال سلوک در کودکان با سنین ۳ تا ۱۲ سال مؤثر است (۴۰).

بنابراین، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان کم‌توان‌ذهنی عواقب منفی طولانی مدت بر خانواده‌ها دارد و پژوهشگران، بر اهمیت ارائه مداخله آموزش مدیریت والدین تأکید دارند و هدف بسیاری از برنامه‌های والدینی، بهبود شیوه‌های فرزندپروری، تقویت رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای منفی در کودکان از طریق تشویق‌های کلامی، انواع تقویت‌های مثبت، استفاده از محرومیت و حذف پاداش برای کاهش رفتارهای نامناسب می‌باشد (۴۱). در این راستا، شواهد پژوهشی مؤثر بودن آموزش مدیریت والدین را نشان می‌دهد که این امر موجب می‌شود که والدین ارتباط مؤثر و مطلوبی را با کودکان کم‌توان‌ذهنی خود برقرار کنند که کاهش رفتارهای مخرب آنان را به‌دنبال دارد (۴۲). در واقع، آموزش مدیریت والدین مزایای متعددی دارد، نخست اینکه والدین بیشترین تماس را با فرزندان‌شان دارند و می‌توانند بیشترین تأثیر را در تغییر رفتار آنان داشته باشند، به‌علاوه می‌توانند پایداری درمان را میسر سازند (۴۳). ادبیات پژوهشی به تأثیر محیط مانند تأثیر والدین بر مسائل رفتاری کودکان را اشاره می‌کنند. بنابراین، بررسی برخی متغیرهای محیطی مثل تأثیر والدین بر رفتارهای کودکان کم‌توان‌ذهنی حائز اهمیت است. از سوی دیگر، پژوهش‌های اندک در زمینه تأثیر آموزش مدیریت در کاهش اختلال‌های رفتار مخرب کودکان و نوجوانان کم‌توان‌ذهنی انجام شده است. در ایران این پژوهش در گروه کم‌توانان‌ذهنی انجام نشده است. بنابراین، پژوهش‌های اندکی در زمینه تأثیر آموزش مدیریت در کاهش اختلال‌های رفتار مخرب ضرورت این پژوهش را نشان می‌دهد. در نتیجه، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی بود.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه بود. متغیر مستقل در این پژوهش آموزش مدیریت والدین و متغیر وابسته، اختلال‌های رفتار مخرب و زیرمقیاس‌های آن بود. جامعه آماری مطالعه شامل تمامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی شهر سقز در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی بود. مادران واجدالشرایط به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از آموزشگاه استثنایی شهر سقز وارد مطالعه شدند و سپس، در دو گروه آزمایشی و گواه، در هر گروه ۱۵ نفر، به شیوه تصادفی جایگزین شدند. ملاک ورود به مطالعه عبارت بود از کم‌توانی‌ذهنی دانش‌آموزان، ابتدایی بودن دانش‌آموز (کلاس اول تا ششم ابتدایی)، سلامت جسمی و روانی مادران، رضایت کامل مادران برای شرکت در پژوهش و شرکت در کل جلسات توسط پژوهشگر بود. ملاک خروج عدم همکاری، عدم شرکت کردن والدین در بیش از ۲ جلسه بود. لازم به ذکر است که پیش از انجام پژوهش، مشاور آموزشگاه استثنایی شهر سقز با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه بالینی با مادران دانش‌آموزان نمونه پژوهش اطلاعاتی از نحوه رفتار آنان با فرزندان‌شان و نیز اطلاعات جسمی و روانی مادران را جمع آوری و در پرونده مشاوره آموزشگاه به‌طور کامل ثبت کرد. همچنین، علاوه بر انجام مصاحبه بالینی از والدین این دانش‌آموزان، هر ماه یا هر دو هفته بازدید از منزل این مادران برای بررسی وضعیت خانوادگی، اقتصادی، مشاهده و ارزیابی کیفیت روابط اجتماعی بین اعضای خانواده و بررسی وجود اعتیاد و یا بیماری‌های جسمانی توسط کادر آموزشگاه اعم از مشاور انجام گرفت. علاوه بر این، با توجه به ارزیابی ارتباط الگوهای فرزندپروری و سبک رفتاری خانواده و نحوه ارتباط پدر و مادر با فرزندان با مساعدت و همکاری معاونت اجتماعی اداره بهزیستی شهرستان سقز، طی بازدیدهای مشاور و مددکار اداره بهزیستی از نحوه کیفیت روابط اجتماعی بین اعضای

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

خانواده و مطالعه پرونده مددکاری و روان‌شناسی موجود در آموزشگاه و اداره بهزیستی و تشکیل جلسات مشاور آموزشگاه در جهت مشاهده و مصاحبه بالینی با والدین به‌ویژه مادران دانش‌آموزان صورت گرفت که بر این اساس، مادرانی انتخاب شدند که فاقد بیماری جسمی و روانی بودند. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، با استفاده از روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و روش‌های استنباطی شامل آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار spss 20 صورت گرفت. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد. همچنین، بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوارایانس چندمتغیره با نرم‌افزار spss 20 شامل آزمون لوین (برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها) و آزمون باکس (برای همسانی ماتریس کواریانس) انجام گرفت. در این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه و محرمانه ماندن اطلاعات مادران دارای کودک کم‌توان‌ذهنی رعایت شد.

ابزار

۱) مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب[1]

در این پژوهش برای ارزیابی اختلال‌های رفتار مخرب از مقیاس درجه‌بندی اختلال‌های رفتار مخرب استفاده شد. این مقیاس توسط پلهام و همکاران (۴۴) ساخته شده است و هدف آن اندازه‌گیری و غربال‌گری اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان است. این مقیاس توسط والدین یا معلم دانش‌آموز به‌صورت انفرادی تکمیل می‌شود و نمره‌گذاری این مقیاس به‌صورت به‌هیچ وجه= ۰، کمی= ۱، زیاد=۲ و خیلی زیاد = ۳ می‌باشد و نمره‌گذاری معکوس ندارد. مقیاس اولیه دارای ۴۵ گویه و دارای ۴ خرده مقیاس از قبیل بیش‌فعالی-تکانش‌گری (پرسش‌های ۱ تا ۱۱)، نارسایی توجه (پرسش‌های ۱۲ تا ۲۱)، اختلال سلوک (پرسش‌های ۲۲ تا ۲۴) و نافرمانی-لجبازی (پرسش‌های ۲۵ تا ۴۵) بود. نسخه ایرانی این مقیاس دارای ۳۷ گویه است که از طریق نتایج تحلیل عاملی، پنج خرده مقیاس بیش‌فعالی-تکانش‌گری، اختلال سلوک، نافرمانی-لجبازی، نارسایی توجه و رفتار مخرب نامشخص به‌دست آمد و در نسخه ایرانی گویه‌های۲، ۳۷، ۱، ۱۱، ۳۸ ،۴۴، ۴۵ و۴۳ به‌دلیل همبستگی پایین با کل آزمون و عدم تناسب محتوای آنها با فرهنگ ایرانی حذف شدند (۸) در ایران نیز این مقیاس توسط باعزت و احمدی ترجمه و ساختار عاملی ویژگی‌های روان‌سنجی آن در جامعه ایرانی مورد تأئید قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های استخراج شده بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ و برای کل مقیاس ۰/۹۲ به‌دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب نسخه فارسی مقیاس است (۸). همچنین، پایایی این مقیاس در مطالعه ارفورد براساس روش بازآزمایی ۰/۹۲ گزارش شد (۴۵). شایان ذکر است که از نسخه ایرانی این مقیاس با ۳۷ گویه در این پژوهش استفاده گردید.

۲) معرفی برنامه مداخله

برنامه مداخله آموزش مدیریت والدین مبتنی بر پروتکل آموزش مدیریت والدین کازدین (۴۶) تنظیم شد. جلسات آموزش مدیریت والدین در قالب ۸ جلسه در طول یک ماه، ۲ بار در هفته (هر جلسه ۹۰ دقیقه) در آموزشگاه استثنایی شهر سقز برگزار شد. خلاصه جلسات آموزش مدیریت والدین همراه با تعداد جلسات آموزشی، اهداف تکلیف، محتوای جلسات و تکالیف در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱) جلسات آموزشی مدیریت والدین براساس پروتکل آموزش مدیریت والدین کازدین (۴۶)

جلسات آموزشی	اهداف	محتوا جلسات آموزش مدیریت والدین	تکالیف
جلسه یکم	تغییر نگرش والدین نسبت به اختلال و رفتارهای مشکل‌ساز	سلام و احوال‌پرسی، توضیح به مادران در مورد ویژگی‌های رفتاری دانش‌آموزان آهسته‌گام، گرفتن پیش‌آزمون از مادران و تعیین اختلال‌های رفتار مخرب فرزندشان از طریق مقیاس است.	تکنیک تحسین و توجه

1. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

جلسات آموزشی	اهداف	محتوا جلسات آموزش مدیریت والدین	تکالیف
جلسه دوم	کاربرد پاداش و رفتارها	توضیح تقویت مثبت و شناساندن انواع تقویت‌کننده‌ها در مدیریت رفتار	تکمیل جدول تقویت مثبت
جلسه سوم	هدف یادگیری فنون تحسین و تشویق	آموزش روش‌های افزایش رفتارهای مطلوب از طریق فنون ارائه تحسین القایی و کاهش رفتارهای نامطلوب از طریق وقفه انداختن در تقویت	تکنیک تحسین القایی، تکنیک وقفه انداختن در تقویت
جلسه چهارم	بهبود رفتار کودک در منزل و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه	توضیح شکل‌دهی رفتار خاص توسط والدین، استفاده از محروم کردن برای رفتارهای پرخطر و پرخاشگرانه	تکنیک جریمه و محروم‌سازی
جلسه پنجم	اصلاح نگرش والدینی که تنبیه را به‌عنوان روش اولیه انضباط به کار می‌برند.	کاربرد منفی تنبیه بدنی	استفاده از تسلیم، انجام تکلیف (ارتباط خانه و آموزشگاه) و جمع بندی آموخته‌ها
جلسه ششم	آموزش مدیریت رفتاری والدین و مهار رفتار، استفاده مؤثر از بی‌توجهی	توضیح داده می‌شود که از روش بی‌توجهی یا بی‌اعتنایی برای کاهش رفتار نامناسب استفاده کنند.	-
جلسه هفتم	جلوگیری از بدرفتاری‌های شدید	تدوین برنامه اقتصاد پته‌ای در خانه	استفاده از تکنیک حذف پاداش‌ها و امتیازها
جلسه هشتم	مرور مطالب آموخته‌شده و اصلاح یادگیری، چگونگی مدیریت مشکلات در آینده	جلسات قبل مرور می‌شود و در پایان پس‌آزمون گرفته می‌شود.	انجام تکلیف (ارتباط خانه و آموزشگاه)

روش اجرا

در ابتدا، خلاصه جلسات آموزش مدیریت والدین بر اساس پروتکل آموزش مدیریت والدین کازدین (۴۶) در جدول (۱) توسط پژوهشگر تعیین شد. لازم به ذکر است که یکی از پژوهشگرها (نویسنده چهارم مقاله) آموزگار و مشاور در آموزشگاه استثنایی شهر سقز می‌باشد که با همکاری مدیر آموزشگاه هماهنگی‌های لازم را با مادران این آموزشگاه جهت شرکت در پژوهش انجام داد و بعد از گرفتن رضایت‌نامه، این مادران در جلسات آموزش مدیریت والدین شرکت کردند. اطلاعات جمعیت‌شناختی از مادران گرفته شد و سپس، مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب، به‌عنوان پیش‌آزمون برای هر دو گروه به صورت انفرادی اجرا شد. از هر یک از آزمودنی‌ها درخواست شد که به پرسش‌های مربوطه پاسخ دهند. پس از آن، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه گواه و آزمایشی تقسیم شدند. آزمودنی‌ها (مادران) ۸ جلسه‌ی آموزش مدیریت والدین را مطابق با جدول (۱) در طول یک ماه دو بار در هفته (در هر جلسه ۹۰ دقیقه) و به‌صورت گروهی دریافت کردند. پس از پایان جلسات آموزش مدیریت والدین، پس‌آزمون از همه‌ی اعضای گروه آزمایشی و گواه با استفاده از ابزار مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب پلهام و همکاران (۴۴) به‌عمل آمد. جلسات آموزش مدیریت والدین به‌صورت گروهی در آموزشگاه استثنایی شهر سقز اجرا شد. همچنین، فقط مادران مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب را تکمیل و آموزش مدیریت والدین (مادران) را دریافت کردند. روایی محتوایی پروتکل آموزش مدیریت والدین توسط ۴ نفر از متخصصان روان‌شناسی دارای مدرک دکتری تأیید شد و سپس در این پژوهش به کار رفت.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

یافته ها

آزمودنی‌های این پژوهش را مادران دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی تشکیل دادند. در گروه گواه، ۱۰ نفر از مادران دارای فرزند پسر (۶۶/۷ درصد) و ۵ نفر دارای فرزند دختر (۳/ ۳۳ درصد) بودند. در گروه آزمایشی، ۹ نفر از مادران دارای فرزند پسر (۶۰/۰ درصد) و ۶ نفر دارای فرزند دختر (۴۰/۰ درصد) بودند. همچنین، از نظر تحصیلات مادران، در گروه گواه، ۹ نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم (۶۰/۰)،۳ نفر دیپلم (۲۰/۰)،۱ نفر فوق دیپلم (۶/۷)، ۲ نفر لیسانس (۱۳/۳) بودند. در گروه آزمایشی ۵ نفر از مادران دارای تحصیلات زیر دیپلم (۳۳/۳)، ۳ نفر دیپلم (۲۰/۰)، ۳ نفر فوق دیپلم (۲۰/۰) و ۴ نفر لیسانس (۲۶/۷) بودند. میانگین و انحراف معیار سن مادران در گروه گواه ۱۰/۴۸± ۲۷/۶۶، و در گروه آزمایشی ۶/۰۱± ۳۲/۱۳ بود. میانگین و انحراف معیار سن دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی در گروه گواه ۱/۱۸± ۹/۶۰ ، و در گروه آزمایشی ۲/۱۳± ۹/۸۶ بود.

جدول ۲) توصیف آماری نمرات اختلال‌های رفتار مخرب در دو مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه آزمایشی و گروه گواه

گروه	متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گواه	بیش‌فعالی/ تکانش‌گری	۲۴/۶۶	۴/۲۲	۲۳/۸۶	۴/۶۱
	اختلال سلوک	۲۰/۲۶	۳/۱۷	۱۹/۴۰	۳/۰۶
	نافرمانی/ لجبازی	۲۰/۲۰	۱/۹۷	۱۸/۸۰	۲/۲۷
	نارسایی توجه	۱۲/۸۶	۲/۵۵	۱۲/۶۰	۲/۸۹
	رفتار مخرب نامشخص	۱۲/۶۶	۱/۹۸	۱۲/۸۶	۲/۲۵
	کل	۹۰/۶۶	۶/۸۸	۸۷/۵۳	۷/۵۰
آزمایشی	بیش‌فعالی/ تکانش‌گری	۲۳/۴۰	۳/۹۶	۱۴/۶۶	۲/۴۱
	اختلال سلوک	۱۸/۹۳	۲/۸۴	۱۵/۳۳	۲/۸۷
	نافرمانی/ لجبازی	۱۹/۴۶	۲/۶۱	۱۷/۰۶	۲/۴۰
	نارسایی توجه	۱۳/۰۰	۲/۶۴	۹/۴۰	۱/۵۰
	رفتار مخرب نامشخص	۱۱/۸۶	۲/۲۹	۷/۹۳	۱/۴۳
	کل	۸۴/۹۳	۷/۷۲	۶۴/۴۰	۳/۶۹

در جدول (۲) آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال‌های رفتار مخرب به تفکیک برای افراد گروه‌های آزمایشی و گواه در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در گروه کنترل میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر چندانی نکرده‌اند ولی در گروه آزمایشی شاهد کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون هستیم.

برای ارزیابی اثربخشی آموزش مدیریت والدین (مادران) بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. قابل ذکر است که قبل از اجرای تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده گردید. نتایج آزمون لوین نشان داد که در متغیرهای اختلال‌های رفتار مخرب (کل) (F=۲/۵۲ ،p>۰/۰۵)، بیش‌فعالی/ تکانش‌گری (p>۰/۰۵، F=۰/۳۵)، اختلال سلوک (F=۰/۰۲ ،p>۰/۰۵)، نافرمانی/ لجبازی (F=۲/۲۰ ،p>۰/۰۵)، نارسایی توجه (p>۰/۰۵، F=۱/۵۰) و رفتار مخرب نامشخص (F=۰/۶۴ ،p>۰/۰۵) مفروضه همگنی واریانس برقرار بود. علاوه بر این، نتایج

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

آزمون باکس برای همسانی ماتریس کواریانس نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس برقرار بود (p>۰/۰۵، F=۱/۵۷، BoxM=۲۹/۴۱). برای بررسی اینکه تأثیر هر دو گروه بر کدامیک از متغیرهای وابسته معنادار است، از تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول۳) نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره جهت مقایسه اختلال‌های رفتار مخرب (کل) در گروه‌های آزمایشی و گواه

منبع تغییرات	Ss	Df	Sm	F	P	Eta^2	توان آزمون
پیش‌آزمون	۹۵/۴۰	۱	۹۵/۴۰	۲/۹۱	۰/۰۹۹	۰/۰۹	۰/۳۷
گروه	۳۰۲۸/۹۲	۱	۳۰۲۸/۹۲	۹۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
خطا	۸۸۳/۹۳	۲۷	۳۲/۷۳				
کل	۱۷۸۱۲۱/۰۰۰	۳۰					

در جدول (۳) نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه اختلال‌های رفتار مخرب (کل) در گروه‌های آزمایشی و گواه، در مرحله پس‌آزمون نشان داده شده است. مقدار F به‌دست آمده برابر با ۹۲/۵۱ است و سطح معناداری آن نیز کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد (p<۰/۰۱). از این‌رو، فرض صفر رد و فرض پژوهش مبنی بر تأثیر تعیین اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی تأیید می‌شود. پس از مقایسه نمره کل اختلال‌های رفتار مخرب، زیرمقیاس‌های اختلال‌های رفتار مخرب با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. آماره لامبدای ویلکز به‌عنوان شاخص‌های آماری چندمتغیره در تحلیل کواریانس متغیرهای وابسته مشکلات رفتاری گزارش شد. شاخص اثر لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد، معنادار است و اندازه اثر برابر با ۰/۸۹ بود (p<۰/۰۰۱). سطح معناداری آماره چندمتغیری لامبدای ویلکز کوچکتر از ۰/۰۵ به‌دست آمد (F=۳۱/۱۵، p<۰/۰۵). بدین ترتیب، فرض صفر آماری رد و مشخص می‌شود که بین زیرمقیاس‌های اختلال‌های رفتار مخرب دو گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به‌منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایشی و گواه در هر یک از زیرمقیاس‌های اختلال‌های رفتار مخرب، از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول۴) خلاصه تحلیل کواریانس چندمتغیره برای تعیین تأثیر آموزش مدیریت والدین بر مؤلفه‌های اختلال‌های رفتار مخرب با تعدیل اثر پیش‌آزمون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	Ss	df	Sm	F	P	Eta^2	توان آماری
گروه	بیش‌فعالی / تکانش‌گری	۲۶۱/۵۱	۱	۲۶۱/۵۱	۲۵/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹
	اختلال سلوک	۸۸/۳۶	۱	۸۸/۳۶	۱۹/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۸
	نافرمانی / لجبازی	۳۹/۷۵	۱	۳۹/۷۵	۹/۴۷	۰/۰۰۵	۰/۲۹	۰/۸۳
	نارسایی توجه	۶۰/۷۶	۱	۶۰/۷۶	۱۵/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۶
	رفتارمخرب نامشخص	۱۰۱/۷۶	۱	۱۰۱/۷۶	۶۳/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره در جدول (۴) نشان داد که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها بر روی نمره پس‌آزمون، اثر گروهی در تمام پس‌آزمون‌ها، معنادار شد. به‌عبارت دیگر، در تمام پس‌آزمون‌ها، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

و گواه، تفاوت معنادار وجود داشت. این نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت مداخله آزمایشی (آموزش مدیریت والدین) بر اختلال‌های رفتار مخرب، بیش‌فعالی/ تکانش‌گری، اختلال سلوک، نافرمانی/ لجبازی، نارسایی توجه و رفتار مخرب نامشخص بود ($p<0/05$). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به پایین بودن میانگین نمرات گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با افراد گروه گواه، نتیجه گرفته می‌شود که آموزش مدیریت والدین مؤثر بوده و موجب بهبود اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان کم‌توان‌ذهنی شده است. میزان تأثیر یا تفاوت در مؤلفه‌های اختلال‌های رفتار مخرب مانند بیش‌فعالی/ تکانش‌گری برابر با (۰/۵۲)، اختلال سلوک (۰/۴۵)، نافرمانی/ لجبازی (۰/۲۹)، نارسایی توجه (۰/۴۰) و رفتار مخرب نامشخص (۰/۷۳) بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی بود. نتایج پژوهش بیانگر آن بود که آموزش مدیریت والدین در کاهش اختلال‌های مخرب دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی اثربخش بود.

یکی از نتایج پژوهش این بود که آموزش مدیریت والدین موجب کاهش اختلال‌های رفتار مخرب می‌شود. یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش اسکوتارکزاک و لی همسو است. اسکوتارکزاک و لی در پژوهشی نشان دادند که آموزش مدیریت والدین موجب کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان با ناتوانی رشدی (کم‌توان‌ذهنی، نشانگان دان و اختلال طیف اُتیسم) می‌شود (۲۸). همچنین، با یافته‌ی پژوهشی کارول همسو است. کارول نشان داد که تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان بهنجار تأثیر مثبت دارد (۲۹) اما نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش هالاندر و همکاران همسو نیست. هالاندر و همکاران اذعان داشتند که آموزش مدیریت والدین بدون به‌کارگیری مداخله مبتنی بر درمان شناختی رفتاری در مقایسه با تأثیر ترکیبی درمان شناختی رفتاری و مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب اثربخش نیست (۳۰). همچنین، یافته این پژوهش، با یافته پژوهش هالاندر همسو نیست. یافته پژوهش هالاندر مبتنی بر عدم اثربخشی آموزش مدیریت والدین بدون به‌کار بردن درمان شناختی رفتاری در مقایسه با تأثیر ترکیبی این دو درمان در مرحله پیگیری بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب بود (۳۱). امکان دارد علت ناهمسو بودن نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش هالاندر و همکاران (۳۰) و هالاندر (۳۱) این باشد که به‌کارگیری دو مداخله همزمان مانند درمان شناختی رفتاری و مدیریت والدین که مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی بندورا می‌باشند، اثربخشی بیشتری در مقایسه با استفاده از یک مداخله مانند مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتار مخرب داشته باشد. برای تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان به نتایج پژوهشی اسکوتارکزاک و لی، کارول اشاره کرد. آموزش مدیریت والدین موجب کاهش رفتارهای منفی، افزایش رفتارهای مثبت در والدین، تغییرات در فرزندپروری و آگاهی والدین نسبت به تغییر رفتارهای مخرب کودکان و نوجوانان می‌شود. آموزش مدیریت والدین باعث تغییر رفتار شناختی-عاطفی پدر و مادر و تغییر رفتار کودک، آگاهی والدین از طریق برخورد با کودکان، مهارت کنترل عواطف در مقابل رفتار کودکان، گذاشتن قوانین و مقررات مناسب در خانه و آموزشگاه موجب کاهش اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان شده است (۲۹). در واقع، در کنار محدودیت‌های هوشی در کودکان با ناتوانی رشدی از جمله کودکان کم‌توان‌ذهنی، مشکلات رفتار سازشی در آنان آشکار است که مدیریت رفتار ناصحیح والدین نیز سبب افزایش رفتارهای سازشی منفی و نامطلوب در آنان می‌شود. ولی می‌توان با آموزش روش‌های افزایش رفتارهای مطلوب از طریق فنون ارائه تحسین القایی و کاهش رفتارهای نامطلوب از طریق وقفه انداختن در تقویت، توضیح شکل‌دهی رفتار خاص توسط والدین، استفاده از محروم کردن برای رفتارهای خصمانه و پرخاشگرانه، اختلال‌های رفتار مخرب را کاهش داد (۲۸).

افزون بر این، یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت والدین بر کاهش بیش‌فعالی/ تکانش‌گری، دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی اثربخش بوده است. نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهشی زووی و همکاران همسو است. زووی و همکاران نشان دادند که آموزش مدیریت والدین بر کاهش بیش‌فعالی/ تکانش‌گری مؤثر است (۳۷). همچنین، یافته این پژوهش همسو با نتایج پژوهشی رقیبی و همکاران است. رقیبی و همکاران نشان دادند که آموزش مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کودکان تأثیر معناداری دارد (۳۵). علاوه بر این، نتیجه این پژوهش نشان‌دهنده

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

همسو بودن با نتایج غنی‌زاده و شهریور است. غنی‌زاده و شهریور در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش مدیریت والدین بر کاهش نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودکان مؤثر است (۳۶). نتیجه به دست آمده را بر اساس نتایج پژوهشی زووی و همکاران می‌توان تبیین کرد که رفتارهای بیش‌فعالی / تکانش‌گری بر فعالیت‌های زندگی روزمره اجتماعی، تحصیلی و شغلی تأثیر منفی می‌گذارد. بنابراین، یکی از مداخلات خانواده محور که می‌تواند در کاهش این رفتارهای منفی تأثیر مطلوبی داشته باشد، آموزش مدیریت والدین است که والدین با فراگیری شیوه‌های صحیح و مثبت فرزندپروری از جمله شیوه‌های تقویت مثبت و منفی رفتار کودک می‌توانند رفتارهای بیش‌فعالی و تکانشی او را کاهش دهند. در این راستا، آموزش مدیریت والدین، به والدین در جهت‌دهی و افزایش انعطاف‌پذیری رفتار فرزندان‌شان در کلاس درس کمک می‌کند (۳۷).

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال سلوک دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی مؤثر است، نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش کازدین و همکاران همسو است. کازدین و همکاران در پژوهشی نشان دادند که مداخله مدیریت والدین در کاهش یکی از مشکلات رفتاری مانند اختلال سلوک تأثیر معناداری دارد (۳۸). همچنین، نتیجه پژوهش حاضر با یافته پژوهش فارلونگ و همکاران همسو است. فارلونگ و همکاران اذعان داشتند که یکی از مداخلات محیطی که در کاهش اختلال سلوک می‌تواند اثر مثبتی داشته باشد، آموزش مدیریت والدین است (۴۰). علاوه بر این، نتیجه این پژوهش با یافته‌های پژوهش لالی و همکاران مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت والدین بر اختلال سلوک دانش‌آموزان دبستان همسو است اما در مقایسه با سایر روش‌های آموزشی مانند آموزش التقاطی تأثیر کمتری دارد (۳۹). براساس نتایج پژوهش کازدین و همکاران می‌توان اذعان داشت که با توجه به اینکه تعاملات بین کودک و والدین به‌ویژه مادر دو سویه است و کودک هر رفتار منفی اعم از قشقرق، مخالفت، لجبازی، مقابله و بی‌اعتنایی را انجام دهد، سبب می‌شود که رفتارهای منفی والدین به‌ویژه مادران را افزایش دهد. مانند تنبیه کردن کودک که این نیز سبب افزایش رفتارهای پرخاشگرانه، لجبازی و سایر رفتارهای منفی از قبیل اختلال سلوک در کودک می‌شود. بر این اساس، آموزش مدیریت والدین یادگیری مهارت‌های طرز رفتار را به کودک می‌آموزد به‌گونه‌ای که باعث جلوگیری از رفتارهای انحرافی و رشد رفتارهای اجتماعی و سازگاری در کودکان می‌شود. در واقع، زمانی که والدین در برابر رفتارهای منفی کودکان خود از بی‌اعتنایی و جایگزین کردن رفتار مطلوب و تقویت آن استفاده کنند به‌گونه‌ای موجب کاهش مشکلات رفتاری مانند اختلال سلوک در کودکان می‌شوند. با آموزش مدیریت والدین در جهت ارتقاء سبک فرزندپروری و به‌کارگیری شیوه‌های صحیح تربیتی می‌توان بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان که در واقع بازتابی از الگوهای غلط رفتاری والدین است را برطرف نموده و باعث کاهش قانون‌شکنی‌ها در کودکان و نوجوانان دارای اختلال سلوک شد (۳۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اختلال نارسایی توجه دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی در گروهی از مادرانی که آموزش مدیریت والدین را دریافت کرده بودند، پایین‌تر از گروهی بودند که هیچ آموزشی دریافت نکرده بودند. یافته این پژوهش با یافته‌های پژوهشی زووی و همکاران مبنی بر تأثیر مداخلات والدین بر کاهش اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی همسو است (۳۷). همچنین، نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشی رقیبی، فولادی و بخشیان مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی کودکان همسو است (۳۵). از سوی دیگر، با یافته پژوهشی غنی‌زاده و شهریور نیز مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودکان همسو است (۳۶). بر اساس نتیجه پژوهشی زووی و همکاران می‌توان استدلال کرد که آموزش مدیریت والدین موجب بهبود اختلال نارسایی توجه در کودکان می‌شود. زیرا در آموزش مدیریت والدین، به والدین به‌ویژه به مادران کاربرد روش تحسین و توجه به رفتارهای مطلوب کودکانشان آموزش داده می‌شود. توجه والدین به‌ویژه مادران به رفتارهای مثبت این کودکان موجب می‌شود که این تفکر به کودک القا شود که میزان توجه و تمرکز خود را برای انجام تکالیف و وظایف مختلف در آموزشگاه و منزل افزایش دهد تا به نحوه درست از عهده وظایف برآمده و از سوی والدین تقویت مثبت را دریافت کند (۳۷).

از سوی دیگر، یافته‌ها حاکی از آن بود که نافرمانی/ لجبازی دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی در گروهی از مادرانی که آموزش مدیریت والدین را دریافت کرده بودند، پایین‌تر از گروهی بودند که هیچ آموزشی دریافت نکرده بودند. یافته این پژوهش با یافته‌های کاستین و چمبر مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

والدین بر کاهش اختلال نافرمانی / لجبازی همسو است (۳۲) و با نتایج پژوهش مکنیل و همبریکیگین مبنی بر مؤثر بودن این آموزش در کاهش این اختلال در کودکان همسویی دارد (۳۳). همچنین، نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش هاشمیان و همکاران همسو است. هاشمیان و همکاران نشان دادند که آموزش چندگانه مدیریت والدین موجب کاهش اختلال نافرمانی / مقابله‌ای می‌شود (۳۴). در تبیین نتیجه این پژوهش براساس یافته‌ی پژوهش مکنیل و همبرکیگین می‌توان اظهار داشت که والدین با یادگیری مهارت‌های والدینی گامی در بهبود رفتارهای منفی کودکانشان برمی‌دارند. این مطالعات نشان دادند که والدین در بسیاری از مواقع از روش‌های سخت‌گیرانه و مستبدانه برای یادگیری رفتارهای مطلوب استفاده می‌کنند که نتیجه‌ای در بهبودی رفتارهای منفی ندارد اما استفاده از روش‌های مدیریت والدین از قبیل تشویق کردن موقع انجام رفتارهای خوب و مطلوب و بی‌اعتنایی در هنگام انجام کار نامطلوب، والدین شاهد کاهش رفتارهای نافرمانی-لجبازی در کودکان خواهند بود (۳۳).

افزون بر این، نتایج پژوهش مبین این بود که آموزش مدیریت والدین بر رفتار مخرب نامشخص دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی تأثیر داشته است. در تبیین یافته این پژوهش می‌توان اظهار داشت که اختلالاتی همچون اختلال سلوک، اختلال بیش‌فعالی-تکانش‌گری و اختلال نافرمانی-مقابله‌ای همبودی دارند و در تشخیص افتراقی باید آنرا در نظر گرفت. بعضی از موادهای مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب در هیچ‌کدام از زیرمقیاس‌ها قرار نگرفته است و به-عنوان اختلال نامشخص تعیین شده است که می‌تواند در سایر اختلالات مشترک باشد. در حالت کلی، یافته این پژوهش نشان داد که تأثیر معناداری بر زیرمقیاس رفتار مخرب نامشخص داشته است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان نمود که از آنجا که آزمودنی‌های این پژوهش فقط مادران بودند، بنابراین تعمیم آن به پدران باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش این بود که تنها برای مادران دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی صورت گرفته است، بدین ترتیب تعمیم آن به مادران دانش‌آموزان با سایر گروه‌های نیازهای ویژه باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت پژوهش این بود که مقیاس مشکلات رفتاری توسط آزمودنی‌های پژوهش (مادران) به‌صورت خودگزارشی تکمیل شده است، در نتیجه، تعمیم‌دهی نتایج پژوهش باید با احتیاط انجام شود. همچنین، یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش این بود که نتایج این پژوهش به‌دلیل محدودیت‌های زمانی بعد از اتمام آموزش پیگیری نشد. در نتیجه، در استنباط اینکه این پژوهش تأثیر بلندمدت خواهد داشت، باید با احتیاط انجام شود. سرانجام، برای پژوهشگران علاقه‌مند در زمینه آموزش مدیریت والدین بر اختلال‌های رفتار مخرب دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی پیشنهاد می‌شود که این آموزش را برای پدران دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی نیز اجرا کنند و با نتایج این پژوهش مقایسه کنند. همچنین، تأثیر آموزش مدیریت والدین بر اختلال‌های رفتار مخرب با سایر گروه‌های نیازهای ویژه را اجرا کنند. علاوه بر این، در پژوهش‌های آتی، برای شناخت کامل از دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی علاوه بر تکمیل این مقیاس توسط والدین (مادران)، توسط معلم نیز تکمیل شود و از دیدگاه معلم تأثیر این آموزش بر دانش‌آموزان بررسی شود. همچنین، پیگیری نتایج این پژوهش در بلند مدت انجام شود. علاوه بر این پیشنهادها، در پژوهش‌های آتی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری درونی دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی بررسی شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، تأثیر آموزش مدیریت والدین بر متغیرهایی مانند نگرش مثبت والدین نسبت به دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی و افزایش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی بررسی شود. همچنین، به‌عنوان پیشنهادهای کاربردی می‌توان اذعان داشت که برگزاری جلسات آموزشی مدیریت والدین در مدارس استثنایی توسط مشاوران و متخصصان در آموزشگاه برگزار شود و برای والدین بروشورهایی در زمینه مهارت‌های مثبت فرزندپروری و مدیریت والدینی تهیه شود و در اختیار والدین به‌ویژه مادران قرار گیرد تا در بلند مدت اثر مثبت آن در رفتار دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی در محیط کلاس و خانه مشاهده شود.

تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان از تمامی عزیزانی که شرایط لازم جهت اجرای پژوهش را فراهم نمودند و همچنین اولیای دانش آموزان، نهایت تشکر و قدردانی را اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد یا تعارض منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

References

1. Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, et al. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children. 1997–2008. Pediatrics. 2011; 127(6): 1034–1042.
2. Holden B, Gitlesen J. A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. Research in Developmental Disabilities.2006; 27(4): 456–465.
3. Harper C. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. . In: A companion to criminal justice, mental health and risk. The Policy Press; 2014.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
5. Charlot L, Beasley J. Intellectual Disabilities and Mental Health: United States–Based Research . Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 2013; 6(2):74-105.
6. Smith K, Matson JL. Behaviour problems: differences among intellectually disabled adults with co-morbid autism spectrum disorders and epilepsy. Res Dev Disabil. 2019; 31: 1062–1069.
7. Pollastri AR, Rosenbaum C, Ablon JS. Disruptive Behavior Disorders. In The Massachusetts General Hospital Guide to Learning Disabilities (pp. 207-220). Humana Press, Cham; 2019
8. Baezzat F, Ahmadi gezelje A. Factor Structure and Psychometric Properties of the Destructive Behavioral Disorders Rating Scale - Parental Prescription. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2015; 2 (3): 73-83. [Persian].
9. Emerson E, Einfeld S. Emotional and behavioural difficulties in young children with and without developmental delay: bi-national perspective. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2010; 51: 583–593.
10. Baker BL, Neece CL, Fenning RM, Crnic KA, Blacher J. Mental disorders in five-year-old children with or without developmental delay: Focus on ADHD. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2010; 39(4): 492–505
11. Buckley N, Glasson EJ, Chen, W. Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2020; 54 (10): 970-984.
12. Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WH, Coulter DL, Craig EM. Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilitie; 2010.
13. Oliva O, Costa S, Cuzzocrea F. Parenting Skills and Non-compliance: Parent Training for Families with Mildly Mentally Retarded Children, Scientific & Academic Publishing. 2012; 13-19.
14. Oruche UM, Gerkensmeyer J, Stephan L, Wheeler CA, Hanna KM. The described experience of primary caregivers of children with mental health needs. Archives of Psychiatric Nursing. 2012; 26(5): 382–391.
15. Schneiderman JU, Villagrana M. Meeting children's mental and physical health needs in child welfare: The importance of caregivers. Social Work in Health Care. 2010; 49(2): 91–108.
16. Katzmann J, Döpfner M, Görtz-Dorten A. Child-based treatment of oppositional defiant disorder: mediating effects on parental depression, anxiety and stress. European child & adolescent psychiatry. 2018; 27(9): 1181-1192.
17. Chen M, Chan KL. Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: A meta-analysis. Trauma.Violence, & Abuse. 2016; 17(1): 88-104.
18. Grusec JE. Socialization Processes in the Family: Social and Emotional Development. Annual Review of Psychology. 2011; 62: 243-269
19. Duncombe ME, Havighurst SS, Holland KA, Frankling EJ. The contribution of parenting practices and parent emotion factors in children at risk for disruptive behavior disorders. Child Psychiatry& Human Development. 2012; 43(5): 715-733.
20. Kaminski JW, Valle JW, Anne L, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. J Abnorm Child Psychol. 2008; 36(4): 567-89.
21. Mejia A, Calam R, Sanders MR. 'A review of parenting programs in developing countries: Opportunities and challenges for preventing emotional and behavioral difficulties in children'. Clinical Child and Family Psychology Review. 2012; 15: 163–175.
22. Bearss K, Burrell TL, Stewart L, Scahill L. 'Parent training in autism spectrum disorder: What's in a Name?', Clinical Child and Family Psychology Review.2015; 18: 170–182.
23. Reichow B, Servili CH, Taghi Yasamy M, Barbui C, Shekhar Saxena SH. Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: a systematic review. PLoS Med. 2013; 10(12): 1-28.
24. Forehand R, Jones D, Parent J. Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: What's different and what's the same. Clinical Psychology Review.2013; 33 (1): 133-145.
25. Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2008; 37: 215–237.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]

26. Mcmahon RJ. Parent Management Training Interventions for Preschool-Age Children. Encyclopedia on early childhood development. 2015; 3(1): 1-8.
27. Mulford C, Redding RE, Mendoza M. Training for Effective Parenting. In RJR Levesque (Ed.), Encyclopedia of Adolescence. Switzerland: Springer International Publishing; 2016.
28. Skotarczak L, Lee GK. Effects of parent management training programs on disruptive behavior for children with a developmental disability: A meta-analysis. Research in Developmental Disabilities. 2015; 38: 272- 287.
29. Carroll V. Randomized trial of parent management training in children with tic disorders and disruptive behavior. Journal of Child neurology. 2009; 21(8): 650-665
30. Helander M, Lochman J, Högström J, Ljótsson B, Hellner C, Enebrink P. The effect of adding Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy. 2018; 103: 43–52.
31. Helander,M. Effects child CBT and parent management training for children with disruptive behavioral disorders. ph.D. Dissertation. Department of Clinical Neuroscience Karolinska Institutet. Stockholm. Sweden; 2021.
32. Costin J, Chambers SM. Parent Management Training as a Treatment for Children with Oppositional Defiant Disorder Referred to a Mental Health Clinic. Child Psychiatry Hum Dev. 2007; 49(2): 139–150.
33. McNeil CB, Hembree-Kigin TL. Parent-Child Interaction Therapy (2nd ed.). New York.Springer; 2010.
34. Hashemian P, Jarahi L, Hebrani P. Effectiveness of multimedia-parent management training on treatment of children with oppositional defiant disorder in Mashhad, Northeastern part of Iran. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2013; 15 (58): 127-135. [Persian].
35. Raghibi M, Fouladi S, Bakhshani NM. Parent Training and Behavior Therapy on Behaviors of Children With Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. Health Scope. 2014; 3(2): 15-41. [Persian].
36. Ghanizadeh A, Shahrivar FZ. The Effect of Parent Management Training on children with attention deficit hyperactivity disorder. J Child Adolesc Ment Health. 2005; 17(1): 31-4. [Persian].
37. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2009; 3(1): 16- 36.
38. Kazdina AE, Glick A, Pope J, Kaptchuk JT, Lecza Barrubba E, McWhinney E, Hamiltona N. Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2018; 18(2): 91-101.
39. Lali M, Malekpour M, Molavi H, Abedi A, Asgari K. The Effects of Parent Management Training, Problem-solving Skills Training and the Eclectic Training on Conduct Disorder in Iranian Elementary School Students. International Journal of Psychological Studies. 2014; 4(2): 154-161. [Persian].
40. Furlong M., McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). Evidencebased Child Health: A Cochrane Review Journal. 2013; 8(2): 318–692.
41. Ogden KA, HT. Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008; 76(4): 607–621.
42. Matson JL, Mahan S, LoVullo SV. Parent training: A review of methods for children with developmental disabilities. Research in Developmental Disabilities. 2009; 30(5): 961–968.
43. Alipour A, Asemi Z, Hosseini Yazdi A, Seyedeh A. Comparison of the effectiveness of three neurofeedback intervention methods, parental behavior management training and combination therapy in reducing pediatric behavior syndrome. Journal of Applied Psychology. 2014; 4 (32): 79-94. [Persian].
44. Pelham WE, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992; 31(2): 210–8.
45. Erford BT. Technical Analysis of Father Responses to the Disruptive Behavior Rating Scale-Parent Version (DBRS-P). Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 1998; 30(4): 199–210.
46. Kazdin A. A Practical Guide to Treating Behavioral Problems in Children and Adolescents "Parent Management Training". Translation by Hezardestan, Faezeh; Mousavi Madani, Nooshin; Abedi, Ahmad; Kanaani, Nafiseh (2015). Tehran: Written publication; 2002. [Persian].

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-02]