

Determining the Effectiveness of Barclay's Positive Parenting Method on Improving Parents' Mental Wellbeing, Social Competence, Academic Performance, and Reducing Behavioral Problems of Secondary Elementary Students with Learning Disabilities Comorbid with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Veisiy N¹, *Vakili S², Arjmandnia AA³, Gholamali Lavasani M⁴

Author Address

1. PhD Student in Psychology and Education of Exceptional Children, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Literature, Humanities, and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

3. Associate Professor, Department of Psychology and Education for Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran;

4. Associate Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, School of Psychology and Educational Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: vakili7sa@gmail.com

Received: 2021 February 28; Accepted: 2021 October 28

Abstract

Background & Objectives: Children with learning disabilities are the largest group of children in special education. One of the disorders associated with learning disabilities is Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Children with learning disabilities and ADHD have behavioral problems, poor social competence, and low academic achievement. Managing parent-child interaction is the first line of treatment in many pediatric disorders. Behavioral therapies in terms of parent-child relationships seem to be essential in treating learning disabilities. In this treatment, correcting the child's behavior occurs in the home's natural environment and is run by the parents who interact with the child the most. The present study aimed to determine the effectiveness of Barkley's positive parenting method on improving parents' mental wellbeing, children's social competence, and academic performance and reducing behavioral problems of secondary elementary school students with learning disabilities comorbid with ADHD.

Methods: The present quasi-experimental study has a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all male and female students of the fourth, fifth, or sixth grades of government educational centers for learning disabilities in the fourth district of Tehran City, Iran, and their parents in the 2019-2020 academic year. Among them, 70 children were selected using the Conners' Teacher Rating Scale (1991) and the Learning Disability Evaluation Scale (McCarney and Arthaud, 2007) according to the inclusion and exclusion criteria. In the secondary screening, 30 qualified volunteers were included in the study using a clinical interview with parents. They were randomly divided into experimental and control groups (15 students in each group). The inclusion criteria were having the main and predominant diagnosis of learning disabilities and hyperactivity, studying in the fourth, fifth, or sixth grades, agreeing to participate in the research, and providing written consent. The exclusion criteria were suffering from severe medical disease, absence in two educational program sessions, and participation in other educational programs. The participants in the pretest and posttest stages completed Satisfaction with Life Scale (Diener et al., 1985), the Positive and Negative Affect Scale (PANAS) (Watson et al. 1988) for assessing mental wellbeing, Social Emotional Competence Questionnaire (Zhou & Ee, 2012), and Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991). Students' GPAs (grade point average) of the previous semester were used to measure academic performance. During the intervention, the experimental group received Barkley's parenting program (Barkley, 1998) in 8 90-minute sessions for two months. But no intervention was provided for the control group. To analyze the obtained data, the Chi-square test and univariate covariance analysis were performed using SPSS version 24. For all tests, α was set at 0.001.

Results: The results showed that, in the experimental group, Barkley's positive parenting training was effective in increasing the mental wellbeing of parents ($p=0.002$), social competence ($p=0.001$), academic performance ($p=0.001$) of children and reducing behavioral problems ($p=0.001$) of children. Also, the effect size of parents' mental wellbeing, social competence, behavioral problems, and students' academic performance was obtained as 0.94, 0.53, 0.95, and 0.82, respectively, indicating the terrific effect of Barclay's parenting training on the research variables.

Conclusion: Based on the findings of the present study, Barkley's positive parenting training improved parents' mental wellbeing, social competence, and academic performance of children while decreasing the behavioral problems of students with learning disabilities and ADHD.

Keywords: Barkley's positive parenting, Mental wellbeing, Social competence, Behavioral problems, Learning disabilities, Attention-deficit/hyperactivity disorder.

تعیین اثربخشی شیوه والدگری مثبت بارکلی بر بهبود بهزیستی ذهنی والدین، شایستگی اجتماعی، عملکرد تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی دوره دوم مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری با همبودی نارسایی توجه/بیش‌فعالی

نصرالله ویسی^۱، سمیرا وکیلی^۲، علی اکبر ارجمندنی^۳، مسعود غلامعلی لواسانی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛
۲. استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛
۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛
۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
*رایانامه نویسنده مسئول: vakili7sa@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۰ اسفند ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۶ آبان ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: عملکرد تحصیلی ضعیف و مشکلات اجتماعی و رفتاری باعث به‌وجودآمدن مشکلات روان‌شناختی در زندگی کودکان و والدین آن‌ها می‌شود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شیوه والدگری مثبت بارکلی بر بهبود بهزیستی ذهنی والدین، شایستگی اجتماعی، عملکرد تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی دوره دوم مبتلا به اختلالات یادگیری با همبودی نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر پایه‌های چهارم و پنجم و ششم مراکز دولتی اختلالات یادگیری منطقه چهار شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ و والدین آن‌ها تشکیل دادند. از بین این افراد، هفتاد نفر با استفاده از مقیاس درجه‌بندی کانز فرم معلم (۱۹۹۱) و مقیاس ارزیابی اختلالات یادگیری (مک‌کارنی و آرثود، ۲۰۰۷) و باتوجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. سپس در غربالگری ثانویه با استفاده از فرم مصاحبه بالینی با والدین، سی نفر داوطلب وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، مقیاس رضایت از زندگی (داینر و همکاران، ۱۹۸۵) و مقیاس عاطفه مثبت و منفی (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) برای ارزیابی بهزیستی ذهنی، پرسش‌نامه شایستگی هیجانی اجتماعی (ژو و ای، ۲۰۱۲) و چک‌لیست رفتاری کودک (آخنج، ۱۹۹۱) بود. صرفاً برای گروه آزمایش مداخله شیوه والدگری بارکلی در هشت جلسه نود دقیقه‌ای ارائه شد. به‌منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون‌های خی‌دو و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. برای تمام آزمون‌ها $\alpha = 0/001$ مبنا قرار گرفت.

یافته‌ها: در گروه آزمایش، آموزش والدگری مثبت بارکلی در افزایش بهزیستی ذهنی والدین ($p = 0/002$)، شایستگی اجتماعی ($p = 0/001$)، عملکرد تحصیلی ($p = 0/001$) و کاهش مشکلات رفتاری ($p = 0/001$) مؤثر بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، آموزشی والدگری مثبت بارکلی منجر به بهبود بهزیستی ذهنی والدین، شایستگی اجتماعی و عملکرد تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری با همبودی نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: والدگری مثبت بارکلی، بهزیستی ذهنی، شایستگی اجتماعی، مشکلات رفتاری، اختلالات یادگیری، نارسایی توجه/بیش‌فعالی.

به میزانی اشاره دارد که افراد ارزیابی‌های متفکرانه و واکنش‌های عاطفی دربارهٔ مطلوب بودن زندگی و تمایل به کارکردن از خود نشان می‌دهند (به نقل از ۹).

در دو دههٔ اخیر، باتوجه به فقدان شواهد تجربی کافی مبنی بر تأیید علل زیست‌عصب‌شیمیایی ناتوانی‌های یادگیری و فقدان اثربخشی پایدار درمان‌های دارویی و عوارض جانبی داروهای محرک دستگاه اعصاب مرکزی، تلاش‌های پژوهشی گسترده‌ای در زمینهٔ درمان‌های روانی اجتماعی انجام شد. در حوزهٔ درمان‌های روانی اجتماعی، درمان آموزش والدینی بخش ضروری از مداخلات درمانی محسوب می‌شود (۱۰). این الزام به دلیل ارتباط معنادار میان کنش‌وری نامناسب خانواده با نشانه‌ها و مشکلات یادگیری است (۱۱)؛ زیرا کودکان مبتلا به این اختلال، رفتارهای نامناسب بیشتری از خود نشان می‌دهند (۹) و کمتر با والدین خود با گرمی رفتار می‌کنند؛ از این رو، دور باطل میان رفتارهای کودک و راهبردهای والدین تداوم دارد (۱۲). نتایج پژوهشی مشخص کرد، این آموزش‌ها منجر به کاهش نشانه‌های اصلی اختلال می‌شود. همچنین بهبود مشکلات رفتاری، روابط دلبستگی، مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای کلاسی کودک را به همراه دارد (۱۳). دربارهٔ اثربخشی مداخلهٔ آموزش والدینی بارکلی، پژوهش راجرز و همکاران نشان داد، برنامهٔ آموزشی مذکور منجر به کاهش مشکلات رفتاری این کودکان می‌شود (۱۳). دررتک و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند، برنامه‌های فرزندپروری مثبت تأثیر مثبت بر مشکلات رفتاری کودکان و وضعیت سلامت روان والدین آن‌ها دارد (۱۴). ترنر و ساندروز بعد از آموزش والدین اشاره کردند که والدین سطوح کمتری از مشکلات رفتاری کودکان را نشان می‌دهند (۱۵).

باتوجه به شواهد پژوهشی گذشته و از آنجاکه آموزش شیوه‌های مدیریت رفتار، گامی مؤثر برای بهبود مشکلات روان‌شناختی کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری با همبودی نارسایی توجه/بیش‌فعالی به شمار می‌رود و باتوجه به اینکه در هیچ‌یک از پژوهش‌های قبلی به اثربخشی آموزش والدگری مثبت بارکلی^{۱۱} برای کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری با همبودی نارسایی توجه/بیش‌فعالی اشاره نشده است، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامهٔ آموزش والدگری مثبت بارکلی بر بهبود بهزیستی ذهنی والدین، شایستگی اجتماعی، عملکرد تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی دورهٔ دوم مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری با همبودی نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر ابتدایی دورهٔ دوم مراکز دولتی اختلالات یادگیری منطقهٔ چهار شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ و والدین آن‌ها تشکیل

ناتوانی‌های یادگیری^۱ براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، در طبقهٔ اختلال‌های عصبی تحولی^۳ قرار دارد. این ناتوانی‌ها به صورت مشکلات یادگیری و نارسایی در کسب مهارت‌های تحصیلی متناسب با سن، در سال‌های اولیهٔ تحصیلی آشکار می‌شود. این مشکلات حداقل شش ماه دوام دارد و ارتباطی با ناتوانی‌های ذهنی و اختلال‌های تحولی یا عصبی حرکتی ندارد (۱). در اکثر دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری، علاوه بر ناتوانی‌های یادگیری به طور رسمی، یک ناتوانی دیگر نیز تشخیص داده می‌شود؛ یعنی ممکن است آن‌ها در کنار ناتوانی یادگیری، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۴ یا اختلال دیگری نیز داشته باشند (۲). در همین راستا نتایج پژوهش سیدمن نشان داد، ۳۰ درصد از کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری به طور هم‌زمان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی هستند (۳). به عقیدهٔ افستراتوپولو و همکاران، کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری همبودی با اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی، مشکلاتی در زمینهٔ توجه و بیش‌فعالی، تحمل کم در برابر ناکامی، ضعف در مهارت‌های اجتماعی، پیشرفت تحصیلی ضعیف و مشکلات رفتاری دارند (۲).

متغیرهایی از قبیل شایستگی اجتماعی^۵، عملکرد تحصیلی^۶ و مشکلات رفتاری^۷ احتمالاً به دلیل وجود ناتوانی‌های یادگیری در این دانش‌آموزان مختل می‌شود. ناتوانی در کسب شایستگی اجتماعی یکی از ویژگی‌های کودکان با اختلال‌های مختلف از جمله کودکان با ناتوانی‌های یادگیری و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است. بیر و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند، بین دانش‌آموزان با اختلالات یادگیری و دانش‌آموزان عادی در شایستگی‌های اجتماعی و رفتاری تفاوت وجود دارد؛ ولی شایستگی تحصیلی دانش‌آموزان عادی درمقایسه با دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری به طور درخور توجهی بیشتر است (۴). ازسوی دیگر یکی از مشکلات بارز در کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری، مشکلات رفتاری است (۵). کودکان با ناتوانی‌های یادگیری در معرض خطر زیادی برای ابتلا به اختلال‌های اجتماعی، هیجانی و رفتاری^۸ هستند (۶). اختلال‌های هیجانی رفتاری به شرایطی اشاره دارد که در آن پاسخ‌های هیجانی و رفتاری در مدرسه با هنجارهای فرهنگی و سنی و قومی متفاوت است؛ به طوری که بر وضعیت تحصیلی فرد، سازگاری فردی، رفتار در کلاس درس و سازگاری در محیط کار نیز تأثیر منفی دارد (۷). کودکان با ناتوانی‌های یادگیری علاوه بر مشکلات تحصیلی، با چالش‌هایی در حوزه‌های اجتماعی و عاطفی و رفتاری مواجه می‌شوند. همچنین این دانش‌آموزان درمقایسه با همسالان در حال رشد خود مشکلات رفتاری و عاطفی بیشتری دارند (۵). ازسوی دیگر پژوهش‌های قبلی حاکی از آن بود که رویدادهای نامطلوب زندگی بر بهزیستی ذهنی^۹ والدین تأثیر بسزایی می‌گذارد (۸، ۹). از منظر داینر^{۱۰} و همکاران، بهزیستی ذهنی

7. Behavioral problems

8. Social, emotional and behavioral disorders

9. Mental well-being

10. Diener

11. Barkley's positive parenting

1. Learning disabilities

2. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders

3. Neurological and developmental disorders

4. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

5. Social competence

6. Academic performance

دادند. برای انتخاب نمونه در غربالگری اولیه ابتدا دو فرم مقیاس درجه‌بندی کانز فرم معلم^۱ (۱۶) و مقیاس ارزیابی اختلالات یادگیری^۲ (۱۷) در اختیار معلمان دانش‌آموزان پایه‌های چهارم و پنجم و ششم قرار گرفت. سپس از دانش‌آموزانی که در این دو مقیاس به‌صورت هم‌زمان نمرات بیشتری داشتند، باتوجه به ملاک‌های ورود و خروج، هفتاد دانش‌آموز انتخاب شدند. در ادامه در غربالگری ثانویه با استفاده از مصاحبه بالینی با والدین، سی نفر از افراد داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر، داشتن تشخیص اصلی و غالب ناتوانی‌های یادگیری و بیش‌فعالی، تحصیل در پایه‌های چهارم و پنجم و ششم، موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت‌نامه کتبی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش، ابتلا به هرگونه بیماری طبی شدید و غیبت در دو جلسه از برنامه آموزشی و شرکت در برنامه‌های آموزشی دیگر به‌طور هم‌زمان در نظر گرفته شد. همچنین به‌منظور برآورد حجم نمونه، روش پیشنهادی کوهن به‌کار رفت (۱۸). بر این اساس، در پژوهش حاضر که دارای گروه آزمایش (گروه دریافت‌کننده آموزش والدینی بارکلی) و گروه گواه (بدون دریافت مداخله) بود، با پذیرش $\alpha = 0.05$ و پیش‌بینی اندازه اثر متوسط (۰/۲۵)، پانزده آزمودنی برای هر گروه انتخاب شد.

روش اجرای پژوهش حاضر بدین‌صورت بود که بعد از کسب مجوز برای ورود به مدارس عادی ابتدایی و مراکز ۱ تا ۵ ناتوانی‌های یادگیری شهر تهران و تشریح اهداف و مزایای پژوهش برای آزمودنی‌ها و همچنین اطمینان از درک درست آن‌ها، برنامه آموزشی والدگری بارکلی برای گروه آزمایشی به‌کمک دو دستیار پژوهشی انجام گرفت؛ اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. برخی از ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارت بود از: اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان در پژوهش؛ مختاربودن در انصراف از شرکت در هر مرحله از پژوهش؛ دادن اطمینان‌خاطر به آزمودنی‌ها مبنی بر محرمانه باقی ماندن اطلاعات حاصل از آنان و منتشرنشدن آن‌ها.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات آموزشی زیر به‌کار رفت.

– بهزیستی ذهنی: این مفهوم دارای دو جزء شناختی و عاطفی است که در پژوهش حاضر برای سنجش این دو بُعد از ابزارهای زیر استفاده شد.

الف. مقیاس رضایت از زندگی^۳ (داینر و همکاران، ۱۹۸۵): این مقیاس در بُعد شناختی بهزیستی ذهنی استفاده شد. مقیاس دارای پنج گویه است و هر گویه هفت گزینه دارد که پاسخ‌دهندگان میزان رضایتمندی خود را از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نشان می‌دهند. برای هر فرد بیشترین نمره (۳۵) بیانگر رضایت از زندگی زیاد است (۱۹). در پژوهش داینر و همکاران، روایی سازه این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مطلوب گزارش شد. همچنین پایایی ابزار با استفاده از روش دونیمه‌کردن ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی ۰/۸۲ به‌دست آمد (۱۹). در ایران پایایی این ابزار در پژوهش سلیمی و

همکاران با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و بازآزمایی با فاصله شش‌هفته‌ای ۰/۸۴ بود. درخصوص روایی همگرایی این ابزار، همبستگی آن با مقیاس عاطفه مثبت و منفی^۴ واتسون و همکاران، ۰/۷۲ به‌دست آمد (۲۰).

ب. مقیاس عاطفه مثبت و منفی (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸): این مقیاس بیست گویه دارد. گویه‌ها در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (بسیار کم) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. برای هر فرد بیشترین نمره (۱۰۰) بیانگر عاطفه مثبت زیاد است (۲۱). ضرایب همسانی درونی مقیاس در پژوهش واتسون و همکاران با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ به‌دست آمد. روایی سازه این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی از دو عامل عاطفه مثبت و عاطفه منفی تشکیل شده است (۲۱). پایایی بازآزمایی در پژوهش شاه‌سیاه و همکاران برای خرده‌مقیاس‌های عاطفه مثبت ۰/۶۸ و عاطفه منفی ۰/۷۱ بود. در پژوهش آن‌ها برای بررسی روایی همگرا همبستگی خرده‌مقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه مثبت با سیاهه افسردگی بک^۵ به‌ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۳۶ و نیز برای بررسی روایی واگرا همبستگی دو خرده‌مقیاس عاطفه منفی و عاطفه مثبت با مقیاس اضطراب آشکار و پنهان به‌ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۳۵ به‌دست آمد (۲۲).

– پرسش‌نامه شایستگی هیجانی-اجتماعی^۶ (ژو و ای، ۲۰۱۲): این پرسش‌نامه ۲۵ گویه دارد و در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. برای هر فرد بیشترین نمره (۱۳۰) بیانگر شایستگی اجتماعی زیاد است. این پرسش‌نامه دارای مؤلفه‌های خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، خودمدیریتی، مدیریت رابطه و تصمیم‌گیری مسئولانه است (۲۳). در پژوهش ژو و ای، روایی سازه پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مطلوب به‌دست آمد. همچنین پایایی این ابزار ۰/۷۰ بود (۲۳). در ایران در پژوهش امام‌قلی‌وند و همکاران روایی سازه ابزار با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد. نتایج نشان داد، ساختار پرسش‌نامه برازش پذیرفتنی با داده‌ها داشت و تمامی شاخص‌های نکویی، برازش مدل را تأیید کردند. همچنین پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ به‌دست آمد (۲۴).

– چک‌لیست رفتاری کودک^۷ (آخنیخ، ۱۹۹۱): این مقیاس به‌صورت طیف لیکرت از صفر (نادرست) تا ۲ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود (۲۵) و در ایران توسط مینایی هنجاریابی شد (۲۶). مقیاس مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نیز مشکلات کودکان و نوجوانان را با شش خرده‌مقیاس زیر نشان می‌دهد: ۱. مشکلات عاطفی؛ ۲. مشکلات اضطرابی؛ ۳. مشکلات جسمانی؛ ۴. مشکلات اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه؛ ۵. مشکلات رفتار مقابله‌ای؛ ۶. مشکلات سلوک. در پژوهش حاضر، از چهار خرده‌مقیاس، یعنی مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات اجتماعی و رفتار پرخاشگرانه استفاده شد که هریک به‌ترتیب ۱۳، ۶،

^۵. Beck Depression Inventory

^۶. Social Emotional Competence Questionnaire

^۷. Child Behavior Checklist

^۱. Conners' Teacher Rating Scale (CTRS)

^۲. Learning Disability Evaluation Scale (LDES)

^۳. Satisfaction with Life Scale (SWLS)

^۴. Positive and Negative Affect Scale (PANAS)

۱۱ و ۱۸ گویه دارد. برای هر فرد بیشترین نمره (۹۶) بیانگر مشکلات رفتاری زیاد است (۲۵). در پژوهش مک‌الروی و رودریگز روایی سازه این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد و ساختار پرسش‌نامه برازش پذیرفتنی با داده‌ها داشت. همچنین پایایی ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۹۰ به دست آوردند (۲۷). در پژوهش مینایی روایی این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مطلوب به دست آمد و مدل شش عاملی برازش مناسبی با داده‌ها داشت. همچنین پایایی مقیاس، با استفاده از روش آلفای کرونباخ در سنین ۱۱ تا ۱۶ سال، برای خرده‌مقیاس‌های مشکلات عاطفی ۰/۷۷، مشکلات اضطرابی ۰/۸۲، مشکلات اجتماعی ۰/۸۴ و رفتار پرخاشگرانه ۰/۹۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد (۲۶).
 - عملکرد تحصیلی: در پژوهش حاضر برای سنجش عملکرد تحصیلی

از معدل نیم‌سال قبلی دانش‌آموزان استفاده شد.
 - برنامه آموزشی والدینی بارکلی^۱: یکی از روش‌های مبتنی بر آموزش رفتاری والدین، آموزش والدینی راسل بارکلی است که برای کودکان ۲ تا ۱۲ ساله دارای نارسایی توجه/بیش‌فعالی در سال ۱۹۹۸ طراحی و استفاده شد (۲۸). این برنامه فرمت اصلی برنامه‌های باوم و فورهند است (۲۹). این برنامه شامل دو قسمت است: اول، روش‌های مؤثرتری را برای رفتار با کودک به والدین آموزش می‌دهد؛ دوم استفاده از روش‌های تنبیهی را والدین یاد می‌گیرند. این برنامه در پژوهش کدخدایی و همکاران ارزیابی شد و از روایی محتوای پذیرفتنی برای کاربرد آموزشی و استفاده بالینی برخوردار بود (۳۰). در پژوهش حاضر برنامه آموزش والدینی بارکلی در هشت جلسه نود دقیقه‌ای انجام گرفت. جدول ۱ به خلاصه جلسات آموزشی اشاره دارد.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش والدگری بارکلی

جلسه	خلاصه جلسه
اول	بیان قواعد گروه و اهداف، معرفی دوره و ضرورت برنامه والدگری بارکلی
دوم	توضیح درباره جلسات والدگری بارکلی
سوم	واکنش و بازخوردی فوری درقبال عملکرد فرزندان، دادن بازخوردهای بیشتر به فرزندان، استفاده از پاداش‌ها و پیامدهای بزرگ‌تر و قدرتمندتر
چهارم	استفاده از تشویق پیش از تنبیه، یادآوری زمان برای کودک و کاهش بازه زمان در صورت لزوم، یادآوری نکات مهم
پنجم	یادآوری منبع انگیزش در نقطه عملکرد، ملموس و عینی‌تر کردن روش‌های تفکر و حل مسئله، تلاش خود برای ثبات و هماهنگی در عملکرد
ششم	عمل کردن به جای حرفی، شخصی تلقی نکردن مشکلات یا اختلالات کودک، برنامه‌ریزی کردن از قبل برای موقعیت‌های مشکل ساز
هفتم	فراموش نکردن ناتوانی کودک، تمرین کردن بخشش
هشتم	جمع‌بندی مطالب آموخته شده

مقیاس‌های بهزیستی ذهنی والدین، مشکلات رفتاری، شایستگی اجتماعی و عملکرد تحصیلی است.
 مطابق با جدول ۲، میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای بهزیستی ذهنی، شایستگی اجتماعی و عملکرد تحصیلی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه افزایش یافت و میانگین نمرات پس‌آزمون مشکلات رفتاری در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه کاهش پیدا کرد. برای تعیین معناداری این تفاوت‌ها باتوجه به اینکه لازم است اثر پیش‌آزمون کنترل شود، آزمون تحلیل کوواریانس به کار رفت؛ ولی قبل از آن پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. با استفاده از آزمون در شاپیرو-ویلک نرمال بودن توزیع نمرات در مرحله پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه ارزیابی شد و نتایج نشان داد، توزیع نمرات متغیرها از توزیع نرمال پیروی کرد ($p > 0.001$). بررسی همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لون برای نمرات متغیرهای بهزیستی ذهنی، شایستگی اجتماعی، عملکرد تحصیلی و مشکلات رفتاری صورت گرفت و فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد ($p > 0.001$). همچنین اثر متقابل میان گروه و متغیرهای پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنادار نبود ($p > 0.001$)؛ بنابراین فرض همگنی شیب خطوط رگرسیون در بین گروه‌ها پذیرفته شد. در جدول ۳ به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اشاره شده است.

باتوجه به طرح پژوهش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه) به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. برای مقایسه سطح تحصیلات دو گروه نیز آزمون خی‌دو به کار رفت. ابتدا تأیید پیش‌فرض‌های آزمون همگنی درباره متغیرهای مقیاس اسمی، نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس متغیرهای وابسته و همگنی شیب خطوط رگرسیون در بین گروه‌ها از طریق آزمون‌های خی‌دو، شاپیرو-ویلک، لون و آزمون F صورت گرفت. همچنین برای تمام آزمون‌ها $\alpha = 0.001$ مبنا قرار گرفت.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر سی نفر (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) در دامنه سنی ۱۰ تا ۱۲ سال بررسی شدند. میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش ۱۱/۳۳ و ۰/۶۱ و میانگین و انحراف معیار گروه گواه ۱۱ و ۰/۷۵ بود. همچنین میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان برابر با ۱۱/۱۶ و انحراف معیار برابر با ۰/۶۹ به دست آمد. برای مقایسه سطح تحصیلات دو گروه، آزمون خی‌دو به کار رفت که باتوجه به معنادار نبودن آماره حاصل فرض یکسانی سطح تحصیلات رد نشد ($p = 0.231$).

جدول ۲ شامل شاخص‌های آماری توصیفی نمرات دو گروه در

^۱ Barkley's parent training program

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای بهزیستی ذهنی، شایستگی اجتماعی، مشکلات رفتاری و عملکرد تحصیلی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی ذهنی	آزمایش	۳۳/۸۶	۴/۵۰	۷۴/۱۳	۵/۹۹
	گواه	۳۳/۷۳	۳/۸۰	۳۸/۰۶	۴/۳۰
شایستگی اجتماعی	آزمایش	۶۳/۷۳	۹/۳۲	۷۵/۲۷	۵/۸۲
	گواه	۶۳/۲۰	۳/۸۵	۶۲/۸۰	۷/۳۲
مشکلات رفتاری	آزمایش	۷۹/۰۶	۴/۸۶	۳۳/۷۳	۵/۷۱
	گواه	۷۸/۳۳	۴/۴۶	۷۳/۵۳	۳/۷۱
عملکرد تحصیلی	آزمایش	۱۴/۳۳	۱/۰۴	۱۷/۹۳	۰/۹۶
	گواه	۱۴/۱۳	۱/۰۳	۱۳/۸۶	۱/۱۲

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای بهزیستی ذهنی، شایستگی اجتماعی، مشکلات رفتاری و عملکرد تحصیلی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	منبع	مجموع	درجه	میانگین	آماره F	مقدار	توان آزمون	اندازه
	تغییرات	مجذورات	آزادی	مجذورات		احتمال		اثر
بهزیستی ذهنی	گروه	۹۷۱۳/۷۵۹	۱	۹۷۱۳/۵۹	۲۴/۷۳۱	۰/۰۰۲	۰/۹۱	۰/۹۴
	پیش‌آزمون	۱۴۷/۰۷۰	۱	۱۴۷/۷۰	۶/۴۵۰	۰/۰۱۷	۰/۶۸	۰/۱۹
شایستگی اجتماعی	گروه	۱۱۲۱/۲۷۴	۱	۱۱۲۱/۲۷۴	۳۱/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۰/۵۳
	پیش‌آزمون	۲۶۵/۹۳۵	۱	۲۶۵/۹۳۵	۷/۴۸	۰/۰۱۱	۰/۷۵	۰/۲۱
مشکلات رفتاری	گروه	۱۱/۹۱۳	۱	۱۱/۹۱۳	۳۲/۴۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۰/۹۵
	پیش‌آزمون	۳۹/۷۶۳	۱	۳۹/۷۶۳	۱/۷۵۳	۰/۱۹۲	۰/۲۴	۰/۱۷
عملکرد تحصیلی	گروه	۱۰۷/۸۰۸	۱	۱۰۷/۸۰۸	۳۹/۳۷۵	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۸۲
	پیش‌آزمون	۷/۶۳۳	۱	۷/۶۳۳	۸/۹۴	۰/۰۰۶	۰/۸۲	۰/۲۴

همبودی نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثربخش بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های سگستر و میلر (۸)، ژانگ و شی (۹)، فرمند (۳۱) و لواک و همکاران (۳۲) همسوست. به عقیده فرمند، احساس بهزیستی ذهنی والدین با رضایت کلی از زندگی، احساس انسجام و پیوستگی در زندگی و تعادل عاطفی مرتبط است. در پژوهش وی، والدین با حضور در کارگاه‌های آموزشی مدیریت رفتار، شیوه‌های مطلوب فرزندپروری و تعامل با کودک را آموزش دیدند و همین امر در نهایت سبب کاهش مشکلات سلامت روان مادران شد؛ درعین حال باورها و استندهای نادرست و ناکارآمد مادران را اصلاح کرد و اصلاحات نیز در نهایت زمینه‌ساز ارتقای سلامت روانی و اجتماعی این مادران شد (۳۱). همچنین براساس نتایج پژوهش لواک و همکاران، شرکت فعال مادران در جلسات در نتایج درمان تأثیر تعیین‌کننده‌ای داشت. افزایش مهارت‌های مادران با شرکت در برنامه آموزش والدینی باعث شد که والدین درک درستی از ماهیت ناتوانی یادگیری با همبودی نارسایی توجه/بیش‌فعالی کودک پیدا کنند، نحوه مدیریت رفتار و مهارت‌های چالش‌برانگیز کودک را یاد بگیرند، نگرش مثبت‌تری درباره روند پیشرفت کودک خود داشته باشند و در نهایت سطح سلامت روان‌شناختی خود را ارتقا دهند (۳۲)؛ بنابراین با دریافت شیوه‌های مدیریت رفتار و فرزندپروری توسط والدین، رضایت از زندگی، احساس انسجام و پیوستگی و تعادل عاطفی در زندگی پدید می‌آید.

به‌منظور بررسی اینکه آیا این تفاوت‌ها در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار بود، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات متغیرهای بهزیستی ذهنی والدین، شایستگی اجتماعی، مشکلات رفتاری و عملکرد تحصیلی در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در گروه آزمایش، معنادار بود؛ بدین معنا که آموزش والدگری مثبت بارکلی در افزایش بهزیستی ذهنی والدین ($p=0/002$)، شایستگی اجتماعی ($p=0/001$)، عملکرد تحصیلی ($p=0/001$) و کاهش مشکلات رفتاری ($p=0/001$) مؤثر بود. همچنین اندازه اثر بهزیستی ذهنی والدین، شایستگی اجتماعی، مشکلات رفتاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۵۳، ۰/۹۵ و ۰/۸۲ به‌دست آمد که حاکی از تأثیر زیاد آموزش والدگری بارکلی بر متغیرهای پژوهش بود.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شیوه والدگری مثبت بارکلی بر بهبود بهزیستی ذهنی والدین، شایستگی اجتماعی، عملکرد تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی دوره دوم مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری با همبودی نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، روش والدگری مثبت بارکلی بر افزایش بهزیستی ذهنی والدین دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری با

به والدین که بیشترین زمان خود را با کودکان این چینی سپری می‌کنند، احتمال کاهش شیوه‌های والدگری نامناسب را در این مادران افزایش می‌دهد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی از قبیل همکاری مناسب نداشتن مراجع مربوط و آزمودنی‌ها و محدود بودن نمونه پژوهش به دانش‌آموزان مقطع ابتدایی بود؛ از این رو به دلیل آنکه در پژوهش حاضر از روش آموزش گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود این شیوه درمانی به صورت فردی و عمیق‌تر نیز انجام گیرد و این مداخله در دیگر مقاطع تحصیلی، گروه‌های سنی و جنسی اجرا شده و اثربخشی آن آزموده شود. به نظر می‌رسد درمانگران، پژوهشگران، مشاوران و والدین می‌توانند از نتایج پژوهش حاضر برای کاهش مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان بهره‌برند و آن‌ها را برای تحصیل در مقاطع بالاتر و روابط اجتماعی و رفتار مطلوب در جامعه آماده کنند.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، شیوه والدگری مثبت بارکلی بر بهبود بهزیستی ذهنی والدین، شایستگی اجتماعی، عملکرد تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری با همبودی نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر است؛ بنابراین باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر، با آموزش مهارت‌های مناسب و کارآمد برنامه والدگری مثبت بارکلی به والدین و با هدف افزایش سطح بهزیستی ذهنی والدین، شایستگی اجتماعی، عملکرد تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری با همبودی بیش‌فعالی/نقص توجه می‌توان به بهبود سطح سلامت روان‌شناختی دانش‌آموز و خانواده کمک کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این مطالعه بیان ملاحظات اخلاقی پژوهش همچون محرمانه ماندن مشخصات شرکت‌کنندگان برای آن‌ها صورت گرفت و رضایت آگاهانه آن‌ها برای شرکت در پژوهش جلب شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری رشته روان‌شناسی کودکان استثنایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات است. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد، شیوه والدگری مثبت بر افزایش شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری با همبودی نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثربخش بود. این نتیجه با یافته‌های مطالعات ویجیلا و همکاران (۳۳) و افستراتوپولو (۲) همسوست. به عقیده ویجیلا و همکاران، شایستگی اجتماعی دارای ابعاد خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، خودمدیریتی، مدیریت رابطه و تصمیم‌گیری مسئولانه است که این امر نشان می‌دهد، دانش‌آموزان با شایستگی اجتماعی زیاد، دارای مهارت‌های برقراری روابط مثبت با دیگران، شناخت اجتماعی دقیق و متناسب با سن، رفتارهای انطباقی و رفتارهای اجتماعی مؤثر هستند (۳۳). به عقیده افستراتوپولو، کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری همبودی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مشکلاتی در زمینه شایستگی اجتماعی داشتند (۲). با استنباط از مطالب مذکور می‌توان گفت، از آنجاکه در شیوه والدگری مثبت بر بعضی از مؤلفه‌های شایستگی اجتماعی از قبیل خودمدیریتی، مدیریت رابطه، رفتارهای انطباقی و مهارت‌های مدیریت استرس فرد تأکید می‌شود، باتوجه به مؤلفه‌های مشترک بین والدگری مثبت و شایستگی اجتماعی می‌توان گفت، شیوه والدگری مثبت بر افزایش شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان اثربخش است.

یافته دیگر پژوهش حاضر مشخص کرد، شیوه والدگری مثبت بارکلی بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری با همبودی نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثربخش بود. این نتیجه با یافته‌های مطالعات راجرز و همکاران (۱۳)، درتزک و همکاران (۱۴)، ترنر و ساندرز (۱۵) و فابیانو و همکاران (۳۴) همسوست. راجرز و همکاران دریافتند، آموزش والدینی بارکلی منجر به کاهش مشکلات رفتاری این کودکان می‌شود (۱۳). درتزک و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، برنامه‌های فرزندپروری مثبت تأثیر مثبت بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و وضعیت سلامت روان والدین آن‌ها دارد (۱۴). براساس پژوهش ترنر و ساندرز، بعد از آموزش والدینی، والدین سطوح کمتری از مشکلات رفتاری کودکان را نشان دادند (۱۵). فابیانو و همکاران رابطه بین رفتارهای والدین را با مشکلات رفتاری کودکان تأیید کردند. به عقیده آن‌ها مشکلات رفتاری کودکان بستگی به رفتار والدین داشت. درواقع والدین کودکان مبتلا به مشکلات برون‌ریزانه و بیش‌فعال غالباً در کنترل رفتار کودک با مشکل مواجه بودند و اغلب از لحاظ سبک‌های تربیتی خود بیش‌ازحد دستوری و منفی عمل کردند؛ همین امر باعث کارایی‌نداشتن این روش‌ها شد که والدین برای کنترل رفتار کودک خود به‌کار گرفتند (۳۴). باتوجه به شواهد پژوهشی مذکور می‌توان گفت، از آنجاکه بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در ارتباط با والدین و به‌خصوص مادر به‌وجود می‌آید و ادامه پیدا می‌کند، آموزش روش‌های درست مدیریت رفتار و رویکردهای منظم تقویتی و تنبیهی

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Efstratopoulou M, Janssen R, Simons J. Differentiating children with attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, learning disabilities and autistic spectrum disorders by means of their motor behavior characteristics. *Res Dev Disabil*. 2012;33(1):196–204. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.08.033>
3. Seidman LJ. Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(4):466–85. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.004>
4. Bear GG, Minke KM, Manning MA. Self-concept of students with learning disabilities: a meta-analysis. *School Psychology Review*. 2002;31(3):405–27. <https://doi.org/10.1080/02796015.2002.12086165>
5. Mehrotra K, Ahamad Manzur S, Ooi YP, Lim CG, Fung DSS, Ang RP. Prevalence of behavioral and emotional problems in children at-risk for learning difficulties. *Eur Psychiatr*. 2011;26(S2):326. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72035-1](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72035-1)
6. Bernard S, Turk J. Developing mental health services for children and adolescents with learning disabilities: a toolkit for clinicians. London: RCPsych Publications; 2009.
7. Taklavi S. Training mothers in play therapy and its effects on the behavior problems of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 2011;1(1):44–59. [Persian] http://jld.uma.ac.ir/article_89.html?lang=en
8. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull*. 2004;130(4):601–30. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>
9. Zhang S, Shi Q. The relationship between subjective wellbeing and workplace ostracism: the moderating role of emotional intelligence. *Journal of Organizational Change Management*. 2017;30(6):978–88. <https://doi.org/10.1108/JOCM-07-2016-0139>
10. Barkley A. Defiant children: a clinician's manual for assessment and parent training. New York: The Guilford Press; 2013.
11. Hughes AA, Hedtke KA, Kendall PC. Family functioning in families of children with anxiety disorders. *J Fam Psychol*. 2008;22(2):325–8. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.325>
12. Kaiser NM, McBurnett K, Pfiffner LJ. Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: evaluation of three theoretical models. *J Atten Disord*. 2011;15(3):193–203. <https://doi.org/10.1177/1087054709356171>
13. Rogers H, Cann W, Cameron D, Littlefield L, Lagioia V. Evaluation of the family intervention service for children presenting with characteristics associated with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 2003;2(3):216–25. <https://doi.org/10.5172/jamh.2.3.216>
14. Dretzke J, Davenport C, Frew E, Barlow J, Stewart-Brown S, Bayliss S, et al. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2009;3(1):7. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-7>
15. Turner KMT, Sanders MR. Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: learning from the triple P—Positive Parenting Program system approach. *Aggress Violent Behav*. 2006;11(2):176–93. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.07.005>
16. Shahim S, Yousefi F, Shahaeeian A. Normalization and psychometric properties of the Connors Rating Scale-Teacher form. *Journal of Educational Sciences and Psychology*. 2007;14(1&2):1-26. [Persian]
17. McCarney SB, Arthaud TJ. Learning Disability Evaluation Scale—Renormed second edition. Columbia, MO: Hawthorne; 2007.
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second edition. Hillsdale, NJ: L Erlbaum Associates; 1988.
19. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985;49:71-5. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
20. Salimi H, Azad Marzabadi E, Abedi M. Determining the mental health condition and its correlation with job burnout and life satisfaction in a military university personnel. *EBNESINA*. 2010;13(3&4):4–1. [Persian] <http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-22-en.html>
21. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*. 1988;54(6):1063–70. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
22. Shahsiah M, Bahrami F, Mohebi S, Tabarraei Y. Correlation between mental wellbeing and marital life quality of couples. *Qom Univ Med Sci J*. 2012;5(4):61–7. [Persian] <http://journal.muq.ac.ir/article-1-97-en.html>
23. Zhou M, Ee J. Development and validation of the Social Emotional Competence Questionnaire (SECQ). *The International Journal of Emotional Education*. 2012;4(2):27–42.
24. Imamgholivand F, Kadivar P, Pasha Sharifi H. Psychometric indexes students' of the Social Emotional Competence Questionnaire (SECQ). *Educational Measurement*. 2018;9(33):79–101. [Persian] https://jem.atu.ac.ir/article_9660.html?lang=en

25. Achenbach TM. Integrative guide for the 1991 CBCL/4–18, Ysr and Trf profile. Univ Vermont/Dept Psychiatr; 1991.
26. Minaee A. Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report forms. *Journal of Exceptional Children*. 2006;6(1):529–58. [Persian] <http://joec.ir/article-1-416-en.html>
27. McElroy EM, Rodriguez CM. Mothers of children with externalizing behavior problems: Cognitive risk factors for abuse potential and discipline style and practices. *Child Abuse Negl*. 2008;32(8):774–84. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.01.002>
28. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook of diagnosis and treatment. Second edition. New York: The Guilford Press; 1998.
29. Baum CG, Forehand R. Long term follow-up assessment of parent training by use of multiple outcome measures. *Behav Ther*. 1981;12(5):643–52. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(81\)80136-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(81)80136-0)
30. Kadkhodaie MS, Ahmadi A, Abedi A. The effect of Barkley's parenting program training on mental health of mothers of boys with attention deficit hyperactivity disorder in elementary school (7–12) in Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;18(3):12–24. [Persian] https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_538033.html?lang=en
31. Farmand A. Soodmandi darman tarkibi: barnameye gorouhi farzand parvari mosbat va daroo darmani, bar alaem vas hive haye tarbiati koodakan 3–12 sale mobtala be ekhtelal naghs tavajoh-bish fa'ali, dar moghayese ba har yek az in darmanha be tanhaei [The usefulness of combined therapy: a group program of positive parenting and drug therapy, on the symptoms and educational methods of 3–12 year-old children with attention deficit/hyperactivity disorder compared to each of these treatments alone] [PhD dissertation]. [Tehran: Iran]: University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare; 2006.
32. Levac AM, McCay E, Merka P, Reddon-D'Arcy ML. Exploring parent participation in a parent training program for children's aggression: understanding and illuminating mechanisms of change. *J Child Adolescent Psych Nursing*. 2008;21(2):78–88. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2008.00135.x>
33. Vijila Y, Jose T, Ponnusamy A. Relationship between parenting styles and adolescent social competence. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*. 2013;17(3):34–6. <http://dx.doi.org/10.9790/0837-1733436>
34. 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. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(2):129–40. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.11.001>