

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دوازدهم شماره ۴۸ زمستان ۱۳۹۶

مقایسه اثرات مداخلات شناختی-رفتاری، آموزش سبک‌های پردازش حسی و والدگری مثبت بر مشکلات رفتاری کودکان

نسرين اقبالی قاضی‌جهانی^۱

رمضان حسن‌زاده^۲

یارعلی دوستی^۳

چکیده

این پژوهش، با هدف مقایسه اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری و آموزش سبک‌های پردازش حسی، والدگری مثبت بر مشکلات رفتاری کودکان انجام شده است. روش مورد استفاده در این پژوهش نیمه‌آزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر ساری می‌باشند. که از بین آنها با روش نمونه‌گیری هدفمند ۹۰ نفر از دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌روش تصادفی ساده در دو گروه کنترل و آزمایش برای مداخله‌های مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک استفاده شد. با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 با کمک تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است. یافته‌ها نشان داد: میانگین محاسبه شده مشکلات رفتاری افراد تحت مداخله شناختی رفتاری کمتر از میانگین مشکلات رفتاری افراد تحت آموزش سبک‌های پردازش حسی و والدگری مثبت شده است که این نتیجه نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر مداخله شناختی رفتاری بر هر کدام از مداخله‌های مورد مطالعه در پژوهش حاضر است.

واژگان کلیدی: مداخلات شناختی رفتاری؛ سبک‌های پردازش حسی، والدگری مثبت؛ مشکلات رفتاری کودکان.

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران

۲- گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

Email: nasrinegali@yahoo.com

۳- گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران

مقدمه

سلامت کودکان در هر جامعه‌ای از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا تجربه‌های نخستین زندگی، بنیان سلامتی یا روانی افراد را در بزرگسالی پی‌ریزی می‌کنند (حیدری، عظیمی، ۱۳۸۵). گرچه گسترش امکانات جدید در عصر حاضر، امکان افزایش طول عمر مردم را فراهم کرده است اما، ابعاد وسیع مسایل موجود در جوامع، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، مشکلات جدی و قابل تعمقی برای برنامه‌ریزان بهداشت و سلامت، به خصوص در زمینه مشکلات کودکان را فراهم نموده است. مشکل رفتاری به رفتار فردی اطلاق می‌شود که بدون پایین بودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری از اندازه عمومی اجتماع دور و دارای شدت، تکرار، مداومت در زمان‌ها و مکان‌های متعدد باشد، به طوری که در عملکرد تحصیلی، رفتاری فرد دچار درماندگی و کاهش میزان کارایی می‌شود، این‌گونه کودکان مرتب از سوی اطرافیان به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم طرد می‌شوند و در مدرسه یا مهدکودک مرتب از آنها گله و شکایت دارند اختلالات رفتاری، مشکلات فردی اجتماعی فراوانی را به‌وجود می‌آورد. کودکان مبتلا به این اختلال‌ها، خانواده - آموزشگاه و اجتماع را با مسائل و دشواری‌های گوناگونی مواجه می‌کنند و آنها را در برابر آشفتگی‌های روانی - اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی آسیب‌پذیر می‌سازند (صریحی و پورنسایی، ۱۳۹۴). البته، اختلالات عاطفی و رفتاری و یا آن‌گونه که رایج است، اختلالات جدی هیجانی و رفتاری، به مجموعه اختلالاتی گفته می‌شود که توانایی کودکان برای عملکرد مناسب اجتماعی، تحصیلی و هیجانی را مختل می‌سازد. این عنوان، یک طبقه تشخیصی نیست که در طبقه بندی اختلالات روانی مطرح شده باشد و بیشتر توسط سرویس‌های خدماتی و مجموعه‌هایی که با کودکان و نوجوانان سروکار دارند به‌کار برده می‌شود (صابری، ۱۳۸۷). البته رویکردهای مختلف عوامل متعددی را برای تبیین مشکلات رفتاری فرزندان ذکر کرده‌اند؛ مانند عامل والدگری (فرزادفرو هومن، ۱۳۸۶)، اضطراب و افسردگی مادر (محمدزاده و نجفی، ۱۳۸۹)، جوهیجانی و رضایت زناشویی (سلطانی‌فر و بینا، ۱۳۸۶)، عوامل مربوط به

مدرسه و نگرش معلمان (فورتین^۱، لیزارد^۲ و مارکات^۳، ۲۰۱۰)، روابط خانوادگی ادراک شده از سوی فرزندان و تعامل دوسویه و پویا بین شخص، سطوح چندگانه محیط و روابط حمایتگرانه اعضای خانواده (لوبنکو و سبر^۴، ۲۰۱۰). اما در نظام تشخیصی مشکلات رفتاری به دو دسته درونی‌سازی شده^۵ و بیرونی‌سازی شده^۶، راه را برای پژوهش و بررسی دقیق‌تر این مشکلات هموارتر ساخته است. مشکلاتی از قبیل نارسایی توجه، بیش‌عالی، اختلال سلوک، اضطراب فراگیر، افسردگی، نافرمانی، هراس که می‌توانند به صورت کتک کاری، نزاع، داد و فریاد، خرابکاری، تهدید، فرار از مدرسه، افت تحصیلی و منفی کاری بروز پیدا کند، این موارد اگر جنبه خودانگیخته داشته و همیشگی باشند، می‌توانند به‌عنوان مشکلات رفتاری بیان شوند (هالاها و کافمن، ۱۳۹۳). اهمیت موضوع در این است که، هرکدام از این مشکلات می‌توانند زمینه‌ساز مشکلات دیگری شده، در بزرگسالی نیز به شکل‌های مختلف ظاهر شوند. در مطالعه‌ای در کشور انگلستان در گروه سنی قبل از دبستان، ۷ درصد کودکان از مشکلات متوسط تا شدید و ۱۵ درصد از مشکلات خفیف در رنج بودند. شیوع مشکلات در سنین مدرسه ۸/۶ درصد گزارش گردید (گودارد^۷، ۲۰۰۰).

امروزه، رویکردهای مختلفی برای پیشگیری و مقابله با مشکلات رفتاری کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد که مداخلات شناختی رفتاری، آموزش سبک‌های پردازش حسی و والدگری مثبت از جمله آنها هستند که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرند. استفاده از روش‌های شناختی رفتاری در درمان مشکلات رفتاری بسیار موفقیت‌آمیز بوده است، در این راستا مطالعه کاری و همکاران (۲۰۰۵) در استفاده از روش‌های شناختی رفتاری بر اختلال‌های هیجانی نوجوانان نمونه‌هایی از اثربخش بودن این روش‌ها است. روسل، برنال و مدینا (۲۰۰۸) نیز پژوهش‌هایی در رابطه با مؤثر بودن مداخلات شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و مشکلات هیجانی نوجوانان مطرح کرده‌اند براساس رویکرد

1- Fortin

3- Marcotte

5- internalizing

7- Goddard

2- Lessard

4- Lobenco & seber

6- externalizing

شناختی رفتاری توجه به باورها، نگرش‌ها و عقاید ضروری است. صاحب‌نظران این حوزه اعتقاد دارند که مهم نیست چه روی داده، مهم این است که آنچه روی داده چگونه تعبیر و تفسیر می‌شود. باید به باورهای هسته‌ای مراجعان نزدیک شد و با آنها ارتباط صمیمانه برقرار کرد و به آنها یاد داد که افکار و احساسات خود را ثبت کنند و سپس باورهای بنیادی و اصلی را به آنها نشان داد و رابطه آنها را با مشکلات فعلی برای آنان روشن کرد و سپس به آنها کمک کرد تا به تدریج باورهای ناکارآمد را حذف و باورهای کارآمد را جایگزین نمایند (سرل^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین، کوتایا (۲۰۱۰) مداخلات گروهی شناختی رفتاری را بر کاهش مشکلات سلوک، بیش‌فعالی و پرخاشگری نوجوانان به تفصیل بیان کرده است.

نوع دیگری از مداخله در مشکلات رفتاری کودکان، آموزش سبک‌های پردازش حسی^۲ است. سبک‌های پردازش حسی شیوه‌ای است که به واسطه آن نظام عصب شناختی درو ندادهای عصبی را دریافت، تعبیر و تفسیر کرده و به آن پاسخ می‌دهد (کاتارزینا^۳، ۲۰۱۰). برای تبیین تفاوت‌های افراد در سبک پردازش حسی، اصطلاح حساسیت پردازش حسی را به کار می‌برند، حساسیت پردازش حسی به‌عنوان یک ویژگی خلق و خوی شخصیتی به شمار می‌رود که توسط حساسیت نسبت به تحریکات درونی و بیرونی از قبیل محرک‌های هیجانی و اجتماعی که علت پیدایش آن می‌باشند، مشخص می‌شود (جاگیلوز^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). در فرایند پردازش حسی، نظام عصب شناختی ما دروندادهای عصبی را دریافت، تعبیر و تفسیر کرده و به آن پاسخ می‌دهد. علاوه بر وجود آستانه‌های متفاوت؛ افراد در پاسخ به محرک‌های حسی می‌توانند فعال یا منفعل باشند. تقاطع این دو امتداد (آستانه حسی و نوع پاسخدهی) منجر به چهار سبک پردازش حسی می‌شود که تفسیر رفتار کودک را ممکن می‌سازد. این چهار سبک عبارتند از: حساس حسی^۵ (آستانه پایین و راهبرد فعال)، اجتنابگر حسی^۶ (آستانه پایین و راهبرد منفعل)،

1- Cerel

3- Katarzyna

5- sensitivity sensitive

2- Sensory Processing

4- Gagiellowicz

6- sensory avoidance

جستجوگر حسی^۱ (آستانه بالا و راهبرد فعال) و ثبت پایین^۲ (آستانه بالا و راهبرد منفعل)، (اسکندری و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین می‌توان گفت پردازش حسی شیوه‌ای است که به واسطه آن نظام عصب شناختی ما دروندادهای عصبی را دریافت، تعبیر و تفسیر کرده و به آن پاسخ می‌دهد (کاتارزینا، ۲۰۱۰). در واقع، این شیوه پاسخدهی مختص هر فرد است که به ژنتیک و محیط او مرتبط می‌شود، در واقع هر فرد سبک‌های مختلفی برای پاسخگویی به محرک‌های محیطی دارد. بنابراین فرآیند پردازش حسی عامل مهمی در رفتار انسان است (براون^۳ و دان، ۲۰۰۲). افراد با مشکلات حسی اغلب در تنظیم پاسخ هایشان به محرک‌ها مشکل دارند. آنها ممکن است برای مقابله با محدودیت در گرفتن محرک‌ها از خودتحریکی و برای جلوگیری از تحریک بیش از حد از اجتناب استفاده کنند (رابرت و همکاران، ۲۰۰۷). افزون بر این، مشکلات رفتاری و هیجانی به دنبال مشکلات پردازش حسی و حرکتی خواهند آمد (بکر و همکاران، ۲۰۰۸). در پژوهشی آنجل-یگر (۲۰۱۶) و همکاران در بررسی سبک‌های پردازش کودکان افسرده و اضطرابی نشان دادند، نوجوانان افسرده و اضطرابی سبک پردازش حسی، اجتناب حسی نشان می‌دهند.

از طرف دیگر اشکال در روابط والد-کودک در خانواده‌های دارای فرزندان دچار اختلال، از ویژگی‌های این قبیل خانواده‌ها به‌شمار می‌رود (متولی‌پور و همکاران، ۲۰۰۹) از میان برنامه‌های آموزش والدگری، برنامه والدگری مثبت، راهکاری حمایتی برای خانواده و والدگری در زمینه سلامت عمومی است، که توسط ساندرز و همکاران در دانشگاه کوپینزلند در استرلیا تدوین شده است (ساندرز، و همکاران، ۲۰۰۲). هدف این برنامه پیشگیری از مشکلات شدید رشدی، عاطفی و رفتاری در کودکان از طریق افزایش دانش، توانایی، مهارت‌ها و اعتماد و تدبیر والدین دارای کودک ۲ تا ۱۲ ساله است (ساندرز^۴، ۲۰۰۳). با توجه به این که برنامه والدگری مثبت مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی است، در خلال جلسات آموزشی به والدین می‌آموزد که چگونه می‌توان تعامل مثبت‌تری با کودک برقرار کرد و از حجم رفتارهای منفی و تعارضات داخل نظام خانواده

1- sensory checker
3- Rubert

2- low recording
4- Sanders

است (کازدین^۱، ۱۹۷۷).

امروزه با توجه به لزوم توجه جدی به مشکلات رفتاری کودکان و اثراتی که بر فرد، خانواده اش و جامعه می‌گذارد. پژوهش‌های متعدد داخل و خارج روش‌های فوق‌الذکر در درمان و کاهش مشکلات رفتاری بررسی نموده‌اند، از جمله، فرانکلین و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان درمان شناختی-رفتاری برای کودکان در اختلال وسواس تأثیر روش درمان شناختی-رفتاری در اختلال وسواسی، جبری دوره کودکی و نوجوانی را در طی پانزده سال با استفاده از روش‌هایی مانند مقایسه با اثر دارونما، داروهای روانپزشکی، مقایسه با حالت ترکیبی مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از موثر بودن درمان شناختی رفتاری بوده است. لیس و همکاران (۲۰۰۵) دریافته‌اند افراد دارای حساسیت پردازش حسی تمایل به پردازش اطلاعاتی با آستانه‌های پایین‌تر دارند و همین امر این افراد را نسبت به محرکات محیطی آسیب‌پذیر می‌کند و باعث می‌شود از نظر فیزیولوژیکی بیشتر واکنش دهند و سریع‌تر برانگیخته شوند همچنین آنها نشان دادند، مداخلات آموزش سبک‌های پردازش حسی در برنامه آموزشی تأثیر بیشتری در مقایسه با مداخلات شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارد. نتایج پژوهش محمودی و همکاران (۱۳۹۴) تحت عنوان نقش واسطه‌ای عاطفه مثبت و منفی در رابطه بین سبک‌های حساسیت پردازش حسی و ناگویی خلقی، نشان داد سهولت تحریک و آستانه حسی پایین به‌صورت مثبت و معنادار و حساسیت زیبایی‌شناختی به‌صورت منفی و معنادار ناگویی خلقی را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین عاطفه مثبت بین سهولت تحریک و حساسیت زیبایی‌شناختی با ناگویی خلقی و عاطفه منفی بین هر ۳ بعد حساسیت پردازش حسی و ناگویی خلقی واسطه می‌باشد. صریحی و همکاران (۱۳۹۴) تحقیقی با عنوان اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی انجام دادند، یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات مشکلات رفتاری در گروه آزمایش، کاهش معنی‌داری داشته است. مروری بر پیشینه پژوهشی موجود، نشان می‌دهد که در ایران درباره تأثیر آموزش برنامه

1- Kazdin

گروهی والدگری مثبت بر روابط والد- کودک در کودکان با بیش‌فعالی / نارسایی توجه پژوهش‌های معدودی صورت گرفته، که البته نتایج آنها در حیطه رابطه والد - کودک متفاوت بوده است. برای مثال: قشنگ (۲۰۰۳) در مطالعه خود، به نتایج متناقضی در این رابطه دست یافت و نشان داد که آموزش مادران تأثیری بر کاهش تنیدگی رابطه مادر - کودک، ویژگی‌های تنیدگی‌زای مادر و ویژگی‌های تنیدگی کودک نداشته است. فورتن و همکاران (۲۰۱۰) سطح پایین تطابق دانش‌آموزان دارای مشکل رفتاری، فقدان احترام به قوانین و خودداری آنان از پذیرش درخواست والدین و معلمان را در سوق دادن آنان به سمت تعارض و مسؤولیت‌گریزی و در نهایت ترک تحصیل مؤثر می‌داند. ناظمی، محمدخانی و خوشابی (۲۰۱۰) آموزش مدیریت والدین در ارتباط والد- فرزند را برای درمان کودکان مبتلا به نارسایی توجه و فزون کنش مؤثر دانسته‌اند. جانسون و ماتیسن (۲۰۰۸) معتقدند که ویژگی‌های زیست‌شناختی کودک از قبیل خلق و خو، کنترل تلاشگرانه و عادت رفتاری هدایتگر مشکلات رفتاری و برانگیزاننده والدگری منفی است. در سمت دیگر این نگرش، پژوهش ناظمی، محمدخانی و خوشابی (۲۰۱۰) نشان داد که والدگری منفی با کودکانی که در معرض خطر مشکلات رفتاری هستند، باعث به وجود آمدن تدافع جسمانی و هیجانی در آنها شده و باعث رفتارهای مشکل‌زایی می‌شود که از والدینی که خود به مدل‌های رفتاری مشکل‌زا دچارند ناشی می‌شود.

با توجه به پیشرفت روش‌های مختلف درمانی لازم است میزان اثربخشی هر کدام از شیوه‌های مختلف بررسی شود تا از هدر رفتن وقت و سرمایه انسانی و مالی جلوگیری شود. این مهم نیازمند بررسی‌های علمی و پژوهشی است. لذا با توجه نتایج متناقض به تأثیر احتمالی مداخلات شناختی-رفتاری، آموزش سبک‌های پردازش حسی و والدگری مثبت، بر مشکلات رفتاری کودکان پژوهش حاضر در پی آن است که به مقایسه اثر بخشی مداخلات شناختی رفتاری، آموزش سبک‌های پردازش حسی، والدگری مثبت بر مشکلات رفتاری کودکان بپردازد.

روش پژوهش

جامعه آماری، حجم، روش نمونه‌گیری و روش تحلیل داده‌ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی است و از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه بهره گرفته است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهرستان بابل هستند که از بین آنها با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۹۰ نفر در سه گروه ۳۰ نفره انتخاب شده‌اند. در این پژوهش از دو روش آماری توصیفی، استنباطی برای تجزیه تحلیل داده‌ها استفاده شده است که در آمار توصیفی از نمودار و جدول و میانگین و انحراف استاندارد در آمار استنباطی از آزمون آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره^۱ و آزمون تعقیبی توکی^۲ استفاده گردیده است.

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار استفاده شده در این تحقیق سیاهه رفتاری کودک (CBCL) است. سیاهه رفتاری کودک (CBCL) برای بررسی چگونگی سازگاری کودک با محیط تدوین شده است. این پرسشنامه از طبقه‌بندی کردن کودکان اساس یک نشانگان خاص اجتناب می‌کند و به جای آن مجموعه‌ای از رفتارهای کودک را طبقه‌بندی می‌کند. پاسخ‌دهنده اصلی مادر کودک است که به کمک او مشکل رفتاری و سازگاری کودک مشخص می‌شود. ۱۱۶ گویه این ابزار به صورت (بلی/برخی از مواقع/خیر) به ترتیب، نمرات دو، یک و صفر پاسخ داده می‌شود. هشت خرده‌مقیاس این سیاهه عبارتند از کناره‌گیری، شکایت‌های بدنی، مشکلات، اضطراب/افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکل توجه، رفتار بزهکارانه و رفتار پرخاشگرانه. نمرات این پرسشنامه برای دو حوزه کلی مشکلات درونی‌سازی شامل خرده‌مقیاس‌های کناره‌گیری، شکایت‌های بدنی و مشکلات اضطراب/افسردگی و مشکلات برونی‌سازی شامل خرده‌مقیاس‌های رفتار بزهکارانه و رفتار پرخاشگرانه نیز محاسبه می‌شود. ضریب آلفای کل ابزار و دو حوزه مشکلات درونی‌سازی

1- Multivariable Analyze of Variance (manova) 2- Tukey's multiple comparison

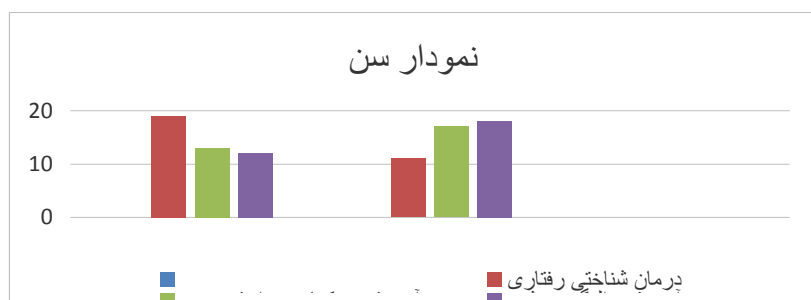
و برونی‌سازی، به‌ترتیب، ۰/۸۶ و ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، این پرسشنامه در مرحله پیش از مداخله، و نیز پس از مداخله به‌وسیله مادران تکمیل می‌شود.

یافته‌ها

ابتدا توزیع و درصد فراوانی آزمودنی‌های سه روش درمانی برحسب سن ارائه می‌گردد:

جدول (۱-۴) توزیع و درصد فراوانی آزمودنی‌های سه روش درمانی بر حسب سن

نوع درمان	۱۰-۷ سال	۱۱-۱۲ سال
درمان شناختی رفتاری	۱۹	۱۱
آموزش سبک‌های پردازش حسی	۱۳	۱۷
والدگری مثبت	۱۲	۱۸



نمودار (۱-۴) توزیع و درصد فراوانی آزمودنی‌های سه روش درمانی بر حسب سن

جدول و نمودار (۱-۴) فراوانی سن آزمودنی‌ها را در درمان‌های شناختی رفتاری، آموزش سبک‌های پردازش حسی و آموزش والدگری مثبت نشان می‌دهد که اکثر آزمودنی‌ها در رده سنی ۷ تا ۱۰ می‌باشند.

جدول (۲-۴) میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرهای پژوهش		آزمایش				کنترل			
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف میانگین استاندارد	انحراف استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف استاندارد
درمان شناختی رفتاری	برون‌سازی	۵۳	۱/۲۴	۲۴/۰۶	۵/۵۸	۶۱/۲۰	۱/۲۰	۴۴/۷۳	۱/۱۵
	درون‌سازی	۷۰/۵۳	۱/۲۶	۳۱/۸۰	۱/۲۰	۷۰/۶۰	۱/۲۴	۵۵/۱۳	۱/۳۹
	مشکلات رفتاری (کل)	۵/۸۶	۱/۳۳	۱/۲۱	۲/۲۲	۱۱/۳۱	۲/۱۶	۹/۵۳	۲/۱۱
	آموزش سبک پردازش حسی	برون‌سازی	۴۸/۵۳	۱/۱۴	۲۹/۲۰	۷/۴۷	۷۳	۱/۶۳	۶۸/۸۰
	درون‌سازی	۸۴/۵۳	۲/۳۷	۶۳/۰۶	۱/۹۳	۸۷/۲۰	۲/۱۸	۸۷	۱/۸۹
	مشکلات رفتاری (کل)	۹/۲۶	۳/۰۷	۱/۳۳	۲/۴۳	۱/۶۰	۳/۶۵	۱/۵۵	۳/۵۵
آموزش والدگری مثبت	برون‌سازی	۵۷/۸۶	۱/۲۰	۳۰/۵۳	۹/۴۶	۶۱/۶۶	۹/۷۰	۵۰/۴۰	۱/۳۰
	درون‌سازی	۹۲/۵۳	۱/۹۳	۶۵/۸۶	۲/۱۱	۹۲/۴۶	۱/۹۶	۸۷/۶۰	۱/۸۹
	مشکلات رفتاری (کل)	۱/۴۹	۲/۰۶	۱/۰۲	۳/۳۴	۱/۵۴	۲/۰۹	۱/۳۸	۱/۶۷

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه را در سه روش اجرا شده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

مفروضه‌های تحلیل کوواریانس

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به سؤال‌های تحقیق، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی

مفروضه‌های آن پرداخته شد. به‌طور کلی، تحلیل کوواریانس شامل پنج مفروضه از جمله نرمال بودن، خطی بودن، نداشتن هم‌خطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون می‌باشد که در زیر به آن‌ها اشاره می‌شود.

نرمال بودن

یکی از مفروضه‌های مهم تحلیل‌های چندمتغیری بهنجار بودن یا نرمال بودن توزیع متغیرهاست، جهت بررسی بهنجار بودن چندین روش وجود دارد که در پژوهش حاضر از روش شاپیرو ویلک استفاده گردید. جدول (۳-۴) نتایج آزمون نرمال بودن متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول (۳-۴) آزمون بهنجاری شاپیرو ویلک متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	شاپیرو ویلک	سطح معنی‌داری
برون‌سازی	۰/۹۸۵	۰/۲۸۷
درون‌سازی	۰/۹۷۴	۰/۲۹۹
مشکلات رفتاری (کل)	۰/۸۱۹	۰/۵۱۳
برون‌سازی	۰/۸۴۹	۰/۴۶۷
درون‌سازی	۰/۷۴۰	۰/۶۴۵
مشکلات رفتاری (کل)	۰/۷۶۰	۰/۶۱۱
برون‌سازی	۰/۹۱۷	۰/۳۹۶
درون‌سازی	۱/۳۱	۰/۰۶۴
مشکلات رفتاری (کل)	۱/۱۱	۰/۱۶۷

همان‌طور که در جدول (۳-۴) ملاحظه می‌شود، مقادیر آماره‌های متغیرهای مورد مطالعه در هر سه روش درمانی حاکی از نرمال بودن متغیرها در جامعه است.

همگنی واریانس‌ها

یکی دیگر از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس همگنی واریانس‌ها می‌باشد. در این پژوهش برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای مورد مطالعه از آزمون همگنی واریانس

لون استفاده شد. جدول (۴-۴) نسبت آزمون‌های F همگنی واریانس لون را برای متغیرهای مورد مطالعه نشان می‌دهد.

جدول (۴-۴) نتایج آزمون همگنی واریانس لون متغیرهای پژوهش

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
درمان	۵/۲۲	۱	۲۸	۰/۰۳۰
شناختی	۲/۴۱	۱	۲۸	۰/۱۳۲
رفتاری	۵/۴۱	۱	۲۸	۰/۰۲۷
سبک‌های	۱۷/۹۳	۱	۲۸	۰/۰۰۰
پردازش	۰/۰۲	۱	۲۸	۰/۸۸۸
حسی	۲/۹۷	۱	۲۸	۰/۰۹۶
درمان	۱/۹۹	۱	۲۸	۰/۱۶۹
والدگری	۰/۰۰۱	۱	۲۸	۰/۹۷۷
مثبت	۴/۷۴	۱	۲۸	۰/۰۳۸

همان‌طور که در جدول (۴-۴) ملاحظه می‌شود، نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لون برای متغیرهای برون‌سازی ($F=۵/۲۲$ ، $P=۰/۰۳۰$) و مشکلات رفتاری کلی ($F=۵/۴۱$)، $P=۰/۰۲۷$ در درمان شناختی رفتاری، و متغیر برون‌سازی ($F=۱۷/۹۳$ ، $P=۰/۰۰۰$) در روش سبک پردازش حسی، به‌دست آمدند که معنی‌دار می‌باشند.

همگنی اثرات تعاملی

مفروضه مهم دیگر برای تحلیل کوواریانس این است که رابطه بین کوواریته و متغیر وابسته یکسان باشد. به‌عبارت دیگر، خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. شیب ناهمگن یا نابرابر نشان می‌دهد که تعاملی بین متغیر کوواریته و روش آموزشی وجود دارد. اگر تعامل معنی‌دار بین متغیرهای کوواریته و عوامل وجود داشته باشد، پس نتایج تحلیل آنکوا یا مانکوا گمراه‌کننده است و بنابراین، نایستی محاسبه شود. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون در پژوهش حاضر در جدول (۴-۵) درج شده است.

جدول (۵-۴) نتایج بررسی همگنی اثرات تعاملی بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته برای آزمون اثر متقابل

منبع	متغیرهای وابسته	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
تفاوت بین گروه و کوواریته‌ها	برون‌سازی	۱	۵۰۴/۳۰	۵۰۴/۳۰	۳/۳۵	۰/۰۷
	درون‌سازی	۱	۰/۰۳۳	۰/۰۳۳	۰/۰۰۰	۰/۹۸
	مشکلات رفتاری	۱	۷۴۰/۰۳	۷۴۰/۰۳	۱/۵۳	۰/۲۲۵
	رفتاری (کل)					
	برون‌سازی	۱	۴۱۸/۱۳	۴۱۸/۱۳	۴/۱۷	۰/۰۶۱
	درون‌سازی	۱	۵۳/۳۳	۵۳/۳۳	۰/۱۰۲	۰/۷۵۱
	مشکلات رفتاری	۱	۲۸/۰۳	۲۸/۰۳	۰/۴۵۲	۰/۳۶۹
	رفتاری (کل)					
	برون‌سازی	۱	۱۰۸/۳۰	۱۰۸/۳۰	۰/۹۰۳	۰/۳۵۰
	درون‌سازی	۱	۰/۰۳۳	۰/۰۳۳	۰/۰۰۰	۰/۹۹۳
	مشکلات رفتاری	۱	۱۴۹/۶۳	۱۴۹/۶۳	۰/۳۴۷	۰/۵۶۱
	رفتاری (کل)					

همان‌طور که در جداول ۴-۵ ملاحظه می‌شود، تعامل کوواریته‌ها (پیش‌آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عوامل معنی‌دار نیستند.

جدول (۶-۴) تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر سه روش مداخله بر مشکلات رفتاری کودکان

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF اشتباه	F میزان	سطح معناداری
آزمون اثر پیلای	۰/۹۵۶	۳	۴۰	۲/۸۶	۰/۰۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۴۴	۳	۴۰	۲/۸۶	۰/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۲۱/۶۸	۳	۴۰	۲/۸۶	۰/۰۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۱/۶۸	۳	۴۰	۲/۸۶	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول (۶-۴) مشاهده می‌شود یافته حاکی از این است که مقدار F در سطح $P < ۰/۰۰۰$ از لحاظ آماری معنادار است. لذا می‌توان گفت بین مداخله‌های

مختلف تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت از آزمون تحلیل واریانس یک عاملی و آزمون توکی استفاده گردید.

جدول (۷-۴) آماره kmo و نتایج آزمون کرویت بارلت هر سه مداخله

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		۰/۶۲۸
آزمون بارلت	خی اسکووار	۴۳۳/۳۰
	درجه آزادی	۱۵
	سطح معناداری	۰/۰۰۰

با توجه به جدول (۷-۴) چون مقدار آماره KMO برابر ۰/۶۲۸ است پس داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی مناسب‌اند. همچنین نتایج آزمون کرویت بارلت معنادار است. به این مفهوم که فرض مخالف تأیید می‌شود، یعنی بین متغیرها همبستگی وجود دارد.

جدول (۸-۴) تحلیل کوواریانس تک متغیره اثرات روش مداخله بر متغیرهای وابسته

شاخص متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
برون‌سازی	۳۴۹/۷۳	۱	۱۷۴/۸۶	۲/۹۷	۰/۰۴۲
درون‌سازی	۱۱۸۸۱/۶۴	۱	۵۹۴۰/۸۲	۱۹/۸۰	۰/۰۰۰
مشکلات رفتاری (کل)	۱۹۱۸۴/۱۷	۱	۹۵۹۲/۰۸	۱۵/۷۸	۰/۰۰۰

تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته، با توجه به سطح معناداری به‌دست آمده که کوچک‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا نتیجه می‌گیریم بین درمان‌های مورد مطالعه بر مشکلات رفتاری اثر داشته است. برای بررسی تشخیص اثربخشی بیشتر هر کدام از سه روش درمانی از آزمون توکی استفاده می‌کنیم:

جدول (۹-۴) تحلیل آماری آزمون توکی فرضیه چهارم

گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
درمان‌شناختی-رفتاری	پردازش حسی	-۳۹/۳۳	۰/۰۰۱
درمان‌شناختی-رفتاری	والدگری	-۴۷/۲	۰/۰۰۱
پردازش حسی	والدگری	-۷/۸۷	۰/۰۰۱

جدول محاسبات توکی نشان داده است میانگین مشکلات رفتاری کودکانی که مادرانشان تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفته‌اند کمتر از میانگین مشکلات رفتاری کودکانی است که مادرانشان آموزش سبک‌های پردازش حسی و والدگری مثبت دریافت کرده‌اند که این یافته نشان‌دهنده اثربخشی درمان شناختی رفتاری نسبت به دو روش مورد مطالعه دیگر است.

بحث و نتیجه گیری

در فرضیه پژوهش «اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری، آموزش سبک‌های پردازش حسی و والدگری مثبت مادران، بر مشکلات رفتاری کودکان متفاوت است». نتایج نشان داد میانگین محاسبه شده مشکلات رفتاری افراد تحت مداخله شناختی رفتاری کمتر از میانگین مشکلات رفتاری افراد تحت آموزش سبک‌های پردازش حسی و والدگری مثبت شده است. که این نتیجه نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر مداخله شناختی رفتاری بر هر کدام از مداخله‌های مورد مطالعه در پژوهش حاضر است. تاکنون پژوهشی این سه روش مداخله‌ای همزمان انجام نداده و مقایسه نکرده است. اما در پژوهش ملک و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان موثر است. این یافته با نتایج پژوهش زارع و احمدی (۱۳۹۲) مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان موثر است، همسو است. کالاجر و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش هراس اجتماعی کودکان موثر است که یک مقیاس درون‌سازی شده از مشکلات رفتاری می‌باشد. دوناوان و بریچمن (۲۰۰۰) گزارش کردند برنامه شناختی رفتاری در کاهش خرده‌مقیاس درون‌سازی شده مشکلات رفتاری نظیر اضطراب موثر است. تهرانی دوست و همکاران (۱۳۹۳) گزارش کردند آموزش تربیت سازنده در کاهش اضطراب، افسردگی و فشار روانی فرزندان موثر است. زرگری‌نژاد و همکاران (۱۳۹۲) و بلالی و آقاییوسفی (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند آموزش والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان موثر است، که تأییدکننده یافته فوق می‌باشد. پترسون، کارتر، گاو و

پرس (۲۰۰۷) در کودکان نیوزلندی نشان دادند که مشکلات رفتاری کودکان به‌طور معناداری با تعداد افراد خانواده، تحصیلات مادران و موقعیت فرهنگی آنان مرتبط است. پژوهش کابلینسکی، کاوالانکا و رندولف (۲۰۰۶) در ارتباط با نقش والدین در مشکلات رفتاری کودکان آمریکایی، نشان داد نقش والدین، سبک زندگی، تعارض‌های خانوادگی و افسردگی مادر در پیش‌بینی مشکلات رفتاری کودکان مؤثر است. مادرانی که از تجارب بهتری در پرورش کودک خود بهره‌مند بودند، افسردگی کمتر و سعی در رفع تعارض‌های خانوادگی داشتند در کودکانشان مشکلات رفتاری کمتری مشاهده شد. شواهد نشان می‌دهند که برنامه‌های آموزش رفتاری والدین، به‌عنوان اولین راهبرد پیشگیرانه برای درمان کودکان دارای مشکلات رفتاری معرفی می‌شوند و استفاده از این راهبرد در حال افزایش است (سلف، براون، فردریک، بیندر، ویتاگر، لوتزگر، ادواردز و بلانکن شیپ، ۲۰۱۱). همان‌گونه که رفتارهای فرزندپروری باعث رشد مهارت‌های خویشتن‌داری می‌شود، ناتوانی والدین در هماهنگ کردن رفتارهایشان با نیازهای کودک، باعث بروز رفتارهای بازدارنده‌ی و کنترل نشده در این کودکان می‌شود و ممکن است والدین در تعامل‌های خود با کودک احساس ناکامی و ناامیدی کنند (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۰). برنامه‌های اصولاً رفتاری آموزش تعامل والد-کودک، متداول‌ترین و موفق‌ترین رویکرد درمانی در ارتباط با رفتارهای مخل کودکان است و بیشتر والدین از این برنامه‌ها رضایت دارند (سربو و لینکو، ۲۰۱۰). مشکلات رفتاری، مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی را به‌وجود می‌آورد. کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسایل و دشواری‌های گوناگونی مواجه می‌کنند و آن‌را نیز در برابر آشفتگی‌های روانی-اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی آسیب‌پذیر می‌سازند (کاستلو و همکاران، ۲۰۰۳)؛ که با روش‌های درمانی و آموزشی باید آنها را برطرف کرد. نگه داشتن پل ارتباطی میان والدین و کودک فوق‌العاده مهم است و موجب می‌شود اختلاف‌ها و تعارض‌های میان والدین و کودک به شکل مؤثری از میان برداشته شود و از وخیم‌تر شدن روابط میان آنها جلوگیری کند. صرف هزینه و وقت در این زمینه نه تنها به نفع والدین و کودک است، بلکه جامعه نیز به‌طور غیرمستقیم از این فرایند بهره‌مند

خواهد بود، زیرا رفتار فرد اصولاً جلوه‌های از شخصیت و ساختار روانی-اجتماعی اوست و هر چه شخصیت و ساختار روانی آدمی رشد سالم‌تری داشته باشد، به همان نسبت فرد می‌تواند با موقعیت‌های زندگی فردی و اجتماعی سازگاری، و از بعد رفتاری تعادل بیشتری داشته باشد. این امر اتفاق نمی‌افتد مگر این که فرد در جریان تربیت و پرورش صحیح عواطف و افکار قرار گیرد (کازدین، ۲۰۰۰). کودکان و جوانانی که مشکلات رفتاری دارند برای جامعه دردسر سازند. ۴ تا ۱۰ درصد مراجعانی که به درمانگاه‌ها مراجعه می‌کنند، مشکلات رفتاری دارند (وندو، رول-لوی، مکماهون و اسپیکر، ۲۰۰۸). در هر جامعه سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به بهداشت روانی آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف جسمی و روانی این گروه سنی و کوشش در راه تأمین شرایط مادی و معنوی مناسب برای رشد بدنی، عاطفی و فکری آنان واضح‌تر از آن است که احتیاج به تأکید داشته باشد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که کیفیت فرزندپروری تأثیر زیادی بر تکامل طبیعی کودک دارد. هم‌چنین برخی عوامل هم چون کشمکش‌های خانوادگی و شکست ازدواج، نداشتن رابطه گرم با والدین، دلبستگی ناامن، مقررات سخت، نظارت ناکافی، و بیماری‌های روانپزشکی در والدین، خطر شکل‌گیری مشکلات رفتاری و هیجانی در کودک را افزایش می‌دهند. هم‌چنین مشکلات سلوک، سوءمصرف مواد، رفتارهای ضداجتماعی و بزهکارانه در کودکان با شیوه تربیت، فرزندان ارتباط دارند (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۵). مطالعات انجام شده در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار مشکلات رفتاری هستند (هارلند و همکاران، ۲۰۰۲).

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۰۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۶/۰۴/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۲۰

منابع

- اسکندری، بهاره؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ حبیبی عسگرآباد، مجتبی و محمدعلی مظاهری (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله سبک‌های پردازش حسی بر افزایش خودکارآمدی والدگری و رابطه والد-کودک در کودکان با اختلال طیف اتیسم، *فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی*، (۱۳۸): ۱۴-۲۱.
- حیدری، جبار؛ عظیمی، حمیده؛ محمودی، قهرمان و رضاعلی محمدپور (۱۳۸۵). بررسی شیوع اختلالات رفتاری-هیجانی و عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس شهرستان ساری، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۶(۵۶): ۱۰۰-۹۱.
- صربچی، نفیسه؛ پورنسایی، غزل‌سادات و مهناز نیک اخلاق (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی، *فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی*، ۶(۲۳): ۳۵-۴۱.
- متولی‌پور، علی و علیرضا رشیدی (۱۳۸۸). استرس فرزندپروری در والدین دارای اختلال نارسیایی توجه / بیش‌فعالی، *نشریه استثنایی*، ۹، ۵۷.
- محمودی، نگار؛ عبداللهی، محمدحسین؛ شاهقلیان، مهناز و سمیرا گوهری (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای عاطفه مثبت و منفی در رابطه بین سبک‌های حساسیت پردازش حسی و ناگویی خلقی، *دو فصلنامه علمی پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۴ (۱): ۲۸-۴۰.
- Batya, E.Y., Caterina, M.B., Giorgio R.B, Paola S.B, Pierre, A., Geoffroy C.D., Maurizio P.H., Mario, A.B., & Gianluca S. (2016). Extreme sensory processing patterns and their relation with clinical conditions among individuals with major affective disorders, *Psychiatry Research*, 236, 112-118.
- Bor, W., Sanders, M.R., Markie-Dadds, C. (2002). The effectiveness of the triple p-positive parenting programs an preschool children with co-occurring disruptive behavior and attention/hyperactivity difficulties, *Journal Abnorm Child Psychol*, 30(6): 572-587.
- Brown, C., Dunn, W. (2002).The Sensory Profile, *San Antonio, TX: Psychological Corporation*.
- Bjornstand, G., & Montgomery, P. (2005). Famliy therapy for attention deficit disorder or attention deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents, *Cochrance Database Syst rev*, Vol. 35: 1469-1493.

-
- Curry, J., Wells, K., & Marchal, J. (2005). Development of and rationale Treatment for Adolescents with Depression (TADS) CBT, *Cognitive & behavioral practice*, 35(6): 522-457.
- Evans, S.W., Mullett, E. Weist, M.D, & Franz K. (2011). Feasibility of the mind matters school mental health promotion program in American schools, *Journal of Youth and Adolescence*, 34 .58-51
- Goddard, N. (2000). Child and adolescent psychiatry, In Wright P, Stern J, Phelan M, Editors, Core psychiatry, *Philadelphia, PA: W.B. Saunders*; 169-70.
- Ghashang, N. (2003).The effect of parent training on reduction of stress in parent-child relationship, [MA thesis in clinical psychology], *Tehran, Iran: Shahid Beheshti University*.
- Fanti, K.A. (2007). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems, from age 2 to12, *Findings from the nichd study of the requirements for PhD degree, Georgia State University*.
- Franklin, M.E, Kratz, H.E, Freeman J.B, Ivarsson T., Heyman, I., Sookman, D. et al. (2015). Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: *Empirical review and clinical recommendations, Psychiatry Res*, 227(1): 78-92.
- Fortin, L; Lessard, A; & Marcotte, D. (2010). Comparison by gender of students with behavior problems who dropped out of school. *Journal of social and behavioral sciences*, 2, Retrieved December 2, (2009); 557(2) 12-24.
- Jansen, H. & Mathisen, K. (2008), Temperament profiles from infancy to middle childhood development and associations with behavior problems, *developmental psychology*, 44(5), 1314-1328.
- Jansen, H., & Mathisen, K. (2008), Temperament profiles from infancy to middle childhood development and associations with behavior problems, *developmental psychology*, 44(5), 1314-1328.
- Jagiellowicz, J., Xiaomeng, X.U., Aron, A., Aron, E., Cao, G., Tingyong Feng, T., and Weng, X. (2011). The trait of sensory processing sensitivity and neural responses to changes in vis scenes, *SCAN*, (6), 38-47.

-
- Katarzyna A.K. (2010). Effects of sensory integration on behaviors maintained by automatic reinforcement, *Northeastern University*.
- Panel, S.D., Tomchekac, R., AHuebner, B. & Winnie, D. (2014). Patterns of sensory processing in children with an autism spectrum disorder, *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9) September, 1214-122.
- Liss, M., Timmel, L., Baxley, K. & Killingsworth, P. (2005). Sensoryprocessing sensitivity and its relation to parental bonding, anxiety, and depression, *Personality and Individual Difference*, 39 (1429).
- Nazemi, F, Mohammadkhani, P, & Khoshabi, K. (2010), parent management used in abusive parent-children intervention in children with ADHD, *Journal of procedia social and behavioral sciences*, 5, 244-249.
- Quitaiba, A. (2010). Cognitive- Behavioral intervention in dealing with school violence among Arab adolescents in Israel, *Social and Behavioral Sciences, Palestinian*, 5, 1317- 1325
- Rossell, J., Bernal, G., & Medina, C. (2008). Individual and Group CBT and IPT for adolescents with depression symptoms, *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 14(3): 234- 245.
- Roberts, J.E., King-Thomas, L., Boccia, M.L. (2007). Behavioral indexes of the efficacy of sensory integration therapy, *American Journal of Occupational Therapy*; 61: 555-562.
- Sanders, M.R. (2003). Triple p-positive parenting program, *Professional Training the University of Queensland*.
- Sanders, M.R., & Markie-Dadds, C. (2002). Facilitators manual for group tripleTriple p, *international Pty. p (Iir Ed.), Ltd. 1-225*.
- Nazemi, F., mohammadkhani, P., &khoshabi, K. (2010), parent management used in abusive parent-children intervention in children withADHD, *Journal of procecdiasocial and behavioral sciences*, 5, 244-249.