

اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری مادران بر سلامت روان مادران و نشانگان اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی در کودکان

صغری استوار^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۳۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری به مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی بر نشانگان نارسایی توجه - بیش‌فعالی کودکان و سلامت روان مادران بود. با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل، مادران ۳۴ کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی، به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش برنامه گروهی مدیریت رفتاری کودکان قرار گرفت. آزمودنی‌ها به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه علایم مرضی کودکان در دو مرحله (قبل و بعد از مداخله) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که اجرای برنامه آموزشی منجر به افزایش معنادار سلامت روان مادران گروه آزمایش در مقایسه با مادران گروه کنترل شده است. همچنین برنامه آموزشی منجر به کاهش نشانگان اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی شده است. در نتیجه برنامه مدیریت رفتاری کودکان در ارتقاء سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی موثر است. لذا پیشنهاد می‌گردد که درمانگران از این روش برای کمک به مادران این گروه کودکان استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: آموزش مدیریت رفتاری کودکان، سلامت روان، اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی.

۱- صغری استوار استادیار دانشگاه فرهنگیان.

* نویسنده‌ی مسئول مقاله، s_stovar@yahoo.com

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱ یکی از اختلال‌های عصبی رشدی است که از سال‌های اولیه رشد ظاهر شده و چند ویژگی اصلی دارد و عبارت از نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری می‌باشد (Willcut, 2012). اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با الگوی پایدار و چشمگیر فقدان توجه و یا پر تحرکی و رفتار تکانشی همراه است که شدیدتر از حد مورد انتظار با توجه به سن و سطح رشد کودک است (به نقل از، Mosaiebi, & Mirmahdi, 2017). نشانه‌های بالینی این اختلال باید حداقل در دو محیط (مثل خانه و مدرسه) وجود داشته باشد و عملکرد مناسب اجتماعی، تحصیلی یا غیر درسی کودک را مختل کند (Sadock & Sadock, 2010). طبق معیارهای ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، نشانه‌های بالینی این اختلال باید تا قبل از دوازده سالگی وجود داشته باشد (American psychiatric association, 2013).

از آنجا که فقدان عملکرد مطلوب اجتماعی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در ارتباط است، به‌نظر می‌رسد رفتارهای نامناسب اجتماعی با ویژگی‌های اصلی این اختلال در ارتباط مستقیم باشد (Emelkamp, 2005). این اختلال هم کودک و هم والدین را تحت تاثیر متقابل قرار می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهد که ارتباط تنگاتنگی بین ویژگی‌های والدین و خانواده با کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی وجود دارد و کودک بیش‌فعال به‌طور قابل توجهی عملکرد خانواده را مختل می‌کند. تاثیر متقابل کودک بر والدین و والدین بر کودک، منطقی برای این است که آموزش والدین به‌عنوان روشی مناسب و چند وجهی برای مدیریت رفتارهای نامطلوب کودک به‌شمار می‌رود (Briesmester, & Charles, 2007). پژوهش‌ها نشان داده است که برنامه‌های مداخله‌ای که به آموزش والدین می‌پردازد، در بهبود بخشی سبک‌های ارتباطی و عاطفی والدین با فرزندان موثر است (Havighurst, Wilson, Harley, Prior, & Kehoe, 2010). افزون بر این کودکان با این آسیب، در کارکردهای اجتماعی از جمله منتظر نوبت ماندن، پاسخ دادن به نشانه‌های غیر کلامی، درک احساسات دیگران و شرکت در موقعیت‌های اجتماعی نیازمند بازداری و مشارکت دچار نقص هستند (به‌نقل از Hossini, 2017). همچنین در ارتباط با دیگران رفتارهای پرخاشگرانه بسیاری نشان می‌دهند و به این ترتیب ایجاد و حفظ روابط دوستانه برای آنها بسیار دشوار می‌شود (Closson, 2010). تاکنون روش‌های مختلفی برای مداخله در وضعیت این کودکان و خانواده‌های آنها صورت گرفته و آموزش مدیریت کودک به والدین و به ویژه مادران، به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد خود، توجه زیادی را برانگیخته است. در این نوع درمان، برنامه‌ی

1- Attention deficit hyperactivity disorder

اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل توسط والدین و به ویژه مادران که بیشترین تماس را با او دارند، اجرا می‌شود. مطالعات مختلفی کارآمدی برنامه‌های آموزش والدین را آزمایش کرده‌اند. بازبینی‌های متعدد نشان می‌دهد که آموزش والدین به‌طور کلی تاثیر مثبتی بر والدین و کودک دارد. پژوهشگران دریافته‌اند که تاثیر این اختلال بر مادران تا حد زیادی به ارزیابی شناختی آنها از مساله و نیز مجهز بودن آنها به مهارت مدیریت مثبت کودک بستگی دارد.

(O'Connor, Fabiano, Waschbusch, Belin, Gnagy, Pelham, Greiner, & Roemmich, 2014).

چندین دلیل برجسته برای کار مستقیم با والدین برای مدیریت رفتار کودکان در این اختلال وجود دارد. نخست اینکه کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ بیش فعالی تاثیرات چشمگیری بر والدین و زندگی خانوادگی به‌طور کلی می‌گذارند (Johnston, & Mash, 2001). افزایش دشواری‌های کودک و والدین می‌تواند ماهیتی دوجانبه داشته باشد. هنگامی که راهبردهای انضباطی غیرتنبیهی و ملایم (محرومیت از امتیازات، محرومیت از تقویت مثبت) مفید به نظر نمی‌رسند، والدین در تلاش برای مدیریت رفتار کودک، از شیوه‌های خشن (فریاد زدن، تهدید و تنبیه) بهره می‌جویند (Chako, Allan, Uderman, cornwell, Anderson, & Chimiklis, 2015).

با توجه به ماهیت مزمن اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، مشارکت فعال والدین کودکان مبتلا، برای هدایت موفقیت آمیز زندگی کودکان در حیطه‌های کارکردی گوناگون ضرورت دارد. برخلاف دیگر افراد، والدین نقشی پایدار و اساسی را در تصمیم‌گیری در مورد جریان ارزیابی اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، کاربرد درمان‌های مختلف در موقعیت‌های متعددی که کودک در طول زمان در آنها قرار می‌گیرد و حمایت از فرزندشان، در میان بسیاری از دیگر امور و عواملی که بخشی از فرزندپروری محسوب می‌شوند، بر عهده دارند. علیرغم تشخیص این نکته که وراثت و ویژگی‌های زیستی از جمله ساختار و کارکرد مغز، علل اصلی بروز اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی محسوب می‌شوند، برخی پژوهش‌ها قاطعانه حاکی از آن است که شیوه‌های فرزندپروری و آسیب‌های روانی والدین، نقشی تعیین‌کننده را در روند تکوین این اختلال و اختلالات همبند ایفا می‌کنند (Johnston, & Chronis-Tuscano, 2015). یافته‌های یک پژوهش در همین زمینه نشان داده است که آموزش و آگاهی والدین از نحوه برخورد با کودک و کسب آگاهی از شیوه‌های فرزندپروری و برخورد مناسب با کودک، نه تنها می‌تواند مشکلات رفتاری کودکان را کاهش دهد؛ بلکه در اثر آرامش روان آنان، فرصت بهتری برای رشد و یادگیری در اختیار آنان قرار خواهد گرفت (Yar Mohammadian, GhaderI, Chavoshi Far, 2012). در پژوهش حاضر از برنامه

آموزش رفتاری والدین^۱ (BPT) که در آغاز توسط (Barkely, 1987) توسعه یافت و بعدها مورد جرح و تعدیل‌هایی قرار گرفت، استفاده شده است (Barkley, 1997). BPT مشتمل بر ۱۰ گام است که اگرچه خطوط کلی برنامه‌ی مزبور و اهداف هر مرحله توسط نویسنده مشخص شده است، اما اجرای هر گام مستلزم تهیه جزوه‌های آموزشی برای والدین است که می‌باید با توجه به مقتضیات، توسط پژوهشگر تهیه و تنظیم شود. جلسات آموزشی می‌توانند به اشکال گوناگونی، از جمله گروهی در مقابل انفرادی، یا والد به تنهایی در مقابل والد و کودک به طور همزمان، اجرا شوند.

ده مرحله آموزش رفتاری والدین (BPT) بر اساس رویکرد بارکلی، به اختصار در جدول ۱ آمده است. پژوهش‌های متعددی با استفاده از رویکرد آموزش والدین صورت گرفته که نتایج یکسانی را به همراه نداشته‌اند. نتایج پژوهشی که در مورد تاثیر درمان‌های روانی-اجتماعی مبتنی بر شواهد، از جمله آموزش والدین و مداخلات مدرسه‌ای بر اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی در نوجوانان انجام شد، حاکی از اثربخشی معنی‌دار این شیوه‌ها بر کاهش نشانه‌های اختلال در آزمودنی‌ها بود (Chronis & et al, 2006). اگرچه پژوهش‌های متعددی بر اثربخشی برنامه‌های گوناگون آموزش والدین بر بهبود نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در کودکان صحنه گذاشته‌اند، واقعیتی که تحقیقات بیشتری در این زمینه را ایجاب می‌کند، وجود پژوهش‌های متعدد دیگری است که کارایی این برنامه‌ها و نظام‌های آموزشی را مورد شک و تردید قرار می‌دهند. تحقیقات مزبور گاه حاکی از این امر بوده‌اند که اثربخشی دارو درمانی در رفع مشکلات رفتاری کودکان، بیش از برنامه‌های آموزش خانواده بوده است. از سوی دیگر، چون هر پژوهش مقتضیات زمانی و مکانی متفاوتی دارد و نیز متغیرهای گوناگونی را اعمال می‌کند یا می‌سجد، اجرای هر پژوهش در این زمینه، تلویحات جدیدی را برای کاربرد پروتکل‌های آموزش والدین برای مدیریت نشانه‌های AD/HD در بر دارد. از این رو این پژوهش با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری مادران بر سلامت روان مادران و کاهش علائم اختلال‌های رفتاری کودکان دچار نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد تا فرضیه‌های زیر را بیازماید.

۱- آموزش مدیریت رفتار کودکان به مادران بر سلامت روان و ابعاد سلامت روان (نشانگان جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی) مادران تاثیر دارد.

۲- آموزش مدیریت رفتار کودکان به مادران بر نشانگان و مولفه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی (بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری) کودکان تاثیر دارد.

1 - Behavior Parent Training (BPT)

روش، جامعه و نمونه‌ی آماری پژوهش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش تمامی مادران کودکان دوره ابتدایی مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی بودند که از آبان ۱۳۹۴ تا اسفند ۱۳۹۵ به مراکز اختلالات رفتاری نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شیراز و مرکز مشاوره همیار مراجعه کرده بودند. برای انتخاب آزمودنی‌های این پژوهش، ۱۰۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز اختلالات رفتاری نواحی چهارگانه شیراز و مرکز مشاوره همیار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از مصاحبه بالینی و تایید اختلال در کودکان توسط روانشناس بالینی، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) تکمیل کردند. لازم به ذکر است که فرزندان مادران یاد شده، تنها تشخیص اختلال بیش‌فعالی- کمبود توجه داشته، تشخیص همراه دیگری نداشتند. پس از جمع‌آوری نتایج پرسشنامه، مادرانی که بیشترین میزان نمره از پرسشنامه سلامت عمومی را داشتند، به‌عنوان افراد مورد مطالعه انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا اسامی ۳۴ نفر مورد اشاره بر اساس نمراتی که در پیش‌آزمون به دست آوردند، از کم به زیاد مرتب شد. آن‌گاه نام آنها به‌صورت یک در میان در دو دسته قرار گرفت تا به روش تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گیرند، همچنین متغیرهایی مانند سن مادر، سن فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی، تعداد فرزندان، ترتیب تولد فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی، شغل مادر، سطح تحصیلات مادر، سطح درآمد خانواده برای هم‌تاسازی دو گروه مورد توجه قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه **علائم مرضی کودکان (CSI-4)**: این پرسشنامه یک ابزار درجه‌بندی رفتار است که نخستین فرم آن توسط (Gadow & Sprafkin, 1984) بر اساس طبقه‌بندی DSM-III به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شد و بعدها بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۹۴ مطابق با DSM-IV تغییرات اندکی در آن به وجود آمد و با نام CSI-4 منتشر شد (Gadow, Sprafkin, & Pierre, 1994). CSI-4 دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین ۱۱۲ گزاره دارد که به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده و فرم معلم که حاوی اطلاعاتی از محیط تحصیلی و عملکرد آموزشی کودک است که ۷۹ گزاره را در بر می‌گیرد و برای غربال ۹ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شده است (در پژوهش حاضر از فرم والدین برای اندازه‌گیری علائم اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی استفاده شد). روش نمره‌گذاری به‌صورت لیکرت در دامنه‌ای از ۰ = هیچ، تا شدید = ۴ درجه‌بندی می‌شود. این ابزار در

داخل کشور به کرات توسط پژوهشگران مختلف مورد استفاده قرار گرفته و دارای اعتبار ثابت شده و حساسیت آن برای اختلال نقص توجه- بیش فعالی ۰/۷۷ و ثبات داخلی آن به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است (Mohamadesmaiel, & Alipour, 2002). در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برآورد گردید.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): به منظور اندازه گیری سلامت روانی آزمودنی ها در این پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) فرم ۲۸ سوالی که توسط (Goldberg & Hiller, 2001) به نقل از (Taghavi, 2001) ارایه شده، استفاده گردید. این پرسشنامه از چهار مقیاس تشکیل شده و هر کدام از آنها دارای ۷ سوال می باشد. سوال های هر مقیاس به ترتیب پشت سر هم آمده اند. به گونه ای که از سوال ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس نشانه های جسمانی، از سوال ۸ تا ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سوال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی می باشد. روایی و پایایی آن توسط (Taghavi, 2001) مورد بررسی قرار گرفته است. وی در نمونه ای از دانشجویان دانشگاه شیراز، پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش های باز آزمایی، تنصیف، آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۷۰، ۰/۹۷، ۰/۹۰ و روایی آن را در همین نمونه در حد مطلوب گزارش کرده است (Taghavi, 2001). نمره گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت (۰.۱.۲.۳) می باشد. نمره کل پرسشنامه بعد از جمع نمرات تمام گزینه ها به دست می آید. هر چقدر نمره فرد در این آزمون کمتر باشد، نشانه سلامت فرد می باشد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و زیر مقیاس های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر ۰/۹۶، ۰/۹۴، ۰/۹۱، ۰/۹۵ و ۰/۹۰ بود.

برنامه مداخله ای آموزش رفتاری والدین

برنامه آموزش رفتاری والدین به تفکیک مراحل، در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- مراحل آموزش رفتاری والدین بر اساس رویکرد بارکلی

جلسات	محتوی جلسات
اول	آشناکردن والدین با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، نشانه‌ها و سبب شناسی اختلال،
دوم	آموزش شیوه‌های برقراری ارتباط مناسب با کودک، شیوه‌های مدیریت رفتارهای نامطلوب
سوم	آموزش مهارت‌های ابراز توجه مثبت به کودک
چهارم	گسترش مهارت‌های توجه مثبت و بهبود همکاری و فرمانبرداری کودک
پنجم	تدوین سیستم ژتونی در منزل برای تشویق کودک به تبعیت از مقررات و فرمان‌ها
ششم	آموزش شیوه استفاده از جریمه برای اصلاح رفتار کودک
هفتم	آموزش استفاده از محروم‌سازی برای اصلاح رفتار کودک
هشتم	مدیریت رفتار کودک در مکان‌های عمومی
نهم	مدیریت رفتار کودک در مدرسه
دهم	جمع‌بندی و خاتمه برنامه و پس‌آزمون

روش اجرا

برای اجرای طرح پژوهشی، پس از انتخاب مراکز مورد نظر و هماهنگی با مدیران مراکز در جلسه‌ای مطالب لازم در باره تحقیق و ویژگی‌های کودکان مورد بررسی، به مادران ارایه و از آنان دعوت به همکاری جهت تکمیل پرسشنامه‌ها گردید. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و هم‌تاسازی بر اساس ملاک‌های تعیین شده، تعدادی از مادران کودکانی که دارای نمره برابر یا بالاتر از نمره برش ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. سپس مادران گروه آزمایش در جلسه‌های مورد نظر شرکت داده می‌شوند. جلسه‌ها شامل ۱۰ جلسه آموزشی بود که هفته‌ای یکبار به مدت ۹۰ دقیقه به اجرا در آمد. نحوه کار بدین صورت بود که در ابتدا با مادران ارتباط برقرار می‌شد و با زبانی ساده اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و علل آن، اهداف جلسات و ضرورت موضوع برای آنان بازگو شد. در طراحی برنامه آموزش رفتاری مادران از برنامه آموزش رفتاری والدین بارکلی استفاده خواهد شد. گام‌های درمانی این بسته آموزشی عبارت از تشریح اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، شکل‌دهی رفتارهای مثبت از طریق تقویت، عدم تقویت رفتارهای نامطلوب، آموزش یک نظام رسمی از امتیازها و ژتون‌ها به منظور شرطی کردن اطاعت کودک، آموزش والدین در به‌کارگیری روش محروم‌سازی، آموزش روش اجرای کارت گزارش رفتار کودک در مدرسه و پیش‌بینی بد رفتاری کودکان در اماکن عمومی می‌باشد.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت روان و مولفه‌ها به منظور تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در تمامی خرده‌مقیاس‌های آزمون در گروه آزمایش، میانگین نمرات سلامت روان مادران در موقعیت پس‌آزمون کاهش یافته است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روان و ابعاد آن در دو گروه

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	آزمایش	۲۶/۸۷	۷/۲۴	۱۵/۵۶	۴/۵۳
	کنترل	۲۵/۱۱	۱۲/۴۸	۲۹/۱۱	۸/۶۹
جسمانی	آزمایش	۸/۳۱	۳/۲۶	۵/۶۸	۲/۴۱
	کنترل	۹/۱۶	۴/۳۴	۹/۱۲	۴/۴۳
اضطراب	آزمایش	۶/۶۸	۳/۱۷	۳/۸۱	۱/۹۰
	کنترل	۸/۸۸	۳/۹۰	۵/۳۳	۲/۳۷
اختلال در کارکرد اجتماعی	آزمایش	۷/۳۱	۳/۲۳	۵/۳۷	۲/۴۴
	کنترل	۷/۷۷	۲/۴۸	۶/۹۴	۱/۷۳
افسردگی	آزمایش	۴/۵۶	۲/۴۷	۲/۸۱	۲/۹۹
	کنترل	۳/۸۸	۳/۶۷	۷/۶۶	۱/۹۷

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات نشانگان بیش‌فعالی-نارسایی توجه و مولفه‌های آن را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در تمامی خرده‌مقیاس‌های آزمون در گروه آزمایش، میانگین نمرات نشانگان بیش‌فعالی-کمبود توجه و مولفه‌ها در موقعیت پس‌آزمون کاهش یافته است.

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانگان بیش‌فعالی و مولفه‌های آن در دو گروه

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نشانگان کلی	آزمایش	۲۷/۱۲	۱۰/۸۴	۲۱/۵۰	۷/۷۱
	کنترل	۲۶/۷۲	۱۱/۴۲	۲۶/۵۵	۴/۷۳
بی‌توجهی	آزمایش	۱۳/۷۵	۵/۶۶	۱۱/۶۲	۳/۷۷
	کنترل	۱۲/۰۰	۵/۰۱	۱۳/۲۲	۲/۵۹
بیش‌فعالی	آزمایش	۹/۳۱	۵/۵۸	۷/۹۳	۴/۱۷
	کنترل	۱۰/۴۴	۵/۱۰	۱۱/۱۱	۲/۸۰
تکانشوری	آزمایش	۴/۰۶	۲/۶۱	۳/۴۳	۱/۳۱
	کنترل	۴/۲۷	۲/۵۸	۴/۷۲	۱/۸۴

جهت بررسی اثر آموزش روش‌های مدیریت رفتار بر سلامت روان مادران و کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی در کودکان، در پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری استفاده شد که نتایج هر یک به صورت جداگانه در جدول‌های زیر آمده است. این نوع تحلیل دارای مفروضه‌هایی است که از جمله مفروضه‌های تحلیل کوواریانس همگنی شیب‌های رگرسیونی میان متغیر تصادف (پیش‌آزمون) و متغیرهای وابسته است که در این پژوهش شیب‌های خط رگرسیون در تمامی متغیرهای مورد مطالعه موازی بودند. از این رو، می‌توان گفت که این پیش‌فرض رعایت شده است. از دیگر مفروضه‌های این آزمون همگنی واریانس‌هاست که برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تایید شد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات سلامت روان مادران

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	میزان تاثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	۵۳/۰۱۹	۱	۵۳/۰۱۹	۱/۰۶۸	۰/۳۰۹	۰/۰۳	۰/۱۷
عضویت گروهی	۱۵۹۷/۹۵۲	۱	۱۵۹۷/۹۵۲	۳۲/۱۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱
خطا	۱۵۳۸/۶۹۶	۳۱	۴۹/۶۳۵	-	-	-	-

همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر پیش‌آزمون بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات سلامت روان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). لذا فرضیه اول تایید گردید. بنابراین آموزش مدیریت رفتاری کودکان به مادران، بر کاهش نمرات سلامت روان شرکت‌کنندگان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری میانگین خرده مقیاس‌های سلامت عمومی مادران

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
جسمانی	۵۹/۰۹	۱	۵۹/۰۹	۴/۵۵	۰/۰۴	۰/۱۴	۰/۵۴
اضطراب	۶/۱۴	۱	۶/۱۴	۱/۴۲	۰/۲۴۲	۰/۰۴	۰/۲۱
اختلال	۱۹/۳۷	۱	۱۹/۳۷	۳/۹۹	۰/۰۵	۰/۱۳	۰/۴۸
افسردگی	۱۵۷/۲۱	۱	۱۵۷/۲۱	۲۳/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹

با توجه به آماره‌های جدول ۵ می‌توان بیان نمود که گروه آزمایش در خرده مقیاس‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی مرحله پس‌آزمون دارای میانگین پایین‌تری در مقایسه با گروه کنترل است. این یافته بدین معنا است که حتی پس از کنترل تفاوت‌های موجود در دو گروه کنترل و آزمایش، مداخله توانسته است کاهش معناداری در میانگین این خرده مقیاس‌ها ایجاد نماید. اما در خرده مقیاس اضطراب در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشده است.

جدول ۶- نتایج تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات نشانگان اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	میزان تاثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	۹۴/۸۸	۱	۹۴/۸۸	۲/۱۵	۰/۱۵	۰/۰۶	۰/۲۹
عضویت گروهی	۲۲۱/۷۷	۱	۲۲۱/۷۷	۵/۴۰	۰/۰۳	۰/۱۴	۰/۵۹
خطا	۱۳۶۳/۵۶	۳۱	۴۳/۹۸	-	-	-	-

همانگونه که در جدول ۶ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر پیش‌آزمون بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات نشانگان نارسایی توجه- بیش‌فعالی بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/03$). بنابراین آموزش مدیریت رفتار کودکان به مادران، بر کاهش نمرات نشانگان نارسایی توجه- بیش‌فعالی آزمودنی‌ها در پس‌آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است.

جدول ۷- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری میانگین خرده‌مقیاس‌های بیش‌فعالی - کمبود توجه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
بی‌توجهی	۷۸/۰۴	۱	۷۸/۰۴	۱۱/۶۰	۰/۰۰۲	۰/۲۹	۰/۹۰
بیش‌فعالی	۵۷/۶۵	۱	۵۷/۶۵	۷/۳۹	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۷۵
تکانشوری	۱۰/۰۲	۱	۱۰/۰۲	۳/۶۸	۰/۰۶	۰/۱۱	۰/۴۶

با توجه به آماره‌های جدول ۷، گروه آزمایش در خرده‌مقیاس‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی مرحله پس‌آزمون دارای میانگین پایین‌تری در مقایسه با گروه کنترل است. این یافته بدین معنا است که پس از کنترل تفاوت‌های موجود در دو گروه کنترل و آزمایش، مداخله توانسته است کاهش معناداری در میانگین خرده‌مقیاس‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی ایجاد نماید. اما در خرده‌مقیاس تکانشگری در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به بررسی تاثیر آموزش مدیریت رفتار به مادران بر نشانگان نارسایی توجه- بیش‌فعالی کودکان و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- نارسایی توجه پرداخته است. یافته‌های این مطالعه در ارتباط با فرضیه اول پژوهش نشان داد که بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمرات سلامت عمومی و مولفه‌های آن (علایم جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) در گروه آزمایش به‌طور چشمگیری نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش یافت. بنابراین آموزش مدیریت رفتار کودکان به مادران در افزایش سلامت عمومی آنان موثر است. این نتایج با پژوهش‌های (Barlow, & Coren, 2004)، (Danforth, Harvey, Ulaszek, Eberhardt & McKee, 2006)، (Sanders & Turner, 2007)، (Dretzke, Davenport, Frew, Barlow, Brown, Bayliss, Taylor, Sandercock, & Hyde, 2009)، (Kajbaf, Shirazi, Spijkers, Jansen, Meer, & Reijneveld, 2010)

(Tehrani, Mirdrikvand, & Mazaheri, 2015) همخوانی دارد. این مطالعات نشان داده‌اند که آموزش مدیریت رفتاری مادران، مشکلات روانی و اجتماعی مادران کودکان دارای مشکلات رفتاری را کاهش داده و در حفظ سلامت روان مادران موثر بوده است. والدینی که کودکان دچار یا در خطر مشکلات رفتاری-هیجانی هستند، اغلب کمتر به نقش والدگری خود اطمینان دارند و می‌دانند که روش کنونی آنها در کنترل فرزندشان موثر نیست و بنابراین مشتاق آموختن مهارت‌های جدید می‌باشند (Sanders, 2002).

همسو با نتایج این مطالعه، نتایج یک بررسی نشان داد که آموزش فرزندپروری مثبت و آرایه شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار به مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، موجب کاهش اضطراب، افسردگی، استرس والدگری، افزایش احساس مثبت مادران نسبت به نقش خود می‌شود (Kuhn & Carter, 2006). در تبیین چگونگی این نتایج لازم است این واقعیت را در نظر داشته باشیم که مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، از احساس تنهایی که یکی از عناصر افسردگی است و عدم کنترل روی موقعیت که از نشانه‌های اصلی اضطراب است رنج می‌برند. شیوه‌های صحیح مدیریت و حضور در کارگاه آموزشی باعث ایجاد همدلی جمعی در مادران شده، به رفتار آنها کمک می‌کند تا متوجه شوند این مشکل تنها مختص آنها نیست، در نتیجه احساس تنهایی کاذب در آنها کمتر می‌شود. از آنجا که در مطالعه حاضر، آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار در ارتقای سلامت روان مادران و کاهش افسردگی موثر بوده است، به نظر می‌رسد با به‌کارگیری روش‌های رفتاری، می‌توان در جهت ارتقای بهداشت روان خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه گامی موثر و مثبت برداشت. با عنایت به نتایج مطالعات پیشین و مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار گامی موثر در جهت ارتقای سلامت روان والدین به ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه است.

یافته‌های پژوهش در ارتباط با فرضیه دوم پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت رفتاری کودکان به مادران بر کاهش نشانگان اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان به طور معنی‌داری موثر است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیشین (Pope, 2017)، (Tarver, Daley, Sayal, 2014)، (Webster-Stratton, Reid & Beauchaine, 2013) همخوان است. مطالعات اخیر در یافته‌های خود به اثربخش بودن برنامه‌های آموزش والدین در بهبود روابط والدین و کودکان با اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه اشاره کرده‌اند. مطالعه حاضر همچنین نشان داد که مادران آموزش دیده کاهش مشخص و معنی‌داری را در حوزه‌های پرفعالیتی، کم‌توجهی، تکانشگری و نافرمانی در کودکان خود نسبت به

ابتدای مطالعه در مقایسه با گروه شاهد گزارش نمودند. بر اساس شواهد علمی موجود مداخلات روانشناختی بر نشانگان اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی که شامل بیش‌فعالی، علایم مرکزی و اصلی کم‌توجهی و تکانشگری می‌باشد تاثیر مثبتی دارد. در مطالعه‌ی حاضر تغییر مشخص و معنی‌دار کودکان را در حوزه‌های مذکور می‌توان به تاثیر آموزش‌ها بر روی بهبود تعاملات مادر کودک، تغییر نگرش والدین نسبت به رفتارهای کودک، مدیریت صحیح‌تر والدین در زمینه‌ی اداره‌ی بیش‌فعالی فرزندان و به موقع و مناسب بودن تذکرات، پاداش‌ها و تنبیهات نسبت داد. بهبود معنی‌دار در مشکلات ناشی از کم‌توجهی کودک می‌تواند مرهون افزایش توانایی مادر در زمینه‌ی ایجاد انگیزه بیشتر در کودک برای انجام تکالیف درسی و دادن پاداش‌های به جا و متناسب به او برای انجام فعالیت‌های همراه با توجه کافی باشد. نتایج پژوهش نشان داد نمره‌های خرده مقیاس‌های نشانگان در پس‌آزمون(بی‌توجهی، بیش‌فعالی) در گروه آزمایش به صورت معناداری کمتر از نمره‌های گروه کنترل است. ولی تفاوت معنی‌داری در خرده مقیاس تکانشگری بین دو گروه در پس‌آزمون یافت نشد. این نتایج با یافته‌های (Roushanbin, Pouretamad, 2007, Khoushabi) همخوانی دارد. مطالعات اخیر در یافته‌های خود به اثربخش بودن برنامه‌های آموزش والدین در بهبود روابط والدین و کودکان با اختلال بیش‌فعالی- نارسایی توجه اشاره کرده‌اند.

نتایج پژوهش‌هایی که به بررسی خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- نارسایی توجه پرداخته‌اند، مبین آن است که تعاملات بین والدین و کودکان مبتلا، ماهیت مختل دارد. یکی از عوامل و مفروضه‌های به‌وجود آمدن تعارض والد-کودک، ضعف مهارت والدین در نحوه برخورد با این کودکان در نظر گرفته شده است که می‌توان با آموزش والدین و استفاده از روش‌ها و فنون رفتاری مناسب، وقوع روابط تعارض‌آمیز در زمینه‌های جسمانی و عاطفی کودکان را کاهش داد. بنابراین یکی دیگر از دلایل احتمالی بهبود روابط مادر- کودک را می‌توان به اقدامات آموزشی و تمرین‌هایی نسبت داد که مادران در طول جلسات مداخله، خود را متعهد به انجام آنها می‌دانستند. به این ترتیب، توجه مادران بیشتر صرف برقراری ارتباط مناسب‌تر با کودک می‌شد و متعاقباً میزان استرس ناشی از تحمل رفتارهای کودک کاهش می‌یافت (Roushanbin, Pouretamad, 2007, Khoushabi). از سوی دیگر انتظار می‌رود که به دنبال افزایش اطلاعات و آگاهی مادران در خصوص اختلال بیش‌فعالی- نارسایی توجه، در نگرش و متعاقباً رفتار آنها با کودکان تغییراتی ایجاد می‌شود که اگرچه هنوز پذیرش و درک ویژگی‌ها و رفتارهای کودکان از سوی مادران دشوار است، مادران پس از شرکت در جلسات مداخله راحت‌تر می‌توانستند رفتار کودک خود را تبیین کنند و به احتمال کمتری رفتار وی را ناشی از لجبازی و نافرمانی عمدی کودک در

نظر می‌گرفتند. به سخن دیگر، به نظر می‌رسد که در طی جلسات مداخله‌ای، اسنادهای نادرست مادران اصلاح شده‌اند که استناد به این تبیین، نیازمند بررسی‌های عمیق‌تر در خصوص اسنادهای مادران می‌باشد. یکی دیگر از دلایل مهم اثربخش بودن مداخله، این نکته است که کودکان با بیش فعالی- نارسایی توجه اغلب قادر به تکمیل فعالیت‌های معمولی (مثلا آماده شدن برای رفتن به مدرسه، انجام تکالیف خانگی، تمیز و مرتب کردن اتاق) نیستند. در واقع، ناتوانی آنها باعث می‌شود که مادران زمان قابل ملاحظه‌ای را به نظارت بر فعالیت‌های کودکان اختصاص دهند. در این زمان ممکن است فشار افزایش یابد. اما هنگامی که توانایی کودکان برای تکمیل کردن فعالیت‌های معمولی افزایش می‌یابد و عملکرد آنان به دلیل کاهش نشانه‌های بیش فعالی- نارسایی توجه در خانه و مدرسه بهبود پیدا می‌کند و به طور کلی هنگامی که مشکلات رفتاری کودکان کاهش و اطاعت از دستورات مادران، افزایش می‌یابد؛ مادران به میزان کمتری، فشار و تنش را احساس می‌کنند. در چنین شرایطی، تعارض خانوادگی کم می‌شود و روابط آشفته مادر-کودک بهبود می‌یابد. یکی از دلایل احتمالی دیگر این نکته است که برنامه‌های گروهی آموزش والدین، آگاهی و دانش آنها را در زمینه ماهیت اختلال، انواع فرعی آن و شیوه‌های درمانی اختلال افزایش داده است. از آنجا که هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌رو است و این پژوهش نیز از این امر مستثنا نیست. عدم وجود آزمون پیگیری، اصولاً برای بررسی تاثیر دراز مدت اثر مداخله بر روی آزمودنی‌ها، انجام آزمون‌های پیگیری ضروری است. ولی در این پژوهش آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی اجرا نشده است. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، اجرای آزمون با فاصله بیشتری صورت گیرد تا پایداری تاثیر جلسات آموزشی در نظر گرفته شوند. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌توان به استفاده صرف از فرم خود گزارش‌دهی اشاره نمود و پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی ضمن استفاده از فرم معلمان از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات در مورد نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی (از جمله مصاحبه بالینی، مشاهده و ...) بهره ببرند. به سبب دسترسی بیشتر و آسانتر، تنها مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- کمبود توجه در این مطالعه شرکت کردند. توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی، به منظور ارتقای سلامت روان خانواده، پدران نیز در چنین مطالعه‌ای شرکت داده شوند.

References

- American psychiatric association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-5. — 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Association. Washington, DC: Author.
- Barlow, j., & Coren, E. (2004). Parent training programs for improving maternal psychosocial health. Coherence Database System Review, 1, 2020.
- Barkely, R. A. (1987). ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press.

- Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatment for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36-43.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1):65.
- Biederman J, Fried R, Tarko L, Surman C, Spencer T, Pope A, et al (2017). Memantine in the Treatment of Executive Function Deficits in Adults With ADHD. *J Atten Disord*. 2017; 21(4): 343-52[DOI][PubMed]
- Briesmester, J. M., & Charles, E. (2007). *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors*. Third edition. Edited by James M. Briesmester & Charles E. Schaefer. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey.
- Chako, A., Allan, C., Uderman, J., cornwell, M. , Anderson, M. & Chimiklis, A. (2015). Training Parents of Youth with ADHD. In Russel A. Barkley (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 4th. edition. NY: Guilford Press. 658-661.
- Chronis AM, Fabiano GA, Gnagy EM, Onyango AN, Pelham WE, Lopez-Williams A, et al. (2004). An Evaluation of the Summer Treatment Program for Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder Using a Treatment Withdrawal Design. *Behavior Therapy* 2004; 35(3): 561-85.
- Chronis, A. M., Jones, H. A. & Raggi, V. L. (2006). Evidence-Based Psychisocial Treatments for Children and Adolescents with ADHD. *Chronical Psychological Review*. 26(2006).484-502.
- Closson, R. (2010). Critical Race Theory and Adult Education. *Adult Education Quarterly*, 60 (3), 261- 283.
- Danforth, J., Harvey, E., Ulaszek, W., Eberhardt, K., & McKee, T. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 188-205.
- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, G., Brown, S., Bayliss, S., Taylor, R., Sandercock, J., & Hyde, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programs for children with conduct problems. University of Birmingham, U. K. [Online]. Available: <http://www.camph.com>.
- Gadow, K. D. & Sprafkin, J. (1984). *Quick guide to using the Youth inventory- 4 screening kit*. Stony Brook, NY: checkmate plus.
- Gadow, K. D., Sprafkin, J. & Pierre, C. (1994). A test- retest Reliability study of the child symptom Inventory- 4: parentchecklist. Unpublished data. Reported in Gadow and sprafkin. (1997). *Child symptom Inventory-4 norms manual*. Stony Brook, Ny: Checkmate plus.
- Goldberg, D.P. and Hillier, V.F. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Me- dicine*, 9, 139-145.
- Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Prior, M. R., & Kehoe, C. (2010). Tuning in to Kids: Improving emotion socialization practices in parents of preschool children – findings from a community trial. *Journal of Child Psychology*

- and Psychiatry, 51(12): 1342–1350. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02303.x . Epub 2010 Aug 24.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with ADHD: Review and recommend actions for future research. *Child and Family Psychology Review*, 4(3),183-207.
- Johnston, C. & Chronis-Tuscano, A. (2015). Families with ADHD. In Russel A. Barkley (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 4th. edition. NY: Guilford Press. 256-258
- Hossieni, S. E. (2017). Effects of music therapy on aggression and hyperactivity symptoms and attention deficit in children with attention deficit- hyperactivity disorder. *Journal of Psychological Methodes and Models*. 8(30): 41-52.
- Kajbaf, M. B., Shirazi Tehrani, A. R, Mirdrikvand, F & Mazaheri, M. (2015). The Effectiveness of Parent Behavioral Management Training on General Health of Mothers with Hyperactivity Children. *Journal of Family Research*, Vol.11(1): 103-122.
- Kuhn C., Carter. (2006). Maternal Self-Efficacy and Associated Parenting Cognitions among Mothers of Children with Autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, Volume 76, Issue 4, October, Pages 564-575.
- Mohamadesmaiel E, Alipour A. (2002). A Preliminary Study on the Reliability, Validity and Cut Off Points of the Disorders of Children Symptom Inventory-4 (CSI-4). *JOEC*. 2002; 2 (3) :239-254
- Mosaiebi, N, Mirmahdi, R. (2017). The effectiveness of cognitive rehabilitation Computer (CRT) in the improvement of working memory in children with attention deficit reduction, continuous attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Psychological Methodes and Models*. 8(29): 105-124.
- O'Connor, B.C., Fabiano, G.A., Waschbusch, D.A., Belin, P.J., Gnagy, E.M., Pelham, W.E., Greiner, A.R., & Roemmich, J.N. (2014). Effects of a summer treatment program on functional sports outcomes in young children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 1005-1017
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2010). *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry* (5thed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Roushanbin M, Pouretemad HR, Khoushabi K. (2007). The effect of group positive parenting program training on parenting stress in mothers of ADHD children aged 4-10 years old. *Family Research Quarterly*. 2007; 3(10): 555-572. [Persian].
- Sanders, M. R. (2002). Parenting intervention and the prevention of serious mental health problems in children. *Medical Journal of Australia*, 177, 587-592 [On-line]. Available: <http://www.psy.uq.edu.au>.
- Sanders, M. R., & Turner, K. T. (2007). The efficacy of the Triple P-positive parenting program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions [On-line]. Available: <http://www.unifr.ch>.
- Spijkers, W., Jansen, D., Meer, G., & Reijneveld, S. (2010). Effectiveness of a parenting program in a public health setting. Department of health sciences. University of Groningen, Netherlands [On-line]. Available: <http://www.biomedcentral.Com>

- Shechtman, Z., Gilat, I. (2005). The Effectiveness of Counseling Groups in Reducing Stress of Parents of Children with Learning Disabilities. *Group Dynamics*, Volume 9, Issue 4, Pages 275-286.
- Taghavi, S. M. R. (2001). Assessment of the Validity and Reliability of the General Health Questionnaire. *J Psychology*. 2001;5:381-98. In Persian.
- Tarver, J., Daley, D., Sayal, K. (2014). Beyond symptom control for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): What can parents do to improve outcomes? *Child: Care, Health, and Development*, 41(1), 1-14. doi: 10.1111/cch.12159.
- Venderood, S., Vandermeulen, E. M., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J., Buitelaar, J.K., & Emelkamp, P. M. G. (2005). A psychometric evaluation of social skills rating system in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 43, 733- 746.
- Webster-Stratton, C., Reid, M.J., & Beauchaine, T.P. (2013). One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *Journal of clinical child and adolescent technology*, 42(2), 251-261.
- Willcutt, E. (2012) The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics* , 9, 490-499.
- Yar Mohammadian, A., Ghaderi, Z., Chavoshi Far., (2012). The effectiveness of parental skills training on preschool's children behavior problems fro 4 -6 yers old. *Journal of Psychological Methodes and Models*. 2(6): 17-32.

