

تأثیر آموزش مدیریت والدین در کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

□ مهسا افسری، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
□ علی زینالی*، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد خوی، دانشگاه آزاد اسلامی، خوی، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۴۷ - ۵۶

چکیده

زمینه و هدف: دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتری در مقایسه با کودکان عادی دارند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تأثیر آموزش مدیریت والدین در کاهش علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام گرفت.

روش: این پژوهش از نوع روش نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمایشی بود. جامعه آماری، شامل والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مدارس استثنایی شهر سلماس در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بود. ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایشی (۱۵ نفر) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس اختلال رفتار مخرب (۱۹۹۲) استفاده شد. در این پژوهش، گروه آزمایشی ۸ جلسه آموزش مدیریت والدین را به صورت گروهی دریافت کردند و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد.

یافته‌ها: برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. نتایج داده‌های پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت والدین در کاهش علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های به دست آمده، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مدیریت والدین، روش کارآمدی در بهبود علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی است.

واژه‌های کلیدی: آموزش مدیریت والدین، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

۱ تا ۱۱ درصد می‌باشد (۸). اختلال نافرمانی مقابله‌ای در این کودکان، تأثیر گسترده‌ای بر روی کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارد، رفتارهای خصمانه این کودکان باعث اختلال در روابط با گروه همسالان و طرد شدن آنها و همچنین منجر به بروز مشکلات یادگیری می‌شود (۹). در واقع، کودکان کم‌توان ذهنی به دلیل برخی محدودیت‌های شناختی، بارها شکست را تجربه می‌کنند و در نتیجه نافرمانی و خصوصاً پرخاشگری در بین آنها شایع می‌باشد (۱۰). همچنین، به دلیل کمبود خزانه رفتاری، از پرخاشگری به‌عنوان ابزاری برای برآوردن نیازهای خود و از نافرمانی به‌عنوان ابزاری برای اعتراض به وضعیت موجود استفاده می‌کنند (۱۱). علاوه بر این، عوامل ژنتیکی، روابط خانوادگی، تأثیر متقابل شرایط اجتماعی و محیطی نیز بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر هستند (۱۲). برخی مطالعات، نشان داده‌اند که علت لجبازی کودکان، ترکیبی از زمینه ژنتیکی و عوامل محیطی و خانوادگی است (۱۳ و ۱۴). با این وجود، طیف وسیعی از مطالعات که در بین کودکان انجام یافته، متغیرهای خانوادگی را مهم‌ترین عامل این اختلال می‌دانند (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹). در واقع، خانواده نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که به‌عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده و حتی به عقیده بسیاری از روان‌شناسان باید ریشه بسیاری از اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی را در پرورش اولیه خانواده جستجو کرد (۲۰). علی‌رغم این‌که برخی مطالعات، نشان داده‌اند که علت لجبازی کودکان، ترکیبی از زمینه‌ی ژنتیکی و عوامل محیطی و خانوادگی دارد (۲۱ و ۲۲). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که اختلالات برون‌سازی از جمله؛ اختلال لجبازی، نافرمانی در کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین (۲۳) و شیوه‌های فرزندپروری آنها دارد (۲۴) در نتیجه، والدین بایستی منابع و مهارت‌های آموزشی، عاطفی و اجتماعی را برای تعامل مؤثر با کودک خود را به‌دست آورند. یکی از روش‌های آموزشی که موجب مدیریت بهتر کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود، آموزش مدیریت والدین^۴ است (۱۶).

آموزش مدیریت والدین به‌عنوان روشی برای درمان مشکلات رفتاری کودکان با استفاده از روش‌هایی که در آن به والدین آموزش داده می‌شود تا رفتار فرزند خود را تغییر دهند، تعریف می‌شود (۱۷). شواهد پژوهشی بیانگر

کم‌توان ذهنی^۱ دربرگیرنده‌ی دامنه گسترده‌ای از سطح عملکرد و توانایی‌های یادگیری است و رشد ناقص ذهنی مهم‌ترین عامل محدودیت عملکرد فرد می‌باشد، به‌گونه‌ای که شخص را در تطابق با محیط ناتوان می‌سازد. کم‌توان ذهنی اختلالی است که از کودکی نمایان می‌شود، با عملکرد هوشی زیر متوسط (هوشبهر ۷۰ یا کمتر) و مشکلات سازگاری مشخص می‌شود، تقریباً ۱ درصد جمعیت به کم‌توان ذهنی دچار هستند و در پسران شایع‌تر است. همچنین، کم‌توان ذهنی یک اصطلاح کلی است که درجات گوناگون عملکرد هوشی و رفتار انطباقی را در بر می‌گیرد که در نظام طبقه‌بندی انجمن نارسایی ذهنی آمریکا، انعکاس یافته و در نظام نام‌گذاری روان‌پزشکی وارد شده است (۱). براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، میزان شدت کم‌توان ذهنی (خفیف، متوسط، شدید یا عمیق) توسط توانایی فرد برای دست‌یابی به استانداردهای رشدی و اجتماعی-فرهنگی براساس استقلال و مسئولیت اجتماعی نه توسط نمری هوشبهر تعیین می‌شود (۲ و ۳). بنابراین، این رویکرد، موجب شده است تا امروزه توجه ویژه‌ای به توانایی‌های قابل اصلاح و قابل پرورش این گروه از جامعه صورت گیرد (۴). با این حال، مشکلات سازگاری در محیط مدرسه و خانه از مسائل شایع در بین این کودکان است (۵). از میان مشکلات ناسازگاری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۲ دارای بیشترین فراوانی در بین کودکان کم‌توان ذهنی می‌باشد (۶). اختلال نافرمانی مقابله‌ای از اختلالات رفتار ایدایی^۳ به‌شمار می‌رود، این اختلال با الگوی ثابت رفتار منفی‌کارانه، نافرمانی و رفتار خصمانه نسبت به صاحبان قدرت و نیز ناتوانی برای قبول مسئولیت و ملامت دیگران مشخص می‌شود (۷). براساس تعریف پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای با الگوی خلق خشمگین / تحریک پذیر، رفتار جنجالی / نافرمانی یا کینه‌جویی که حداقل ۶ ماه ادامه دارد، مشخص می‌شود. کودکان دارای 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 آنان می‌شوند. شیوع این اختلال بین کودکان بین

1. mental disability educable

2. oppositional defiant disorder symptoms

3. disruptive behavior disorder

4. parent management training

بود. این آموزش در کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بود (۲۹). مکنیل و همبریکینگین در پژوهشی اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان را بررسی نمودند. روش پژوهش به صورت تمام آزمایش و به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نتایج بیانگر مؤثر بودن این آموزش در کاهش این اختلال در کودکان بود (۳۰). کاستین و چمبر در پژوهشی به بررسی آموزش مدیریت والدین بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکانی که به کلینیک سلامت روان مراجعه کرده‌اند، پرداختند. نتایج پژوهش پس از ۵ ماه آموزش و پیگیری ۵ ماهه بیانگر آن بود که این آموزش موجب کاهش اختلال نافرمانی کودکان شده است (۲۶). همچنین، تیجسین و همکاران در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری بیرونی کودکان ۴ تا ۱۱ ساله پرداختند. گروه نمونه پژوهش مشتمل بر ۹۱ نفر از والدین بود که به طور تصادفی انتخاب شدند. خانواده‌ها در چهار زمان (قبل از درمان، پس از درمان به صورت ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهه) مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج بیانگر آن بود که آموزش مدیریت والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثر بود و به مدت چند ماه پیگیری شد که نشان دهنده تداوم تأثیر این آموزش بود (۳۱).

در راستای مطالعات فوق، کریستین اذعان داشت که بین نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کم‌توانی ذهنی رابطه وجود دارد و کودکان دارای مشکلات مرتبط با کم‌توانی ذهنی به طور هم‌زمان دارای نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز هستند و بین این دو رابطه معنادار برقرار است (۳۲). از سوی دیگر، شواهد پژوهشی بیانگر اثربخشی برنامه‌های بهبود فرزندپروری و یا مدیریت والدین بر اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی می‌باشد. به عبارتی، آموزش‌های والدین در زمینه‌ی فرزندپروری بر کاهش افسردگی، اضطراب و حتی اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی از قبیل اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر می‌باشد (۲۶).

با توجه به محدودیت‌های ویژه‌ی کودکان کم‌توان ذهنی نسبت به کودکان عادی، می‌توان انتظار داشت که رفتارهای پرخاشگرانه و سازش‌نا یافته‌ی بیشتری در آنها بروز کند، که به‌عنوان نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای شناخته می‌شود. در واقع، این کودکان بیشتر در معرض ناکامی‌های محیطی هستند و به دلیل محدودیت‌های مختلف که غالباً از محدودیت‌های شناختی آنها ناشی می‌شود، با شکست‌های متعددی روبه‌رو

اثربخشی برنامه‌های بهبود فرزندپروری و یا مدیریت والدین بر اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی می‌باشد. به عبارتی، آموزش‌های والدین در زمینه فرزندپروری بر کاهش افسردگی، اضطراب و حتی اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی از قبیل اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر می‌باشد (۲۵). آموزش مدیریت والدین، به شیوه‌هایی اطلاق می‌شود که در آنها یکی از والدین یا هر دو در خصوص تعامل جداگانه با کودک‌شان آموزش می‌بینند. اساس آموزش والدین بر این دیدگاه استوار است که اختلالات رفتاری کودکان در نتیجه‌ی تعاملات غلط بین کودک و والدین به وجود آمده و تداوم می‌یابد (۲۶). پژوهش‌های گسترده‌ای در زمینه‌ی آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام گرفته است. امیری، موللی، نسائیان و حجازی گندمانی به بررسی تأثیر آموزش مدیریت رفتار به مادران بر علائم اختلال و رفتارهای پرخاشگرانه‌ی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداختند. گروه نمونه‌ی پژوهش، مشتمل بر ۳۰ نفر از مادران کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بودند که به روش در دسترس انتخاب شدند. آنها زیرمقیاس رفتارهای مقابله‌ای و پرخاشگرانه‌ی پرسشنامه‌ی مشکلات رفتاری را به صورت پیش‌آزمون و پس از آموزش، به صورت پس‌آزمون تکمیل نمودند. نتایج بیانگر تأثیر آموزش مدیریت رفتار بر کاهش نمره‌ی علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و پرخاشگرانه‌ی کودکان گروه آزمایشی و کنترل بود (۲۷). در این راستا، پژوهشی تحت عنوان « اثربخشی آموزش والدینی بارکلی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش‌دبستانی» توسط سهرابی، اسدزاده و عرب‌زاده انجام گرفت. گروه نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از کودکان از ۴ مهدکودک بود که به روش تصادفی انتخاب شدند. روش پژوهش، طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایشی و کنترل بود. نتایج پژوهش بیانگر آن بود که در گروه آزمایشی، نسبت به گروه گواه در پس‌آزمون کاهش معناداری در شدت نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود دارد. براین اساس، نافرمانی کودکان گروه آزمایشی به طور معناداری کاهش یافته است و بین اثربخشی آموزش والدینی بارکلی بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد (۲۸). همچنین، هاشمیان و جراحی و هبرانی در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش چندگانه مدیریت والدین در درمان کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداختند. گروه نمونه مشتمل بر ۴۵ نفر از مادران کودکان ۳ تا ۱۰ ساله

این پژوهش شامل کلیه والدین دانش‌آموزان کم‌ذهنی شهرستان سلماس در سال ۹۷-۹۸ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از والدین دانش‌آموزان کم‌ذهنی بودند که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند از مدرسه استثنایی انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه گواه (۱۵ نفر) و آزمایشی (۱۵ نفر) جایگزین شدند. در پژوهش‌های آزمایشی، پژوهشگر از آزمودنی‌های داوطلب واجد شرایط استفاده می‌کند که حجم نمونه بین ۱۰ تا ۳۰ نفر کافی خواهد بود (۳۶). منظور از نمونه‌گیری هدفمند این است که قبل از اجرای پژوهش، بر اساس نظر مشاوران و متخصصان مدرسه، فقط والدین دانش‌آموزان کم‌ذهنی جزئی از گروه نمونه باشند و در غیر این صورت، جزء افراد نمونه قرار نمی‌گرفتند. همچنین، با توجه به هدفمند بودن نمونه، کم‌ذهنی بودن دانش‌آموزان از ملاک‌های ورود بود و یکی دیگر از ملاک‌های ورود این بود که دانش‌آموزان بایستی نمره‌ی اختلال نافرمانی مقابله‌ای بالاتر از نمره‌ی برش مقیاس درجه‌بندی اختلالات رفتار مخرب داشته باشند که در این پژوهش همه دانش‌آموزان نمونه پژوهشی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشتند. سن دانش‌آموزان نیز به‌عنوان ملاک ورود در نظر گرفته شد و سن دانش‌آموزان بین ۷ تا ۱۲ سال بود. همچنین، ملاک ورود، شرکت کردن مادران در این پژوهش بود. ملاک خروج، عدم همکاری، مرگ، از دست رفتن شرایط مطلوب مطالعه و عدم شرکت کردن والدین در بیش از دو جلسه بود.

ابزار

مقیاس درجه‌بندی اختلال رفتار مخرب^۱

برای تعیین اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهبود احتمالی آن از طریق آموزش مدیریت والدین دانش‌آموزان کم‌ذهنی، از مقیاس درجه‌بندی اختلال رفتار مخرب استفاده شد. این مقیاس توسط پلهام، گناگی، گرینسلد و میلیچ ساخته شده است و هدف آن اندازه‌گیری و غربالگری اختلال رفتار مخرب در کودکان است. مقیاس اولیه دارای ۴۵ گویه بوده و دارای ۴ خرده مقیاس از قبیل فزون‌کنشی (سؤالات ۱ تا ۱۱)، نارسایی توجه (سؤالات ۱۲ تا ۲۱)، اختلال سلوک (سؤالات ۲۲ تا ۲۴) و نافرمانی مقابله‌ای (شامل سؤالات ۲۵ تا ۴۵) بود (۳۷). همچنین، در ایران نیز این مقیاس توسط باعزت و احمدی ترجمه و ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در جامعه

می‌شوند و پیامد همه این عدم موفقیت‌ها، ناکامی است که خود سرآغاز پرخاشگری از جمله لجبازی و نافرمانی به‌گونه‌های مختلف می‌شود (۳۳). از سوی دیگر توجه به نیازهای اجتماعی و آموزشی این کودکان، نه تنها یک وظیفه اخلاقی و مدنی می‌باشد، بلکه می‌تواند از گسترش آسیب‌های اجتماعی جلوگیری کرده و یا زمینه ورود آنها به جامعه به‌عنوان نیروی انسانی را فراهم کرد (۳۴). در واقع، برخی اختلالات شایع در این افراد، به‌ویژه اختلال نافرمانی مقابله‌ای، می‌تواند عامل بازدارنده‌ای جهت رشد و شکوفایی آنان باشد. لذا، این اختلال، نه تنها در بین کودکان کم‌ذهنی، بلکه در میان تمام افراد می‌تواند بروز نماید که همراه با علایم پرخاشگری می‌باشد و زمینه‌ساز بروز سایر اختلالات روانی، جرم، طرد از خانواده و اجتماع و زمینه‌ساز گرایش به آسیب‌های اجتماعی، ترک یا اخراج از شغل و سایر موارد مرتبط می‌باشد (۳۵).

با توجه به مطالعات فوق و خلأ پژوهشی در مورد بررسی دیدگاه‌های متناقض درخصوص عوامل زمینه‌ساز اختلالات رفتاری در کودکان کم‌ذهنی، برخی صاحب‌نظران معتقدند که اختلال نافرمانی مقابله‌ای ریشه ژنتیکی دارد (۱۳ و ۱۴). همچنین، برخی مطالعات دیگر نیز بیان می‌کنند که تفاوتی در بروز این اختلال بین کودکان عادی و کم‌ذهنی وجود ندارد که تلویحاً به نقش برجسته محیط اشاره می‌کنند (۳۵). بر این اساس، جهت مشخص کردن نقش محیط، ضرورت پژوهش این است که برخی متغیرهای محیطی مثل تأثیر والدین بر رفتارهای کودکان کم‌ذهنی بررسی گردد و اثر آنها بر روی تغییر مشکلات رفتاری کودکان کم‌ذهنی بررسی شود. بنابراین، به منظور رسیدن به هدف (کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای)، روش آموزش مدیریت والدین ضرورت می‌یابد. با توجه به مطالعات فوق، مسئله پژوهش حاضر این است که؛ آیا روش آموزش مدیریت والدین موجب کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان کم‌ذهنی می‌شود؟ در راستای مطالعات فوق، هدف از انجام این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش والدین بر روی بهبود اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان کم‌ذهنی است.

روش

پژوهش حاضر، از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری

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

مقیاس در مطالعه ارفود براساس روش بازآزمایی ۰/۹۲ گزارش شد (۳۹). در این پژوهش، تنها از زیرمقیاس نافرمانی مقابله‌ای استفاده شد. در پژوهش حاضر، ثبات درونی نمره کل مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد. لازم به ذکر است که فقط مادران دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی گویه‌های قسمت نافرمانی مقابله‌ای را تکمیل کردند.

معرفی برنامه مداخله

برنامه مداخله آموزش مدیریت والدین مبتنی بر پروتکل آموزش مدیریت والدین کازدین (۴۰) تنظیم شد. جلسات آموزش مدیریت والدین در قالب ۸ جلسه در طول یک ماه، ۲ بار در هفته (هر جلسه ۹۰ دقیقه) در سالن مدرسه استثنایی شهر سلماس توسط مهسا افسری برگزار شد. خلاصه جلسات آموزش مدیریت والدین همراه با تعداد جلسات آموزشی، هدف، محتوای جلسات و تکلیف در جدول ۱ آمده است.

ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است. نسخه ایرانی این مقیاس دارای ۳۷ گویه است که از طریق نتایج تحلیل عاملی، ۵ خرده‌مقیاس فزون‌کنشی / تکانش‌گری، اختلال سلوک، نافرمانی مقابله‌ای، نارسایی توجه و رفتار مخرب نامشخص به دست آمد و در نسخه ایرانی گویه‌های ۲، ۳۷، ۱۱، ۱، ۳۸، ۴۴، ۴۵ و ۴۳ به دلیل همبستگی پایین با کل آزمون و عدم تناسب محتوای آنها با فرهنگ ایرانی حذف شدند (۳۸). این مقیاس توسط والدین یا معلم دانش‌آموز به صورت انفرادی تکمیل می‌شود. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت: به هیچ وجه = ۰، کمی = ۱، زیاد = ۲ و خیلی زیاد = ۳ می‌باشد و نمره‌گذاری معکوس ندارد. ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل استخراج شده بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ و برای کل مقیاس ۰/۹۲ توسط باعزت و احمدی (۳۸) به دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب نسخه فارسی آن می‌باشد. همچنین، پایایی این

جدول ۱) جلسات آموزشی مدیریت والدین براساس پروتکل آموزش مدیریت والدین کازدین (۳۸)

جلسات آموزشی	هدف	محتوای جلسات آموزش مدیریت والدین	تکلیف	زمان (دقیقه)
جلسه یکم	تغییر نگرش والدین نسبت به اختلال و رفتارهای مشکل‌ساز	سلام و احوال‌پرسی، توضیح به مادران در مورد ویژگی‌های رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، گرفتن پیش‌آزمون از مادران و تعیین مشکلات رفتاری فرزندشان از طریق مقیاس	تکنیک تحسین و توجه	۹۰ دقیقه
جلسه دوم	کاربرد پاداش و مدیریت رفتار	توضیح تقویت مثبت و شناساندن انواع تقویت‌کننده‌ها در مدیریت رفتار	تکمیل جدول تقویت مثبت	۹۰ دقیقه
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	۹۰ دقیقه
جلسه چهارم	بهبود رفتار کودک در منزل و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه	توضیح شکل دهی رفتار خاص توسط والدین، استفاده از محروم کردن برای رفتارهای پرخطر و پرخاشگرانه	تکنیک جریمه و محروم سازی	۹۰ دقیقه
جلسه پنجم	اصلاح نگرش والدینی که تنبیه را به عنوان روش اولیه انضباط به‌کار می‌برند.	کاربرد تنبیه بدنی	استفاده از تسلیم، انجام تکلیف (ارتباط خانه و مدرسه) و جمع بندی آموخته‌ها	۹۰ دقیقه
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		۹۰ دقیقه

جلسات آموزشی	هدف	محتوای جلسات آموزش مدیریت والدین	تکلیف	زمان (دقیقه)
جلسه هفتم	جلوگیری از بدرفتاری‌های شدید	تدوین برنامه اقتصاد پته‌ای در خانه	استفاده از تکنیک حذف پاداش‌ها و امتیازها	۹۰ دقیقه
جلسه هشتم	مرور مطالب آموخته شده و اصلاح یادگیری، چگونگی مدیریت مشکلات در آینده	جلسات قبل مرور می‌شود و در پایان پس‌آزمون گرفته می‌شود	انجام تکلیف (ارتباط خانه و مدرسه)	۹۰ دقیقه

روش اجرا

در ابتدا، جلسات مداخله آموزش مدیریت والدین کازدین (۴۰) توسط پژوهشگر تعیین شد. لازم به ذکر است که یکی از پژوهشگران (نویسنده اول مقاله) آموزگار در مدرسه استثنایی شهر سلماس می‌باشد که با همکاری مدیر مدرسه با مادران این مدرسه هماهنگی‌های لازم از طریق تلفن انجام شد و بعد از گرفتن رضایت‌نامه، این مادران در جلسات آموزش مدیریت والدین شرکت کردند. بعد از دعوت مادران و گرفتن اطلاعات جمعیت‌شناختی از مادران، از طریق مقیاس درجه‌بندی اختلالات رفتار مخرب (قسمت سؤالات اختلال نافرمانی مقابله‌ای) پلهام و همکاران (۳۷) پیش‌آزمون برای هر دو گروه به صورت انفرادی اجرا شد. از هر یک از آزمودنی‌ها درخواست شد که به سؤالات مربوطه پاسخ دهند. پس از آن، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه گواه و آزمایشی تقسیم شدند. آزمودنی‌ها، ۸ جلسه آموزش مدیریت والدین را در طول یک‌ماه ۲ بار در هفته (در هر جلسه ۹۰ دقیقه) و به‌صورت گروهی در مدرسه استثنایی شهر سلماس دریافت کردند. پس از پایان جلسات آموزش مدیریت والدین، پس‌آزمون از همه اعضای گروه آزمایشی و کنترل با استفاده از ابزار مقیاس درجه‌بندی اختلال رفتار مخرب (قسمت سؤالات اختلال نافرمانی مقابله‌ای) به‌عمل آمد. پس از پایان جلسات آموزش مدیریت والدین، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه

۲۰ تحلیل شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره) استفاده شد. در این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه و محرمانه ماندن اطلاعات مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی رعایت شد.

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تشکیل دادند که در گروه گواه ۱۲ نفر از مادران دارای فرزند پسر (۸۰ درصد) و ۳ نفر از مادران دارای فرزند دختر (۲۰ درصد) و در گروه آزمایشی ۶ نفر از مادران دارای فرزند پسر (۴۰ درصد) و ۴ نفر از مادران دارای فرزند دختر (۶۰ درصد) بودند. از نظر تحصیلات، در گروه گواه، ۹ نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم (۶۰)، ۳ نفر دیپلم (۲۰)، ۱ نفر فوق دیپلم (۶/۷)، و ۲ نفر لیسانس (۱۳/۳) بودند. اما در گروه آزمایشی، ۵ نفر از مادران دارای تحصیلات زیر دیپلم (۳۳/۳)، ۳ نفر دیپلم (۴۶/۷)، و ۳ نفر فوق دیپلم (۲۰) بودند. میانگین و انحراف معیار سن مادران در گروه گواه $31/77 \pm 29/86$ ، و در گروه آزمایشی $31/8 \pm 4/76$ بود. میانگین و انحراف معیار سن دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در گروه کنترل $9/20 \pm 9/80$ و در گروه آزمایشی $9/73 \pm 1/90$ بود.

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	کولموگراف-اسمیرنف	سطح معناداری
اختلال نافرمانی مقابله‌ای	پیش‌آزمون	آزمایشی	۴۲/۸۶	۶/۰۱	۰/۵۸	۰/۸۷
		گواه	۴۱/۰۰	۶/۱۶	۰/۴۹	۰/۹۶
	پس‌آزمون	آزمایشی	۳۲/۳۳	۶/۸۱	۰/۵۹	۰/۸۷
		گواه	۴۲/۶۰	۴/۴۰	۰/۹۵	۰/۳۲

اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیره ابتدا مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون همگنی واریانس‌های لوین و شیب خط رگرسیون استفاده شد. نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همگنی واریانس‌های نمرات متغیره‌های پژوهش نشان داد که این پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای ($F=2/49, p> 0/12$) برقرار بود. به عبارت دیگر، سطوح معناداری آزمون لوین برای متغیر اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتر از $0/5$ است و فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید شد ($p> 0/05$). همچنین، نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی در حکم پیش‌فرض تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان داد که فرض همگنی شیب خطوط رگرسیون نافرمانی مقابله‌ای رعایت شده است ($F=0/02, p> 0/88$).

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مادران دانش‌آموزان با کم‌توان ذهنی در دو گروه آزمایشی و گواه در اختلال نافرمانی مقابله‌ای ارائه شده است. یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات نهایی گروه آزمایشی و گروه گواه در پیش‌آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارند. در حالی که میانگین نمرات نهایی گروه آزمایشی در پس‌آزمون پایین‌تر از گروه کنترل است. همچنین، توزیع هنجار متغیر با آماره کولموگراف-اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت که معنادار نبود. در نتیجه، توزیع متغیر از توزیع بهنجار پیروی می‌کند.

برای ارزیابی اثربخشی آموزش مدیریت مادران در کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. قابل ذکر است که قبل از

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیر اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دو گروه آزمایشی و گواه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای		منبع تغییرات	Ss	df	Sm	F	P	Eta2
عضویت گروهی			۴۷۱/۷۵۲	۱	۴۷۱/۷۵۲	۱۴/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵

والدین بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأیید می‌شود. در این ارتباط میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/35$ است. یعنی $0/35$ درصد تفاوت بین نمرات گروه آزمایشی و گروه گواه در پس‌آزمون (اختلال نافرمانی مقابله‌ای) مربوط به تأثیر آموزش مدیریت والدین است. توان آماری برابر با $0/95$ است و این توان حاکی از دقت بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گروه گواه، در نمرات پس‌آزمون، تفاوت معناداری دیده می‌شود. به عبارتی بین افراد گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ متغیر وابسته (اختلال نافرمانی مقابله‌ای) تفاوت معناداری وجود دارد ($df=1$ و 27 و $f=14/57$ و $p \geq 0/001$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش مدیریت

جدول ۴) میانگین و انحراف معیار تعدیل شده مؤلفه اختلال نافرمانی مقابله‌ای به همراه حدود اطمینان ۹۵ درصد

حدود اطمینان ۹۵ درصد		انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیر وابسته
حد بالا	حد پایین				
۳۵/۱۶	۲۹/۱۰	۱/۴۷	۳۲/۱۳	آزمایشی	اختلال نافرمانی مقابله‌ای
۴۵/۸۳	۳۹/۷۶	۱/۴۷	۴۲/۷۹	گواه	

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین تأثیر آموزش مدیریت والدین (مادران) در کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بود. برای بررسی هدف پژوهش حاضر، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان داد که اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان

با توجه به نتایج جدول ۴ و نتیجه تفاضل میانگین‌ها، مشاهده می‌شود که تفاضل میانگین تعدیل شده‌ی گروه‌های آزمایشی و گواه برای مؤلفه اختلال نافرمانی مقابله‌ای معنادار است. یعنی آموزش مدیریت والدین با اطمینان ۹۵ درصد بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر داشته است.

کم‌توان ذهنی در گروهی از مادران که آموزش مدیریت والدین را دریافت کرده بودند، به صورت معناداری پایین‌تر از گروهی بود که هیچ آموزشی دریافت نکرده بودند.

نتایج این پژوهش با پژوهش امیری و همکاران همسو است. امیری و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که با آموزش مدیریت رفتار به مادران می‌توان علائم اختلال و رفتارهای پرخاشگرانه‌ی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای را کاهش داد (۲۷). همچنین، یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش سهرابی و همکاران همسو است. سهرابی و همکاران در پژوهش خود به تأثیر آموزش مدیریت والدین در کاهش معناداری در شدت نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأکید دارند (۲۸). علاوه بر این، هاشمیان و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش چندگانه‌ی مدیریت والدین در درمان کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است. همچنین، یافته‌های پژوهش مکنیل و همبریکینگ با یافته این پژوهش همسو است. نتایج بیانگر مؤثر بودن این آموزش در کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان است (۳۰). در این راستا، نتایج این پژوهش با یافته پژوهشی کاستین و چمبر همسو است. در واقع نتایج پژوهشی کاستین و چمبر نشان داد که آموزش مدیریت والدین برای کودکانی که دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند، تأثیر معناداری دارد (۲۶). همچنین، نتایج پژوهش تیجسین، وینک، موریس و روتر نشان داد که با یافته پژوهش حاضر همسو است. در پژوهش تیجسین و همکاران اثربخشی اجرای مداخله آموزش مدیریت والدین و پیگیری چندماهه این مداخله در مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای گزارش شده است (۳۱).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به نتایج مطالعات امیری و همکاران، سهرابی و همکاران، مکنیل و همبریکینگ، کاستین و چمبر و تیجسین که از آموزش مدیریت والدین در کاهش مشکلات رفتاری مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان استفاده کرده‌اند، اشاره کرد. در واقع، یکی از مداخلات مؤثر در کاهش مشکلات رفتاری از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای، روش آموزش مدیریت والدین می‌باشد که این روش آموزشی موجب ارتقا شیوه‌های صحیح والدینی در آموزش غیرمستقیم مهارت‌های اجتماعی، رفتاری و کاهش مشکلات رفتاری می‌شود (۲۶). در این راستا، از روش‌هایی که می‌تواند با نافرمانی مقابله‌ای کودکان کم‌توان ذهنی مقابله کند، روش آموزش مدیریت والدین می‌باشد که با استفاده از روش‌های

رفتاری-یادگیری اجتماعی، رفتارهای نافرمانی مقابله‌ای کودکان بهبود می‌یابد (۳۱). بررسی پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که آموزش مدیریت والدین در بهبود اختلالات رفتاری بیرونی مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است. به عبارت دیگر، والدین با یادگیری مهارت‌های والدینی گامی در بهبود رفتارهای منفی کودکان‌شان برمی‌دارند. این مطالعات نشان داده‌اند که والدین در بسیاری از مواقع از روش‌های سخت‌گیرانه و مستبدانه برای یادگیری رفتارهای مطلوب استفاده می‌کنند که نتیجه‌ای در بهبود رفتارهای منفی ندارند، اما استفاده از روش‌های مدیریت والدین از قبیل تشویق کردن پس از انجام دادن رفتارهای خوب و مطلوب و بی‌اعتنایی در هنگام انجام کار نامطلوب، والدین شاهد کاهش رفتارهای لجبازی کودکان خواهند بود. لذا، آموزش مدیریت والدین به‌عنوان روشی برای درمان مشکلات رفتاری اعم از اختلال نافرمانی مقابله‌ای به والدین کمک می‌کند تا رفتار فرزندان‌شان را تغییر بدهند. والدین از طریق مربی روش‌های ویژه‌ای را برای تعامل با کودک‌شان یاد می‌گیرند تا رفتارهای نامطلوب و انحرافی کودک‌شان را کاهش دهند. در واقع، این روش موجب می‌شود که والدین شیوه‌های صحیح تربیتی را آموزش ببینند و با افزایش اطلاعات والدین در این زمینه، رفتارهای منفی کودکان کاهش می‌یابد. لذا، این روش موجب می‌شود که کودک بداند رعایت نکردن قوانینی که از سوی والدین وضع می‌شود، چه پیامدهایی دارد. بنابراین، از خواسته‌های پدر و مادر پیروی می‌کند. روش آموزش مدیریت والدین موجب می‌شود که والدین علاوه بر شناختن ریشه‌های بدرفتاری کودک، از شیوه‌های صحیح تربیتی مثل تقویت کردن، بی‌اعتنایی کردن، محروم کردن و حذف، اطلاع کسب کنند و به‌دور از پرخاشگری یا تنبیه بدنی، از این شیوه‌های صحیح تربیتی، بتوانند رفتارهای منفی کودک را مهار کنند. بنابراین، یکی از رفتارهای منفی که توسط کودک انجام می‌شود، رفتارهای نافرمانی مقابله‌ای است که از دوران پیش دبستانی شروع شده و تا دوران کودکی و نوجوانی نیز ادامه می‌یابد. زمانی که رفتارهای نافرمانی مقابله‌ای بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی تأثیر منفی بگذارد، تبدیل به اختلال می‌شود. اختلال نافرمانی مقابله‌ای ریشه ژنتیکی و محیطی دارد که اغلب عامل محیطی موجب شروع این اختلال می‌شود. از سوی دیگر، مشکلات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی به‌طور دیده می‌شود. بنابراین، یکی از روش‌هایی که می‌تواند موجب بهبود اختلال نافرمانی مقابله‌ای شود، آموزش مدیریت والدین است.

در حالت کلی، یافته‌های پژوهش مؤید این است که جلسات آموزش مدیریت والدین به‌صورت گروهی بر اختلال

References

- Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities*. 2011;32(2):419-36.
- Saif A. *Modern training Psychology*. Tehran: Doran Publishing; 2016. [Persian].
- Emamipour S, Shams Esfandabad H. *Learning and cognitive styles*. Tehran: Samat; 2011. [Persian].
- Kim J, Wigram T, Gold C. Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism*. 2009;13(4):389-409.
- Tassé MJ, Luckasson R, Schalock RL. The relation between intellectual functioning and adaptive behavior in the diagnosis of intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*. 2016;54(6):381-90.
- Christensen LL. *Dual diagnosis: Intellectual disability and oppositional defiant disorder*: UCLA; 2012.
- Abasi Makvand Z, Mousavi R, Moradi A, Akbari Zardkhaneh S. The effectiveness of structural family therapy in improving children with stubborn disobedience disorder. *The woman and Families Cultural -Educational Journal*. 2008; 15(5), 105- 122.
- Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
- Tseng W-L, Kawabata Y, Gau SS-F. Social adjustment among Taiwanese children with symptoms of ADHD, ODD, and ADHD comorbid with ODD. *Child Psychiatry & Human Development*. 2011;42(2):134-51.
- Visser E, Berger H, Prins J, Lantman-De Valk HVS, Teunisse J. Shifting impairment and aggression in intellectual disability and autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*. 2014;35(9):2137-47.
- van den Bogaard KJ, Nijman HL, Palmstierna T, Embregts PJ. Characteristics of aggressive behavior in people with mild to borderline intellectual disability and co-occurring psychopathology. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2018;11(2):124-42.
- Hamilton S, Armando J. *Oppositional defiant disorder*. *American family physician*. 2008;78(7):861-6.
- Einfeld SL. Behaviour problems in children with genetic disorders causing intellectual disability. *Educational Psychology*. 2005;25(2-3):341-6.
- Gardner WI. Aggression in persons with intellectual disabilities and mental disorders. *Handbook of intellectual and developmental disabilities*: Springer; 2007. p. 541-62.
- Moradiyani Gizah Rod S, Mir Drikvand F, Hosseini Ramaghani N, Mehrabi M. The Effectiveness of

نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی به‌طور معناداری تأثیر داشته است، به‌گونه‌ای که این آموزش، اختلال نافرمانی مقابله‌ای این دانش‌آموزان را کاهش داد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی می‌تواند موجب بهبود مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شود و حتی می‌توان به‌عنوان یک رویکرد پیشگیرانه به آن نگاه کرد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر مربوط به جامعه آماری این پژوهش است که فقط مادران بودند و پدران در آن شرکت نداشتند، بنابراین، تعمیم نتایج این پژوهش به پدران باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، از آنجا که آزمودنی‌های این پژوهش فقط مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بودند، بنابراین در تعمیم آن به مادران دانش‌آموزان با سایر ناتوانی‌ها نیز باید احتیاط کرد. همچنین، سن دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در این پژوهش بین ۷ تا ۱۲ سال بود، بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به سایر سنین باید با احتیاط انجام شود. با توجه به محدودیت‌های پژوهش، برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در گروه پدران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، گروهی از والدین دانش‌آموزان با سایر ناتوانی‌ها مانند بیش‌فعالی / نارسایی توجه و اختلال یادگیری خاص و گروه‌های سنی مختلف اجرا شود. همچنین، با توجه به اثربخش بودن روش آموزش مدیریت والدین و آشنایی والدین به‌ویژه مادران در زمینه‌ی شیوه‌های فرزندپروری و راه‌های کنترل رفتارهای نامطلوب و تقویت رفتارهای مطلوب در دانش‌آموزان پیشنهاد می‌شود، توسط معلم دانش‌آموزان یا مشاور مدرسه بروشورهایی در زمینه‌ی شیوه‌های صحیح فرزندپروری تهیه شود و در اختیار والدین قرار گیرد. همچنین با توجه به اینکه جلسات آموزش خانواده هر ماه در مدارس استثنایی توسط مشاور و مدرس آموزش خانواده برگزار می‌شود، پیشنهاد می‌شود که شیوه‌های صحیح مدیریت والدین را به‌ویژه به مادران آموزش داده شود تا شاهد کاهش رفتارهای ناسازگارانه از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای این دانش‌آموزان باشیم.

تشکر و قدردانی

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

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد یا تعارض منافی وجود ندارد.

- Mindfulness-based Parenting Training on Anxiety, Depression and Aggression of Mothers with Children Suffering from Oppositional Defiant Disorder. *Armaghane danesh*. 2016;21(6):576-90. [persian].
16. Ghazanfari F, Hosseini Ramaghani NA, Moradiyani Gizeh Rod SK, Mehrabi M, Panahi H. THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS-BASED PARENTING PROGRAM ON THE GENERAL HEALTH OF MOTHERS WHO HAVE CHILDREN WITH OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER. *Studies in Medical Sciences*. 2016;27(7):629-41 [Persian].
 17. Tang Y, Lin X, Chi P, Zhou Q, Hou X. Multi-Level Family Factors and Affective and Behavioral Symptoms of Oppositional Defiant Disorder in Chinese Children. *Frontiers in Psychology*. 2017;8 (1123).
 18. 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.
 19. Antúnez Z, de la Osa N, Granero R, Ezpeleta L. Reciprocity between parental psychopathology and oppositional symptoms from preschool to middle childhood. *Journal of clinical psychology*. 2018;74(3):489-504.
 20. Kaplan H. Summary of Psychiatry . Translation: Ganji, H. Tehran: noAndish Publications; 2013.
 21. Einfeld SL. Behaviour problems in children with genetic disorders causing intellectual disability. *Educational Psychology*. 2005; 25(2-3), 341-346.
 22. Gardner WI. Aggression in persons with intellectual disabilities and mental disorders. In *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 541-562). Springer, Boston, MA; 2007.
 23. Antúnez, Z., de la Osa, N., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2018). Reciprocity between parental psychopathology and oppositional symptoms from preschool to middle childhood. *Journal of clinical psychology*, 74(3), 489-504.
 24. Esra Ç, Kültür SEÇ, Diñç GŞ. Association between parenting styles and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2017;28(1):25.
 25. Machaliecek W, Lang R, Raulston. Training parents of children with intellectual disabilities: Trends, issues, and future directions. *Current Developmental Disorders Reports*. 2015; 2(2), 110-118.
 26. Costin J, Chambers SM. Parent management training as a treatment for children with oppositional defiant disorder referred to a mental health clinic. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2007;12(4):511-24.
 27. Amiri M, Movallali G, Nesaiyan A, Hejazi M, Assady Gandomani R. Effect of Behavior Management Training for Mothers With Children having ODD Symptoms. *Archives of Rehabilitation*. 2017;18(2):84-97 [persian].
 28. Sohrabi F, Asadzadeh H, Arabzadeh Z. Effectiveness of Barkley's parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children. *Journal of School Psychology*. 2014;3(2):82-103. [Persian].
 29. 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):127-35. [Persian].
 30. McNeil CB, Hembree-Kigin TL. *Parent-Child Interaction Therapy* (2nd ed.). New York: Springer; 2010
 31. Thijssen J, Vink G, Muris P, Ruitter CD. The Effectiveness of Parent Management Training—Oregon Model in Clinically Referred Children with Externalizing Behavior Problems in The Netherlands, *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017; 48(1): 136–150.
 32. Christensen L, Baker BL, J B. Oppositional Defiant Disorder in Children With Intellectual Disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2013;6(3):225-44.
 33. Milani B. *Psychology of exceptional children and adolescents*. Tehran: Qoms Publications; 2008. [Persian].
 34. Ahmadi M. Effectiveness of Aggressive Child Therapeutic Focused Therapy Game, M.Sc. Thesis, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2006.
 35. Nobahar Y. Study of family and social factors of behavioral disorders in children with mental retardation in Marand city, Master Thesis in General Psychology, Payame Noor University of Marand; 2011.
 36. Hafeznia, MR. *Introduction to Research Methodology in Humanities*. Organization for the Study and Compilation of University Humanities Books (Position). 2020. [Persian].
 37. 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.
 38. Baezzat F, Ahmadi Ghozoloji A. Factorial Structure and Psychometric Properties of the Disruptive Behavior Disorders Rating Scale – Parent Form. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2015; 2 (3), 22-45. [Persian].
 39. 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.
 40. Kazdin A. *A Practical Guide to Treating Children and Adolescents Behavioral Problems "Parental Management Education"*; 2002; Translated Hezardastan F, Abadi A, Mousavi Madani N. Tehran: Publisher: Neweshteh Publisher; 2014. [Persian].