

اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعال/نقص توجه شهر آمل

رضا جوهری فرد^{۱*}، کامبیز سیدحسینی^۲، مرضیه طالب زاده^۳

چکیده

مقدمه: کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه اغلب در تنظیم هیجان، علائم رفتاری و عملکرد تحصیلی دچار مشکلات هستند و با طرد همسالان و انزوای اجتماعی مواجه می‌شوند. با این حال نقص در کارکردهای اجتماعی این کودکان هنوز مورد تردید است. هدف این پژوهش اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره‌درمانی بر تنظیم‌هیجان، علائم‌رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعال/نقص توجه شهر آمل بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه‌گواه بود. جامعه آماری پژوهش-حاضر، شامل کلیه کودکان دبستانی ۷ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه همراه با مادران آنها در شهر آمل در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که از این جامعه ۳۰ نفر، به صورت هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره‌درمانی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. افراد نمونه پرسشنامه‌های تنظیم‌هیجان گارنفسکی، علائم‌رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی را تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و یک‌متغیره، آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره‌درمانی در بهبود روش‌های تنظیم هیجان، عملکرد تحصیلی و کاهش علائم رفتاری در کودکان دارای اختلال بیش‌فعال/نقص توجه بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به مؤثر بودن آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان، علائم رفتاری و عملکرد تحصیلی، روانشناسان و مشاوران مراکز خدمات روان‌درمانی و مشاوره می‌توانند از این رویکردها جهت کاهش اختلال بیش‌فعال/نقص توجه استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی، تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان، عملکرد تحصیلی، کودکان مبتلا به اختلال بیش فعال/نقص توجه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۲۸ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۱/۱۸

استناد: جوهری فرد رضا، سیدحسینی کامبیز، طالب زاده مرضیه. اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعال/نقص توجه شهر آمل، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۳): ۶۵-۵۰

^{۱-} (نویسنده مسئول)، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران،

rjoharifard@gmail.com, tell: 09133170542

^{۲-} دانشجوی دکتری، روانشناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران،

mhosseini7598@gmail.com

marzieh_talebadeh@yahoo.com

^{۳-} استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران



© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که

به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی (ADHD)^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات تشخیصی در حیطه اختلالات عصبی تحولی شناخته شده است. ویژگی‌های این اختلال شامل علائمی از بی‌توجهی، فعالیت بیش از اندازه، تکانشگری و تعدادی نقوص شناختی است (۱). وجود این علائم منجر به نقص‌های عملکردی، هیجانی و شناختی در حیطه‌های مختلف زندگی می‌شود (۲). اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی الگوی فراگیر نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری است که شدیدتر از الگوی آن در کودکان با سطح رشد یکسان می‌باشد؛ به طوری که شیوع آن ۴ تا ۱۲ درصد و در پسرها سه برابر بیشتر از دخترها است (۳). این اختلال یک اختلال رشدی و عصبی با شروع در دوره کودکی است (۴) که سه ویژگی اصلی شامل نقص توجه (ناتوانی در تداوم انجام یک فعالیت و دشواری در تداوم حفظ توجه)، بیش‌فعالی (بی‌قراری و فعالیت زیاد و نامناسب حرکتی) و تکانشگری (شتاب زدگی در انجام یک فعالیت) دارد (۵). علیرغم فرض اساسی در سال‌های ابتدایی مطالعات در این حوزه، مبنی بر وجود علائم در سنین کودکی، مطالعات اخیر نشان دهنده تداوم علائم در بزرگسالی و یا حتی شروع اختلال در سنین بالاتر می‌باشد (۶). با این حال نوع مشکلات ایجاد شده در دوران نوجوانی و بزرگسالی می‌تواند متفاوت تر و ناتوان کننده تر باشد. زیرا بزرگسالی دوره‌ای است که فرد با مسئولیت‌های متعدد و موقعیت‌های شغلی و اجتماعی واقعی‌تر مواجه می‌شود و تماماً مسئولیت‌ها به عهده‌ی خود فرد می‌باشد، لذا ناتوانی در مهار علائم می‌تواند بسیار آزاردهنده‌تر نسبت به دوران کودکی باشد که مراقب‌های کودک به نوعی به جبران مشکلات پیش‌آمده برای کودک اقدام می‌کنند (۷).

یکی از مهم‌ترین مهارت‌هایی که در دوران بزرگسالی نسبت به کودکی مشکلات بیشتری ایجاد می‌کند اختلال در تنظیم هیجانی^۲ است که در مبتلایان به این اختلال به وفور دیده می‌شود (۸). تنظیم هیجان را میتوان به صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می‌توانند بر این که چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آنها را داشته باشند و چگونه آنها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند (۹). تنظیم هیجان، مجموعه‌ای از مهارت‌های پنهان و آشکار است که میتواند برای نظارت، ارزیابی و اصلاح پاسخ‌های هیجانی مطابق با اهداف فرد مورد استفاده قرار گیرد (۱۰). هنگامی که فرد با موقعیت‌های هیجانی مواجه می‌شود، برای تنظیم هیجان به بهترین کارکردهای شناختی نیاز دارد و می‌کوشد تا هیجان‌های خود را کنترل کند (۱۱-۱۲). تنظیم هیجان شامل راهبردهای انطباقی (تمرکز بر برنامه ریزی، پذیرش، توسعه چشم انداز، تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت) و غیر انطباقی (سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوارگری و بزرگ‌نمایی) است که هر کدام با پیامدهای خاصی همراه است (۱۳). از طرفی دشواری در تنظیم هیجان، به عنوان یک عامل فراتشخیصی به عنوان عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی یا پریشانی، دشواری مشارکت در رفتارها و راهبردهای هدفمند و عدم آگاهی هیجانی، مشکل در کنترل تکانه‌ها، نبود شفافیت هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان تعریف شده است (۱۴).

عملکرد تحصیلی^۳ از جمله مسائلی می‌باشد که برای مدیران آموزشی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اینکه چه عواملی بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان تأثیر می‌گذارد، یا سهم و مشارکت هر عامل چه اندازه است، همواره از حیطه‌های مورد علاقه پژوهشگران و روانشناسان تربیتی بوده است (۱۵). توانایی فراگیران برای کنترل فرآیند یادگیری در حال تبدیل شدن به یک پیش‌نیاز ضروری برای یادگیری است (۱۶). بنابراین امروزه عملکرد تحصیلی به عنوان یکی از شاخصه‌های مهم در نظام آموزش و پرورش مشخص است. رشد و بهبود وضعیت عملکردی افراد در محیط‌های آموزشی همواره به عنوان یک دغدغه و نگرانی مشخص بوده است (۱۷). به عبارتی تلاش‌های صورتی گرفته شده در خصوص بهبود عملکرد تحصیلی افراد سبب گردیده است

^۱ Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

^۲ Emotional dysregulation

^۳ Academic Performance

تا راهکارهایی در این خصوص ایجاد گردد (۱۸) با این وجود تلاش جهت بهبود عملکرد تحصیلی با توجه به این راهکارها همیشه در جهت مثبت نبوده است و مشکلات اساسی در این خصوص به ویژه در برخی گروه ها وجود داشته است (۱۹). عملکرد تحصیلی دانش آموزان پدیده ای است که با عوامل آموزشی، روانشناختی و جامعه شناختی در ارتباط است؛ بنابراین عملکرد تحصیلی را میتوان از طریق شناسایی و دستکاری هر یک از این متغیرها افزایش داد (۲۰).

از جمله مسائل مرتبط با مشکلاتی که در کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی-بیش فعالی هم وجود دارد (۲۱)، مشکلات رفتاری است. دریک پژوهش این نتیجه به دست آمد که کودکانی که مشکلات رفتاری مخرب داشتند، علائم اختلال کم توجهی-بیش فعالی^۱ را نیز گزارش کردند (۲۲). کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی-بیش فعالی مشکلات رفتاری از جمله سلوک را نشان می دهند و این اختلال رفتاری زمانی که تاب آوری خانواده پایین است بیشتر مشکل ساز است (۲۳). این کودکان مشکلات هیجانی- رفتاری از جمله اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس پایین، پرخاشگری و رفتارهای ضداجتماعی را تجربه می کنند (۲۴) و آگاهی کمی از هیجانات، رفتارها و نیت افراد دیگر دارند که این مسئله میتواند موجب آسیب در کارکرد اجتماعی و برقراری ارتباط با همسالان شود (۲۵). براساس نتایج یک پژوهش بیش از ۵۰ درصد از کودکان نزدیک به سن نوجوانی پرخاشگری تکانشی قابل توجهی را نشان می دهند که موجب کاستی های عملکردی جدی مادام العمر در طیف وسیعی از حوزه ها، بزهکاری/جنایت و رفتار ضداجتماعی در بزرگسالی می شود (۲۶). در حوزه سبب شناسی مشکلات رفتاری اختلال بیش فعال/نقص توجه علت های زیادی مطرح شده است، از جمله رابطه مشکلات رفتاری با خواب (۲۷)، با مشکلات حسی (۲۸)، با مشکلات روانشناختی والدین (۲۹).

سبک فرزندپروری^۲ و تربیت کودکان یکی از مهم ترین وظایفی است که والدین بر عهده دارند. وظیفه آن ها در بین فرزندان، سازندگی، آفرینندگی و سازمان دادن فرزند در جهت رسیدن به انسانی کامل، متحرک و مؤثر است تا برای بقای وجود، صیانت نفس و انجام وظایف والدینی و اجتماعی آماده شود (۳۰). سبک های فرزندپروری رفتارها و رویه ای ویژه ای است که به طور مجزا و هم در تعامل با یکدیگر بر رشد فرزندان تأثیر می گذارد. محیط خانواده و نوع سبک اجرایی نقش مهمی در تعیین شخصیت و رفتار فرزندان دارد (۳۱). فرزندپروری اصطلاح دیگری برای تربیت فرزندان است. تربیت فرزند، فرآیند اجتماعی شدن است که بستگی به نوع سبک دارد و نوع مشارکت پذیری فرزند را در زندگی اجتماعی رقم می زند. هر یک از انواع سبک های فرزندپروری (مساند، مقتدر و سهل گیر)، الگوهای متفاوتی منبعت از ارزش های مورد قبول والدین، شیوه ها و رفتارهای والدین و تعادلی متفاوت بین پاسخگویی و مطالبه گری را منعکس می کند (۳۲). سبک های فرزندپروری را می توان به عنوان مجموعه یا سیستم رفتاری تعریف کرد که تعامل والدین و کودک را در طیف گسترده ای از موقعیت ها توصیف می کند و فضای تعامل مؤثر را ایجاد می کند (۳۳). این مداخله ها مراقبان و والدین به خصوص مادران را در برنامه های آموزشی درگیر می کند و به آن ها روش هایی را می آموزد که بتوانند نوع تعاملاتشان را با کودکان تغییر دهند. در این مداخلات اولین تکلیف این است که درحالی که خشم و ناامیدی کودک را درک می کنیم، با کودک و خانواده یک تعهد درمانی ایجاد کنیم. دومین مؤلفه مهم استفاده از پاداش و تقویت کننده مثبت برای رفتارهای مناسب است. پاداش ها و تقویت کننده ها هدف های گوناگونی نظیر ایجاد عزت نفس در کودک و تقویت رابطه کودک و والد دارند. برای تأثیرگذاری بیشتر در این رویکرد، پاداش ها باید پس از انجام کار خاصی توسط کودک به صورت واقعی به او داده شوند (۳۴).

^۱ Attention deficit hyperactivity disorder

^۲ parenting styles

بیش فعالی بر جنبه‌های مختلفی از زندگی کودکان اثرگذار است، عواملی از قبیل تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی که می‌تواند زندگی تحصیلی و روابط بین فردی کودکان را تحت تأثیر قرار دهد. از طرفی، با توجه به تجربیات موفق که از اجرای رویکرد آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی در کشورهای مختلف و ایران حاصل شده است، بررسی این رویکرد در کشور جهت بررسی پیامدهای آن در تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی در کودکان مبتلا به بیش فعالی ضرورت پیدا می‌کند. از سوی دیگر، پژوهش‌های اندکی در مورد اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی مادران بر متغیرهای اثرگذار از قبیل تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی در کودکان مبتلا به بیش فعالی انجام شده است و یا دست کم پژوهش‌ها همه متغیرهای بالا را یک جا با هم پوشش نداده‌اند. پژوهش حاضر، کوششی در جهت رفع کمبود عنوان شده می‌باشد. نتیجه این تحقیق می‌تواند به عنوان تلاشی اساسی در راستای بهبود تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی در کودکان مبتلا به بیش فعالی مورد توجه قرار گیرد. توجه بیشتر به این مسئله و انجام پژوهش‌های متعدد در این زمینه می‌تواند گامی مؤثر در جهت کاهش معضلات بیش فعالی در کودکان باشد. بنابراین، با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر انجام شد. به این ترتیب، با عنایت به مطالب و مطالعات عنوان شده، پژوهش حاضر درصدد یافتن پاسخ به این سؤالات است که آیا آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی بر تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه شهر آمل اثربخش است؟ و آیا بین اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی بر تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه شهر آمل تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و یک طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه است، که در آن از دو گروه آزمایشی مجزا و یک گروه گواه استفاده شد. مرحله پیگیری، یک ماه و نیم پس از انجام پس‌آزمون، اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه کودکان دبستانی ۷ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه همراه با مادران آنها در شهر آمل در سال ۱۴۰۰ - ۱۳۹۹ می‌باشند که از این جامعه ۳۰ نفر، به صورت هدفمند انتخاب شدند. از این تعداد، ۳۰ دانش‌آموز و مادران آنها به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. به این ترتیب که از کودکان ارجاع داده شده به مراکز روانشناختی شهر آمل، آنهایی که ملاک ورود به پژوهش شامل تشخیص کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص - توجه توسط روانشناس و طبق معیارهای DSM-۵، پزشکان می‌توانند شدت اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه را "خفیف"، "متوسط" یا "شدید" تعیین کنند. جهت دریافت اطلاعات مربوط به شدت اختلال از پرونده درمانی موجود در مراکز درمانی هدف استفاده شد. خفیف: علائم کمی بیش از تعداد مورد نیاز برای تشخیص وجود دارد و علائم منجر به اختلال جزئی در محیط‌های اجتماعی، مدرسه یا محل کار می‌شود. متوسط: علائم یا اختلال عملکرد بین "خفیف" و "شدید" وجود است. شدید: بسیاری از علائم فراتر از تعداد مورد نیاز برای تشخیص هستند. چندین علامت به طور ویژه شدید است. یا علائم منجر به نقص عملکرد در محیط اجتماعی، مدرسه یا محل کار می‌شود؛ رضایت مادران از حضور در پژوهش، حداقل سواد برای درک گویه‌های پرسشنامه توسط مادران، به صورت تصادفی انتخاب شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره و یک متغیره، آزمون تعقیبی بنفرونی در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. سطح معنی‌داری نیز در این پژوهش، $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته خواهد شد. ابزار گردآوری اطلاعات عبارتند از:

۱) پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی^۱: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط (۳۵) تدوین شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه (۹) راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیر، فاجعه انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می کند. (۳۵)، پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و برای راهبردهای منفی، ۰/۸۷ گزارش کردند. ضریب پایایی خرده مقیاس های این پرسشنامه به شیوه بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۴ ماه در مطالعه گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲)، در دامنه‌ی ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش شده است. (۳۶) در نمونه‌ای متشکل از آزمودنی‌های ۱۵ تا ۲۵ سال با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی پرسشنامه را برابر ۰/۸۲ گزارش کرده است. (۳۷) در مطالعه‌ی خود، ضریب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ی ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی یک هفته را در دامنه‌ی ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه گزارش کردند. (۳۸)، در مطالعه‌ی خود، ضریب آلفای کرونباخ برای تمام خرده مقیاس‌های آزمون را معنی دار گزارش کردند. بیشترین ضریب آلفای کرونباخ، برای زیر مقیاس بازارزیایی مثبت (۰/۸۶) و کم‌ترین آن برای زیر مقیاس پذیرش (۰/۶۰) گزارش شد. در پژوهش آن‌ها ضریب پایایی از طریق بازآزمایی نیز نتایج نسبتاً رضایت بخشی را نشان داد. دامنه‌ی این ضرایب از ۰/۴۰ برای راهبرد فاجعه سازی تا ۰/۶۷ برای راهبرد اتخاذ دیدگاه بود که تمامی ضرایب معنی دار بودند.

۲) پرسشنامه علائم رفتاری کودکان کانرز (CAARSS:S)^۲: فرم والدین مقیاس کانرز دارای ۴۸ گویه است که به وسیله والدین کودک تکمیل می گردد. والدین سوالات را در فرمهایی که بر اساس مقیاس لیبرت درجه بندی شده با استفاده از ۴ گزینه نمره گذاری می کنند، لذا دامنه نمرات هر سوال از صفر (اصلاً صحیح نیست، یا هرگز، به ندرت) تا ۳ (کاملاً صحیح است، یا اغلب اوقات، تقریباً همیشه) متغیر است. روایی و پایایی مقیاس در مطالعات متنوع در کشورهای مختلفی گزارش شده است. (۳۹) همبستگی درونی را بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ گزارش کرده اند (۴۰). (۴۱) در سودان پایایی بازآزمایی را معادل ۰/۸۳ و همسانی درونی بین زیرمقیاس‌های مختلف را از ۰/۵۲ (زیر مقیاس اضطراب) تا ۰/۸۰ (بیش فعالی) گزارش کرده اند. در بنگال ضریب همسانی درونی مقیاس از ۰/۶۰ (مقیاس روان تنی) تا ۰/۷۵ (مقیاس بیش فعالی) گزارش شده است. داده های بازآزمایی از ۰/۸۴ (مشکلات یادگیری) تا ۰/۹۷ (بیش فعالی) متغیر می باشد. در بمبئی ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۰ (مشکلات روان تنی) تا ۰/۷۵ (بیش فعالی) و پایایی بازآزمایی بعد از دو هفته را از ۰/۸۴ (اختلال سلوک) تا ۰/۹۷ (بیش فعالی) ذکر کرده اند (۴۲-۴۳)، در فلسطین اشغالی، (۴۴) میانگین همسانی درونی را ۰/۹۰ گزارش کرده است. تکمیل این پرسشنام، حدود ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به طول می انجامد. جهت به دست آوردن پایایی بازآزمایی، پرسشنامه بعد از ۴ تا ۶ هفته، مجدداً به والدین داده شد. بازگشت دادن پرسشنامه ها توسط تماس تلفنی با والدین مورد پیگیری قرار گرفت. ضرایب همبستگی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۵۸ و برای زیرمقیاس‌های مشکلات روان تنی، مشکلات سلوک، اضطراب-خجالتی و مشکلات اجتماعی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴، ۰/۶۲ و ۰/۴۱ به دست آمد. کلیه ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار و به جز مشکلات اجتماعی سایر ضرایب در حد متوسط است. جهت محاسبه پایایی بین نمره گذاران از بین افراد نمونه، یک گروه ۸۰ نفری از والدین انتخاب شدند. با والدین این گروه جهت هماهنگی تماس گرفته شد و تعداد ۵۸ نفر جهت همکاری اعلام آمادگی نمودند. پرسشنامه ویژه والدین، برای کسانی که قرار بود پرسشنامه را تکمیل کنند ارسال و طی نامه ای مشخص شده

۱. Difficulty in Cognitive Regulation Questionnaire

۲. Conner's Adult ADHD Rating Scale- Self report form & Subscale

بود که توسط کدام یک از والدین تکمیل گردد. به این صورت همبستگی بین نمره گذاری پدر و مادر محاسبه شد که نتایج حاصل از آن بدین صورت می باشد: ضریب پایایی نمره کل ۰/۷۰ و برای زیرمقیاسهای مشکلات اجتماعی، مشکلات سلوک، مشکلات روان تنیو اضطراب خجالتی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۰، ۰/۶۸ و ۰/۴۶ به دست آمد که جز در مورد اضطراب-خجالتی در بقیه موارد در حد مطلوب می باشد. کلیه ضرایب در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است. ضریب آلفای کرونباخ جهت نمره کل ۰/۷۳ و برای زیرمقیاسهای سلوک، مشکلات اجتماعی، اضطراب-خجالتی و مشکلات روان-تنی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۵۷، ۰/۸۶ و ۰/۷۴ بود.

۳- پرسشنامه عملکرد تحصیلی فام و تیلور (EPT): این پرسشنامه اکتباسی از پژوهش های (۴۵) در حوزه ی عملکرد تحصیلی است که برای جامعه ی ایران ساخته شده است (۴۶). این پرسشنامه دارای ۴۸ سوال بوده و هدف آن ارزیابی عملکرد تحصیلی از حوزه های مختلف (خودکارآمدی، تاثیرات هیجانی، برنامه ریزی، فقدان کنترل پیامد، انگیزش) می باشد. در پژوهش (۴۷) روایی محتوای این پرسشنامه توسط نظر اساتید مورد تایید قرار گرفت. همچنین روایی سازی این مقیاس توسط روش تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه هم توسط روش آلفای کرونباخ برای هر خرده مقیاس (خودکارآمدی (۰/۹۲)، تاثیرات هیجانی (۰/۷۳)، برنامه ریزی (۰/۹۳)، فقدان کنترل پیامد (۰/۶۴)، انگیزش (۰/۷۳) بدست آمد.

۴- درمان آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی

محتوای جلسات مبتنی بر روش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی توسط (۴۸) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح زیر ارائه شد.

جدول ۱. جلسات طرحواره درمانی گروهی (۴۸)

جلسات	محتوا
جلسه اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه (از جمله رازداری، احترام، گوش دادن و...)، بستن قرارداد درمانی، شناخت مشکل فعلی مراجع، سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه زندگی.
جلسه دوم	آموزش در مورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و طرحواره‌ها با ارائه مثال تحصیلی.
جلسه سوم	(راهبردهای شناختی)؛ ارائه منطق شیوه‌های شناختی، اجرای آزمون اعتبار طرحواره با ارائه مثال تحصیلی، استفاده از سبک درمانی رویاروسازی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره.
جلسه چهارم	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، برقراری گفت و گو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، به چالش کشیدن طرحواره‌ها، آموزش تدوین کارت‌های آموزشی.
جلسه پنجم	ارائه منطق شیوه تجربی (جنگیدن با طرحواره‌ها در سطح عاطفی)؛ تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویرسازی ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفت و گوی خیالی.
جلسه ششم	ارائه منطق شیوه‌های رفتاری، بیان هدف شیوه‌های رفتاری، ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت بندی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار.
جلسه هفتم	شیوه‌های رفتاری، افزایش برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی.
جلسه هشتم	مرور و جمع بندی جلسات قبل، جمع بندی و نتیجه گیری نهایی، تعیین زمان اجرای پس آزمون‌های

جلسات		محتوا		
هشتم				
مربوطه با فاصله یک هفته بعد از جلسه آخر و تشکر از گروه و ختم جلسات- اجرای پس آزمون				
یافته‌ها:				
جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری				
متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان	طرحواره درمانی	پیش آزمون	۴۴/۳۳۳	۵/۱۳۶
		پس آزمون	۶۲/۲۶۷	۷/۷۲۳
		پیگیری	۵۷/۰۶۷	۳/۷۸۸
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	کنترل	پیش آزمون	۴۲/۸	۱۰/۱۲۲
		پس آزمون	۴۲/۳۳۳	۱۰/۶۸۸
		پیگیری	۴۳/۴۶۷	۵/۸۱۷
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	طرحواره درمانی	پیش آزمون	۶۴/۴۶۷	۸/۷
		پس آزمون	۵۴/۹۳۳	۴/۱۱۴
		پیگیری	۵۶/۲	۵/۱۰۲
علایم رفتاری	کنترل	پیش آزمون	۶۵/۶	۸/۷۳۳
		پس آزمون	۶۳/۲۶۷	۹/۷۲۱
		پیگیری	۶۲/۷۳۳	۵/۹۲۲
عملکرد تحصیلی	طرحواره درمانی	پیش آزمون	۹۲/۲۶۷	۱۲/۶۳۵
		پس آزمون	۶۴/۲۰	۱۲/۸۵
		پیگیری	۶۷/۹۳۳	۱۳/۸۲۸
عملکرد تحصیلی	کنترل	پیش آزمون	۹۱/۱۳۳	۸/۲۶۲
		پس آزمون	۸۷/۶۰	۹/۸۹۱
		پیگیری	۸۷/۰۶۷	۹/۴۵۳
عملکرد تحصیلی	طرحواره درمانی	پیش آزمون	۱۲۶/۵۳۳	۲۲/۴۳۴
		پس آزمون	۱۶۸/۸	۲۴/۲۷
		پیگیری	۱۵۴/۰۶۷	۱۵/۵۶۸
عملکرد تحصیلی	کنترل	پیش آزمون	۱۲۹/۶۶۷	۲۰/۶۴۶
		پس آزمون	۱۳۵/۹۳۳	۱۰/۴۱۶
		پیگیری	۱۳۸/۷۳۳	۱۸/۳۱۷

همانگونه که از نتایج ارائه شده در جدول ۲. مشاهده می شود میانگین گروه های آزمایش و کنترل در هر سه متغیر در مرحله پیش آزمون تقریباً همسان است. اما در مرحله پس آزمون میانگین گروه های آزمایش در متغیر راهبردهای انطباقی

و عملکرد تحصیلی افزایش یافته و در متغیرهای راهبردهای غیرانطباقی هیجان و علایم رفتاری کاهش یافته است. در مورد گروه کنترل تغییرات جزئی در مرحله پیش آزمون با پس آزمون مشاهده می شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمره های پس آزمون راهبردهای انطباقی، غیرانطباقی تنظیم هیجان، علایم رفتاری و عملکرد تحصیلی

منبع تغییر	آزمون چندمتغیری	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۷/۲۹	۸	۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۸
	لامبدای ویلکز	۱۲/۸۱۴	۸	۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۴
	اثر هتلینگ	۲۰/۰۱۵	۸	۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۲
	بزرگترین ریشه روی	۴۱/۶۷۷	۴	۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۲

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد تفاوت معناداری در گروه آموزش فرزند پروری مبتنی بر طرحواره درمانی با گروه کنترل در ترکیبی از متغیرهای وابسته تحقیق وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون اثرات بین گروهی نشان داد تأثیر معناداری بین گروه آزمایشی طرحواره درمانی با گروه کنترل در راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی، علایم رفتاری و عملکرد تحصیلی مشاهده شد. مقایسه زوجی میانگین های تعدیل شده نشان داد تفاوت مشاهده شده بین گروه های آزمایشی با گروه کنترل است. در مجموع نتایج آزمون های آماری نشان دهنده اثربخشی همسان روش های آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی در بهبود روش های تنظیم هیجان، عملکرد تحصیلی و کاهش علایم رفتاری در کودکان دارای اختلال بیش فعال/نقص توجه بود. همچنین مقایسه نمرات پیگیری با نمرات مرحله پیش آزمون با استفاده از مانکوا، نشان دهنده پایداری نتایج بدست آمده در دوره پیگیری بود.

بحث و نتیجه گیری:

نتایج آزمون های آماری نشان داد که اثربخشی همسان روش های آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی در بهبود روش های تنظیم هیجان، عملکرد تحصیلی و کاهش علایم رفتاری در کودکان دارای اختلال بیش فعال/نقص توجه بود. این نتیجه در راستای یافته های (۴۹-۵۲) قرار دارد. براساس نتایج همه مطالعات، فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی می تواند به عنوان مداخله ای مؤثر برای بهبود تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی به کار رود و این روش درمانی بر کاهش طرح های منفی و بهبود تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی مؤثر است. در تبیین یافته های مطالعات مشابه می توان گفت، فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی تأکید دارد و با استفاده از تکنیک های مؤثر هیجانی مانند آگاهی، پذیرش و بازسازی طرحواره های ناسازگار، موجب کاهش هیجانات منفی و تنظیم آن و به دنبال آن قضاوت و ادراک مثبت در فرد می شود؛ بنابراین طرحواره درمانی با تغییر استراتژی مقابله ای ناسازگار و طرحواره های ناسازگاری که در دوران کودکی فرد شکل گرفته است و نحوه اثرگذاری این طرحواره ها بر مواجهه با اتفاقات استرس زا و ارائه تکنیک های شناختی و رفتاری به منظور جابه جایی الگوهای رفتاری و شناختی سازگاران تری به جای الگوهای مقابله ای ناکارآمد، در بهبود تنظیم هیجان، علائم رفتاری و عملکرد تحصیلی نقش ایفا می کند (۵۳).

در تبیین همخوانی نداشتن یافته های مطالعه حاضر با سایر مطالعات که در زمینه اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی بر بهبود تنظیم هیجان، علائم رفتاری و عملکرد تحصیلی است، می توان گفت به عقیده یانگ، طرحواره درمانی به

افراد اختصاص پیدا می کند که مشکلات شخصیتی داشته باشند و در برابر درمان های موجود مقاومت نشان داده اند و بهبود نیافته اند (۵۴). فلسفه ایجاد طرحواره درمانی نشان می دهد، این الگوی درمانی باید در قالب مدل مراقبت گام به گام به کار رود. برخی محققان به منظور نشان دادن مناسب بودن طرحواره درمانی در نمونه مدنظر خود، در ابتدای امر به شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه افراد اقدام می کنند و این را شاهدهی بر نیاز به استفاده از طرحواره درمانی می دانند. باید در نظر داشت که ممکن است طرحواره های ناسازگار اولیه شناسایی شده، ریشه مشکلات مدنظر افراد که هدف مداخله درمانی قرار گرفته است، نباشند. ممکن است بیماری طرحواره های ناسازگار اولیه نامرتبلی با اختلال مدنظر داشته باشد که ضرورتی بر رویارویی و دستکاری آن وجود نداشته باشد. از طرفی، برخی عوامل از جمله، انتخاب نادرست فنون، تشخیص نادرست، تفاوت در مهارت درمانگر، ناتوانی درمانگر در درک مضمون و محتوای پنهان صحبت های آشکار درمانجو و نگرش ساده انگارانه درمانگر، واکنش های انتقال متقابل و مقاومت متقابل درمانگر همانند پرخاشگری، حالت دفاعی، جاه طلبی، تحقیر، ترس، رنجش و شرم ممکن است، درمانگر را به زحمت اندازد. برخی متغیرهای مزاحم نیز می توانند بر راهبردهای تنظیم هیجان فرد تأثیر نامطلوب داشته باشند که گاهی این متغیرها بیرون از شخصیت فرد قرار دارند، همچون رفتار اطرافیان که درمان بر آنان تأثیر نداشته است.

به منظور تبیین تأثیر بالاتر آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی بر کاهش تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعال/نقص توجه می توان گفت، برنامه های آموزش فرزندپروری سنتی از جمله آموزش مدیریت والدین بر کمک به والدین برای تغییر دادن رفتار کودکانشان تمرکز دارند که البته بخشی از این کار از طریق تغییر روش های فرزندپروری خود والدین صورت می گیرد. بیشتر این رویکردها از مشکلات والدین به عنوان «ضعف در مهارت» یاد می کنند. در واقع، فرض اصلی این رویکردها چنین است که والدین فاقد مهارت های لازم برای تغییر رفتار فرزندشان هستند.

اگرچه مطالعات بسیاری از رویکردهای رفتاری در غالب برنامه های گروهی آموزش به والدین را نشان داده اند، اما این رویکردها برای تمام خانواده ها سودمند نیست. زیرا به نظر میرسد که احساسات ناخوشایند یا ناسازگارانه والدین یکی از علت های اصلی استفاده نکردن از مهارت های فرزندپروری صحیح و بی نتیجه ماندن برنامه های آموزشی برای والدین است. به علاوه، شواهد نشان داده است که والدین نقش مهمی در تداوم مشکلات رفتاری کودکان ایفا می کنند. در طی دهه های اخیر پژوهش ها تأثیرات آموزش رفتاری والدین را بر کاهش رفتارهای مشکل ساز کودکان نشان داده اند. با وجود تأثیرات مثبت آموزش های رفتاری در کوتاه مدت، اندک مطالعات طولی انجام شده نشان داده اند که بهبود معنادار عملکرد حدود ۳۰ درصد از آزمودنی ها تا مراحل پیگیری تداوم نداشته است. علاوه بر این، نتایج حاصله نشان می دهد که ممکن است، تاکنون مؤلفه های اساسی و مهمتری در برنامه های آموزش فرزندپروری مورد غفلت قرار گرفته اند (۵۵).

تمرکز اصلی بسیاری از برنامه های آموزشی فرزندپروری، آموزش مدیریت رفتار به والدین است، در حالی که به طور مستقیم به افکار، احساسات و ارزش های والدین نمی پردازند. اینگونه مداخلات، اغلب مهارت هایی را برای کنترل یا سرکوب کردن احساسات منفی به والدین می آموزند (مانند خودگویی های مثبت، تصویرسازی ذهنی مثبت و جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت). در حالی که براساس دیدگاه مبتنی بر طرحواره درمانی، افکار و احساسات منفی کودکان می تواند موجب افزایش رفتار نامناسب یا ناکارآمد شوند و به علاوه راهکارهایی که برای سرکوب و کنترل افکار منفی به کار می روند، بر شدت آن افزوده و کودکان را از به کارگیری مهارت های فرزندپروری ارزش محور، باز می دارند. مداخله فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی، راهکار جایگزینی برای روش های سنتی کنارآمدن با افکار و احساسات منفی ارائه می کند. این مداخلات به جای تلاش برای

کنترل یا سرکوب کردن افکار منفی، به دنبال تسهیل ارتباط و پذیرش افکار و احساسات منفی است که در طول تعامل والدین با کودک ممکن است، پدید آیند. با عنایت به نتایج فرضیه های تحقیق و در راستای بهبود تنظیم هیجان، علائم رفتاری کودکان و عملکرد تحصیلی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعال/نقص توجه پیشنهاد می شود که مسئولین، رؤسا و اولیای آموزشی مدارس به شناخت مشکلات روانی و عاطفی مبتلا به اختلال بیش فعال/نقص توجه پرداخته و دانش آموزانی را که دارای مشکل هستند به مراکز مشاوره ارجاع دهند.

محدودیت های پژوهش: هر پژوهشی اگرچه در ماهیت به دنبال ارتباط بین عوامل و میزان تأثیر آن است. به هر حال در بطن خود یک مجموعه محدودیت هایی را خواهد داشت. این محدودیت ها ممکن است بر سر راه پژوهش ظاهر شده و امر پژوهش را دچار مشکلاتی نموده و تعمیم نتایج را با دشواری مواجه کنند. پژوهش حاضر نیز از چنین امری مستثنی نبوده و دارای محدودیت هایی به این شرح است: ۱- با توجه به این که تحقیق حاضر بر روی کلیه کودکان دبستانی ۷ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه همراه با مادران آنها در شهر آمل اجرا گردیده است، و به همین علت نیز نتایج به دست آمده برای همین جامعه کاربرد دارد و تعمیم دهی آن به جوامع، جنسیت و مقاطع سنی دیگر مشکل بوده و بایستی با احتیاط صورت پذیرد. ۲- محدودیت های سازمانی، به خصوص سازمان آموزش و پرورش به دلیل عدم موافقت با مراجعه محقق به همه نواحی آموزشی و کمبود وقت و نداشتن فرصت کافی و هم چنین عدم اختیار زمان کلاسی توسط معلمان به پژوهشگران و عدم همکاری لازم و مشتاقانه آزمودنی ها و نیز کمبود تحقیقات داخلی در مورد فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی که این مسئله امکان بی توجهی به این عامل مهم را سبب شده است.

ملاحظات اخلاقی: ملاحظات اخلاقی این طرح شامل: اطلاعات کتبی در مورد این پژوهش به شرکت کنندگان و دادن اطمینان خاطر به آن ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از آن فقط در امور تحقیقی، داوطلبانه بودن مشارکت و اخذ رضایت کتبی شرکت کنندگان برای شرکت در این پژوهش بود.

تضاد منافع: این مقاله حامی مالی و تعارض منافی ندارد.

References:

1. Khorasanizadeh Gazki A, Bahrami H, Ahadi H. The effectiveness of working memory training on increasing the attention of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychological Sciences*. 2020; 19(88): 509-503. doi:20.1001.1.17357462.1399.19.88.9.1.
2. Castellanos FX, Sonuga-Barke EJ, Milham MP, Tannock R. Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in cognitive sciences*. 2019; 10(3): 117-123. DOI:10.1016/j.tics.2006.01.011
3. Alidadi Taeme F, Sotodeh Asl N, Karami A. The effect of cognitive rehabilitation and neurofeedback on improving working memory in children with attention deficit hyperactivity disorder (Persian). *IJRN*. 2019; 6(1):26-33. DOI: 10.21859/ijrn-06104
4. Mortimer N, Sanchez-Mora C, Rovira P, Vilar-Ribo L, Richarte V, Corrales M. Transcriptome profiling in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020; 41(4):160-6. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2020.11.005
5. Chen YL, Chang CC, Chen YM, Liu TL, Hsiao RC, Chou WJ. Association between affiliate stigma and depression and its moderators in caregivers of children with attention-

- deficit/hyperactivity disorder. *J Affect Disord.* 2021; 279(2): 59-65. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043192>
6. Pinzone V, De Rossi P, Trabucchi G, Lester D, Girardi P, Pompili M. Temperament correlates in adult ADHD: a systematic review. *Journal of affective disorders.* 2019; 252(4): 394-403. DOI: [10.1016/j.jad.2019.04.006](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.006)
7. Salomone S, Fleming GR, Bramham J, O'Connell RG, Robertson IH. Neuropsychological deficits in adult ADHD: evidence for differential attentional impairments, deficient executive functions, and high self-reported functional impairments. *Journal of attention disorders.* 2020; 24(10): 1413-1424. <https://doi.org/10.1177/1087054715623045>
8. Musser ED, Barks RW, Schmitt CF, Ablow JC, Measelle JR, Nigg JT. Emotion regulation via the autonomic nervous system in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of abnormal child psychology.* 2019; 39(6): 841-852. DOI: [10.1007/s10802-011-9499-1](https://doi.org/10.1007/s10802-011-9499-1)
9. Treasure J, Bektas S, Mutwalli H, Dhopatkar N, Himmerich H. Novel approaches to tackling emotional loss of control of eating across the weight spectrum. *Proceedings of the Nutrition Society.* 2022; 1(1); 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0029665122000994>.
10. Silvers JA. Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current opinion in psychology.* 2022; 44(5): 258-263. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.09.023>.
11. Francesconi M, Flouri E, Harrison A. Decision-making difficulties mediate the association between poor emotion regulation and eating disorder symptoms in adolescence. *Psychological Medicine.* 2022; 4(4): 1-10. <https://doi.org/10.1017/S003329172200037X>.
12. Saadati N, Berenji S, Aghaziarati A. The Roles of Parenting Styles of Mothers in Predicting Behavioral Problems in Adolescents. *Jayps.* 2020; 1 (1): 61-69 (Persian). <https://jayps.iranmehr.ac.ir/article-1-29>.
13. Mohabi M, Zarei S, Gharayag Zandi H. The relationship between emotional intelligence and perfectionism of coaches with the quality of the coach-athlete relationship in elite martial artists. *Research in sports management and movement behavior.* 2022; 11 (21): 30-43. DOR: 20.1001.1.22520716.1400.11.21.7.5.
14. Colton KC, Godleski SA, Crane CA. Applying a bifactor model to the functions of relational aggression: Associations with hostile attribution biases and difficulties with emotion regulation. *Aggressive Behavior.* 2023; 49(1):58-67. DOI: [10.1002/ab.22053](https://doi.org/10.1002/ab.22053)
15. Wu Y, Zhang F. The health cost of attending higher-achievement schools: Peer effects on adolescents' academic performance and mental health. In *The Frontier of Education Reform and Development in China.* 2023; 4(4): 211-240. DOI:[10.1007/978-981-19-6355-1_12](https://doi.org/10.1007/978-981-19-6355-1_12).
16. Park K, Moon S, Oh J. Predictors of academic achievement in distance learning for nursing students. *Nurse education today.* 2022; 108(4): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.10.051>.

17. Tu M, Guo Y, Zhang X, Yu Q. More Similar to My Father, Better Academic Performance I Will Have: The Role of Caring Parenting Style. *Psychology research and behavior management*. 2021; 14(4): 1379-1388. doi: [10.2147/PRBM.S314238](https://doi.org/10.2147/PRBM.S314238).
18. Arnold LE, Hodgkins P, Kahle J, Madhoo M, Kewley G. Long-term outcomes of ADHD: academic achievement and performance. *Journal of Attention Disorders*. 2020; 24(1): 73-85. <https://doi.org/10.1177/1063426919880766>.
19. Keser SB, Aghalarova S. HELA: A novel hybrid ensemble learning algorithm for predicting academic performance of students. *Education and Information Technologies*. 2022; 27(4): 4521-4552. <https://doi.org/10.1007/s10639-021-10780-0>.
20. Lim H, Kim S, Chung KM, Lee K, Kim T, Heo J. Is college students' trajectory associated with academic performance?. *Computers & Education*. 2022; 178(4): 104-397. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2021.104397>.
21. Leader G, Moore R, Chen JL, Caher A, Arndt S, Maher L, Naughton K, Clune R, Mannion A. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, comorbid psychopathology, behaviour problems and gastrointestinal symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2021; 11(2): 1-1. <https://dx.doi.org/10.1017/ipm.2020.135>.
22. Kivumbi A, Byansi W, Damulira C, Namatovu P, Mugisha J, SensoyBahar O, McKay MM, Hoagwood K, Sewamala FM. Prevalence of behavioral disorders and attention deficit/hyperactive disorder among school going children in Southwestern Uganda. *BMC psychiatry*. 2019; 19(1):1-8. DOI: [10.1186/s12888-019-2069-8](https://doi.org/10.1186/s12888-019-2069-8)
23. Song J, Fogarty K, Suk R, Gillen M. Behavioral and mental health problems in adolescents with ADHD: Exploring the role of family resilience. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 294(7): 450-8. DOI: [10.1016/j.jad.2021.07.073](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.073).
24. Rizzutti S, Schuch V, Augusto BM, Coimbra CC, Pereira JP, Bueno OF. Neuro psychological profiles correlated with clinical and behavioral impairments in a sample of brazilian children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Frontiers in psychiatry*. 2023; 6(2):163. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00163>.
25. Ros R, Graziano PA. Social functioning in children with or at risk for attention deficit/hyperactivity disorder: A metaanalytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018; 47(2): 213-35. DOI: [10.1080/15374416.2016.1266644](https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1266644)
26. Saylor KE, Amann BH. Impulsive aggression as a comorbidity of attentiondeficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2016; 26(1):19-25. DOI: [10.1089/cap.2015.0126](https://doi.org/10.1089/cap.2015.0126)
27. Lindor E, Sivaratnam C, May T, Stefanac N, Howells K, Rinehart N. Problem behavior in autism spectrum disorder: Considering core symptom severity and accompanying sleep disturbance. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 10(1): 1-10. DOI: [10.3389/fpsy.2019.00487](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00487)
28. Sanz-Cervera P, Pastor-Cerezuela G, González-Sala F, Tárraga-Mínguez R, Fernández-Andrés MI. Sensory processing in children with autism spectrum disorder and/or attention deficit hyperactivity disorder in the home and classroom contexts. *Frontiers in Psychology*. 2017; 8(1): 17-72. DOI: [10.3389/fpsyg.2017.01772](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01772)
29. Norozi R, Bordideh M, Amini S. Comparison of mental health and biological, cognitive, psychological and social characteristics of parents of autistic children and

parents of physically disabled children. The fourth international research conference in psychology, counseling and educational sciences. 2019. <https://civilica.com/doc/971693>.

30. Abedi S, Pour Mohammadrezai Tajrishi M, Mohammad Khani P, Farsi M.. Effectiveness of positive parenting group program on mother-child relationship in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2019; 4(15): 73-63, <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2098>.

31. Brummer J, Hesse M, Frederiksen KS, Karriker-Jaffe KJ, Bloomfield K. How do register -based studies contribute to our understanding of alcohol's harms to family members? A scoping review of relevant literature. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2021; 82(4): 445 - 456. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.drugalcdep.2022.109338>.

32. Bododo MM, Ibrahim DS. Common parenting styles and behaviour disorders among senior secondary school students in gombe metropolis. *Kano journal of educational psychology*. 2020; 2(1): 63 -69. DOI: [10.1016/j.appet.2013.08.015](https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.08.015).

33. Smetana J. Current research on parenting styles, dimensions, and beliefs. *Current Opinion in Psychology*. 2022; 15(1): 19-25. DOI: [10.1016/j.copsyc.2017.02.012](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.012).

34. Thijssen J, Vink G, Muris P, de Ruiter, C. The Effectiveness of Parent Management Training-Oregon Model in Clinically Referred Children with Externalizing Behavior Problems in The Netherlands. *Child Psychiatry & Human Development*. 2017; 48(1): 136–150. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/s0009-0000-0000000-0000000>.

35. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30 (8): 1311– 1327. DOI:[10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6).

36. Yousefi F. Causal model of emotional intelligence, cognitive development, cognitive strategies of emotion regulation and general health. Doctorate thesis in educational psychology. Shiraz university. 2003. <https://civilica.com/doc/971693>.

37. Samani S, Sadeghi L. Investigating the psychometric adequacy of the Cognitive Regulation of Emotion Questionnaire. *Journal of Psychological Methods and Models*. 2010; 1(1): 51-62. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v3i4.16483>.

38. Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi SA. The effect of two methods of emotion regulation training based on the Gross process model and dialectical behavior therapy on the symptoms of emotional problems. *Zahedan Medical Science Research Journal*. 2011; 2(1): 49-52.

39. Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normal data on revised Conners' Parent and Teachers Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1978; 6(2): 221-236. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00919127>.

40. Gianarris WJ, Golden, CJ, Greene L. The Conners' Parent Rating Scale: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*. 2001; 21(7): 1061-1093. DOI: [10.1016/s0272-7358\(00\)00085-4](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00085-4).

41. El- Hassan Al-Awad AM, Sonuga-Barke EJ. The application of the Conners' Rating Scales to a Sudanese sample: An analysis of parents and teachers rating of childhood

- behavior problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and practice*. 2002; 75(1):177-187. DOI: [10.1348/147608302169634](https://doi.org/10.1348/147608302169634).
42. Rosenberg LA, Jani S. Cross cultural studies with the Conners' Rating Scales. *Journal of Clinical Psychology*. 1995; 51(6): 820-826.
43. Pal Dk, Chaudhury G, Das T, Sengupta S. Validation of a Bengali adaptation of the Conners' Parent Rating Scale (CPRS- 48). *British Journal of Medical Psychology*. 1999; 79(2): 525-533. DOI: [10.1348/000711299160211](https://doi.org/10.1348/000711299160211).
44. Margalit M. Diagnostic application of the Conners' Abbreviated Symptom Questionnaire. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1983; 12(3): 355-357. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/15374418309533156>.
45. Pham LB, Taylor SE. From Thought to Action: Effects of Process- Versus Outcome-Based Mental Simulations on Performance. *Society for Personality and Social Psychology*. 1999; 25(2): 250-260. <https://doi.org/10.1177/0146167299025002010>.
46. Saber Mahani A. Investigating the relationship between social skills and test anxiety with the academic performance of high school girls in Saravan city. *National conference and new achievements in the world in psychology education*. 2009; 1(6): 1-14.
47. Dortaj F. Investigating the impact of mental simulation of process and outcome in improving students' academic performance (construction and standardization of academic performance test). PhD thesis. Tehran: Allameh University. 2004.
48. Young J. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema – Focused approach*. Sarasota. FL. Professional resource exchange Inc. 1990. <https://www.amazon.com/Cognitive-Therapy-Personality-Disorders-Schema-Focused/dp/1568870477>.
49. Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie IK, Reiser M. Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of personality and social psychology*. 2010; 78(1): 138-157. DOI: [10.1037/0022-3514.78.1.136](https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.1.136).
50. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Datec, Leiderdorp, Netherlands. 2002. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/1015-5759.23.3.141>.
51. Nolen-Hoeksema S, McBride A, Larson J. Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2009; 72(21): 855–862. DOI: [10.1037//0022-3514.72.4.855](https://doi.org/10.1037//0022-3514.72.4.855).
52. Ganji M, Mohammadi G, Tabriziyan Sh. Comparing emotional regulation and defense mechanisms in mothers of students with and without learning disabilities, *Journal of Learning Disabilities*. 2013; 2(3): 136-142. <https://www.magiran.com/paper/1127020>.
53. Abbasi F, Moradi Manesh F, Naderi F, & Bakhtiar Pour S. The effectiveness of schema therapy on cognitive emotion regulation and quality of life in asthmatic individuals. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2020; 63(2): 2446-2454. <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.16987>.
54. Abdul-Azimi M, Niknam M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the perception of social support and body dissatisfaction in the elderly. *Psychology of Aging*. 2019; 5(1): 13-25. https://journals.razi.ac.ir/article_1124.html.

55. Gavita OA, Joyce MR, David D. Cognitive behavioral parent programs for the treatment of child disruptive behavior. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2011; 25(4): 240-256. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.449>.