

اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت رفتار به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی کودکان آن‌ها

عصمت دانش^{۱*}، زهرا حکیمی^۲، مینا شمشیری^۲ و نرگس سلیمی نیا^۳

دریافت مقاله: ۹۳/۱۱/۰۸، دریافت نسخه نهایی: ۹۴/۰۵/۰۲، پذیرش مقاله: ۹۴/۰۵/۱۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت رفتار به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی کودکان‌شان بود. **روش:** روش مطالعه شبه‌آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری ۸۲ نفر از مادران کودکان ۹ تا ۱۱ ساله بود که در طی سال‌های ۹۳-۹۲ به همراه کودک دچار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی خود به دفتر مشاوره نویسنده مسئول مراجعه کرده بودند و از سوی روان‌شناس و روان‌پزشک، اختلال کودک آن‌ها نقص توجه و بیش‌فعالی تشخیص داده شده بود. از میان مادران، ۳۰ مادر که شرایط ورود به این پژوهش را داشتند به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و پس از هم‌تاسازی به گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه علائم مرضی کودک گادو و اسپرافکین (۱۹۹۵) و برنامه مدیریت رفتاری به والدین بارکلی (۲۰۰۵) بود که در ۹ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه و هفته‌ای یک‌بار به مادران گروه آزمایش آموزش داده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مختلط تکرار سنجش استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد نشانه‌های بیش‌فعالی، تکانشگری و نقص توجه کودکان مادران آموزش‌دیده، در مقایسه با گروه گواه و پیش‌آزمون کاهش یافته و این نتایج در دوره پیگیری ۲ ماهه نیز پایدار مانده است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان برنامه مهارت‌های مدیریتی مادران را روش موثری و مفیدی جهت کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه، تکانشگری و بیش‌فعالی کودکان دچار این اختلال دانست.

کلید واژه‌ها: آموزش مهارت‌های رفتاری، بیش‌فعالی، نقص توجه، مادران

*۱. نویسنده مسئول، دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، ایران

Email: esmat_danesh@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، ایران

۳. دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه علوم مالزی

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی^۱ از مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلال‌های تحولی است که تأثیر عمیقی بر زندگی هزاران کودک و خانواده‌های آن‌ها بر جای می‌گذارد (بوسینگ، ماسون، بل، پورتر و گاروان، ۲۰۱۰). شیوع جهانی این اختلال ۵/۲۹ درصد تخمین زده شده (پولانسیک، لیما، هورتا، بیدرمن و رود، ۲۰۰۷) و دارای شروعی زود هنگام (بیدرمن، ۲۰۰۵) و اغلب با مشکلات روان‌شناختی و روانپزشکی چشمگیر طولانی مدت و کوتاه مدت نیز همراه است (آکادمی اطفال آمریکا، ۲۰۱۱).

طبق گزارش انسیستوی ملی سلامت روان^۲، نقص توجه علائمی چون دشواری در توجه، گوش کردن به دستورات و تمرکز به آن، خسته شدن در انجام کار در ظرف چند دقیقه، دست‌خط بد، ناهماهنگی و بی‌برنامه‌گی در حرکت، دشواری و ناتوانی در یادگیری و گاهی خیالبافی دارد. تکانشگری به صورت رفتار ناپخته، عمل بدون تفکر، کاهش آگاهی و حساسیت به آنچه در اطراف می‌گذرد، عجز بودن یا واکنش شدید نشان دادن به مشکلات کوچک، با عجله وارد کاری شدن و از کار ناتمامی به کار دیگری پرداختن نمایان می‌شود. بیش‌فعالی نیز علائمی چون ناتوانی در انتظار کشیدن در صف، فعالیت بیش از حد یا نداشتن استراحت، پرخاشگری، وارد شدن در فعالیت‌های خطرناک بدون در نظر گرفتن عواقب آن، حرف زدن بیش از حد، و ناتوانی در آرام بازی کردن دارد (یحیی و سوخوز، ۲۰۱۳). اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با مشکلات زیادی در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد تحصیلی، تکرار پایه، ترک مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، تخلف، سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین و قانون شکنی همراه است (لرنر، ۱۳۹۰). تقریباً همه کودکان دچار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی دچار ضعف تحصیلی، اعتماد به نفس پایین، اضطراب-افسردگی و مشکلات عمده در روابط با همسالان هستند (اونز و فابیانو، ۲۰۱۱).

با تامل در کیفیت روابط والدین و کودک و موشکافی در آن می‌توان به نقش حساس آن‌ها در ارتباط با این کودکان پی برد (گیل، هایدی، شاو، دیشیون و ویلسون، ۲۰۰۹). والدین این کودکان بیش از سایر والدین با چالش‌های منحصر به فردی در زمینه نقش والدینی مواجه هستند (کرنیک، گیز و هافمن، ۲۰۰۵). نمره‌های عملکرد خانواده در خانواده‌هایی که دارای کودک دچار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی هستند نسبت به خانواده‌های دیگر پایین‌تر است (محمدپور و کسای، ۲۰۱۳). این رفتارها موجب تضعیف روابط کودک در خانه، مدرسه و با بزرگسالان و همسالان می‌شود (فابیانو، پلهام، وسیوچ، گاناگی، لاهی و همکاران، ۲۰۰۶). اگرچه مشارکت شرایط محیطی و ژنتیکی در نوع و شدت این اختلال موثر است (لانگلی، هولمانس، ون دن بر و تاپر، ۲۰۰۷)، روشی که والدین با

1. attention deficit hyperactive disorder (ADHD)
2. American Academy of Pediatrics
3. National Institute of Mental Health

کودک‌شان تعامل می‌کنند نیز می‌تواند بر رفتارهای مشکل دار این کودکان اثرگذار باشد. همچنین تعامل بین والد و کودک تاثیرات بازگشتی و دوجانبه‌ای در خانواده دارد (گرانیک و پاترسون، ۲۰۰۶). مفهوم دوجانبه به این معنی است که عوامل والدینی مثل آسیب‌شناسی روانی والدین یا استرس آن‌ها ممکن است بر شیوه فرزندپروری آن‌ها اثری منفی داشته باشد (جانسون و جیسی، ۲۰۰۷). به‌عنوان مثال نتایج پژوهش دانش، کاکاوند، سلیمی نیا، سابقی و سهیمی (۱۳۹۳) نشان داد روان‌رنجور خوبی مادران کودکان دچار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی با شیوه‌های فرزندپروری بی‌ثبات و مبتنی بر تنبیه بدنی مادران رابطه مثبت، وظیفه‌شناسی مادران با شیوه‌های فرزندپروری مثبت و درگیرانه رابطه مثبت و با شیوه‌های فرزندپروری توأم با تنبیه بدنی و نظارت ضعیف رابطه منفی، و مؤلفه خوشایندی رابطه مثبت معناداری با شیوه فرزندپروری مبتنی بر تنبیه بدنی دارد. از این رو پژوهشگران مذکور نتیجه گرفتند که ویژگی‌های شخصیتی مادران می‌تواند بر رفتار آن‌ها با فرزندشان و نیز افزایش و یا کاهش شدت اختلال کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی اثرگذار باشد. نتایج پژوهش ون دن هافداکر، ون در وین مولدرس، سیتما، املکمپ، مین‌درا و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان داد مادران کودکان دچار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان سالم هنگام تعامل با فرزندان خود از رفتارهای آمرانه بیشتری بهره می‌گیرند، بیشتر مخالفت می‌کنند، پاداش کمتری به رفتارهای مناسب کودک می‌دهند و پاداش‌های ایشان بیشتر جنبه اتفاقی دارد. به‌طور کلی این مادران نسبت به مادران کودکان بهنجار منفی‌نگرترند.

این کودکان به واسطه همه مشکلاتی که دارند، فشار و استرس عمده‌ای بر والدین خود وارد می‌کنند (سیپ و جانسون، ۲۰۰۵). در نتیجه مادران کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان گروه گواه سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزندپروری، و نیز پریشانی و اضطراب را تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت دارند (براون و ویتساید، ۲۰۰۷). رضایت زناشویی (زارع، رستمی و قپانچی، ۲۰۱۰) و سلامت روان والدین کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی پایین‌تر از والدین کودکان عادی است و تفاوت معناداری میان آن‌ها با مادران کودکان عادی از نظر افسردگی، اضطراب و خودکارآمدی (ون دن هافداکر، نوتا، ون در وین مولدرس، سیتما، املکمپ و همکاران، ۲۰۱۰)؛ احساس خشم، واکنش خشمناک، برون‌ریزی خشم، درون‌ریزی خشم وجود دارد (دانش، معنوی شاد، خوشابی و حسن زاده توکلی، ۱۳۹۳). از سوی دیگر کودکان دچار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، چون ناتوانی در یادگیری و مشکلات اجتماعی و هیجانی دارند (کاتز، ۲۰۰۹). احساس خودکارآمدی آن‌ها کمتر و احساس تنهایی آن‌ها بیشتر از کودکان عادی است (حق رنجبر، کاکاوند و دانش، ۱۳۹۰).

پژوهشگران دریافته‌اند 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 (آکانر، فابینو، واچبوج، بلین، گانگی و همکاران، ۲۰۱۴). والدین به دلیل نفوذ و تماس بیشتر با کودکان می‌توانند در اجرای

مداخلات رفتاری در محیط طبیعی زندگی کودک نقش به‌سزایی داشته باشند. به همین دلیل اخیراً توجه روزافزونی به گنجاندن آموزش مدیریت والدین در طرح‌های درمانی اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی می‌شود (پاترسون، مک‌فورد و استوارت براون، ۲۰۰۵). در میان برنامه‌های مدیریتی برنامه آموزش رفتاری والدین^۱ از حمایت تجربی برای موثر بودنش در کاهش مشکلات رفتاری کودکان دچار بیش‌فعالی برخوردار است (فابیانو، ۲۰۰۷). آموزش مدیریت والدین روش موثری در درمان نشانه‌های بیرونی‌شده کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی به‌کار رفته است و این روش همراه با سایر روش‌های درمانی نظیر دارو درمانی، رفتار درمانی و جز آن در مود خود کودکان مفید واقع شده است (عربی، دانش، کاکاوند، سلیمی‌نیا، و امیرغفاری، ۱۳۹۲).

برنامه آموزش رفتاری والدین به‌عنوان درمان برای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، مورد توجه روزافزونی قرار گرفته است (پلهام و فابیانو، ۲۰۰۸). پژوهشگران از این برنامه استفاده می‌کنند تا آمادگی برای تغییر ایجاد شود و متعاقب آن درمان انجام گیرد (ناک و کازدین، ۲۰۰۵). برنامه آموزش رفتاری والدین، به والدین کودکان می‌آموزد چگونه مقدمات مانند قوانین و دستورات را و عواقب مانند تنبیه و پاداش را برای رفتارهای هدف، مانند فرمانبرداری و نافرمانی در محیط کودک اصلاح نمایند. سپس والدین این روش‌ها را در خانه به منظور کاهش رفتارهای مشکل‌ساز و افزایش رفتارهای مناسب به‌کار می‌گیرند (فابیانو، چاکو، پلهام، راب، والکر و همکاران، ۲۰۰۹).

برنامه آموزش والدین توسط بارکلی (۲۰۰۵) برای کودکان دارای مشکلات رفتاری نظیر کودکان بیش‌فعال، کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای و نظایر آن، طراحی شده است. هدف از این برنامه توانمندسازی و تشویق والدین برای مدیریت بدررفتاری‌های کودک‌شان طی یک سلسله از مراحل است. در ابتدا والدین درباره علت بدررفتاری‌ها و مفهوم مدیریت رفتار یاد می‌گیرند. سپس یاد می‌گیرند چگونه کودکان را وادار به قبول فرمان‌های‌شان کنند. این کار به وسیله استفاده از فرمان‌های مستقیم و واضح و کوتاه انجام‌پذیر خواهد بود. همچنین قائل شدن عواقب مثبت در رفتارهای قابل قبول یک راهبرد دیگر است. سرانجام والدین یاد می‌گیرند چگونه برای بدررفتارهای کودک نتیجه منفی فوری در نظر بگیرند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که آموزش مدیریت به والدین باعث کاهش بیش‌فعالی، نافرمانی و رفتار پرخاشگرانه کودک دچار اختلال‌های رفتاری می‌شود (دانفورت، هاروی، وندی، اولاسزک و مکی، ۲۰۰۶). والدینی که آموزش‌های مدیریت والد را دریافت می‌کنند خودکفائی بیشتری را احساس می‌کنند و به روش مناسب‌تری دستور می‌دهند و توانائی اطاعت‌پذیری کودک را به صورت پایدار تقویت می‌کنند. کاربرد آموزش مهارت والد باعث می‌شود رفتارهای پرخاشگرانه، مقابله‌جویانه و پرفعالیتی کودک کاهش و رفتارهای والدین بهبود یابد و فشاری که تحمل می‌کنند کمتر شود (ون درهوفدکر، هوکسترا، ون در وین مولدرس، سیتما، املکمپ و همکاران، ۲۰۱۴).

به خاطر شیوع بالای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و مشکلات زیادی که این اختلال برای کودک و والدین و معلمان به بار می‌آورد؛ به‌طور معمول بر درمان‌های متمرکز بر خود کودک از جمله دارو درمانی، رفتاردرمانی، رژیم غذایی و نظایر آن توجه می‌شود. به‌عنوان مثال پژوهش‌های زیادی در مورد الگوهای رژیم غذایی و شیوع نقص توجه و بیش‌فعالی انجام شده و ارتباط مستقل معنی‌داری بین «غذاهای شیرین» و «غذاهای آماده» یافت شده (آزادبخت، روحانی و اسماعیل‌زاده، ۲۰۱۲) و غالباً آموزش پدر و مادر و محیط زیستی و پرورشی کودک نادیده گرفته شده است. ضرورت و اهمیت انجام چنین پژوهش‌هایی در این است که با آموزش والدین زمینه تغییرات بنیادین برای کودک مبتلا فراهم می‌شود. آموزش مهارت‌ها به والدین با اثرگذاری بر کل نظام خانواده باعث می‌شود، والدین شیوه‌های درست تربیتی را به‌کار گیرند و فشاری کمتری را به کودک خود به خاطر اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی او که غالباً والدین از آن به‌عنوان لجبازی یاد می‌کنند، تحمیل کنند. در نتیجه اعتماد به نفس کودک افزایش و استرس او کاهش می‌یابد، که این امر می‌تواند بر خودپنداره کودک در مورد کنترل رفتارهایش تأثیری مثبت داشته باشد. از سوی دیگر نیاز به درمان‌های غیردارویی به‌ویژه در مورد کودکان در سنین رشد بیش از پیش احساس می‌شود و ضرورت و اهمیت انجام پژوهش‌هایی از این دست را برجسته می‌کند.

در مورد آموزش والدین باید گفت هرچند اصولاً پدران و مادران در مسئولیت‌های والدی با هم شریکند، اما مادران نسبت به پدران به‌طور کلی تعامل بیشتری با کودکان دارند و مسئولیت بیشتری برای مراقبت از کودک را به‌عهده می‌گیرند. پدران به دلایلی مانند قبول نداشتن مشکل در مهارت والدگری، حالت کلاسی داشتن این آموزش‌ها و همچنین ساعات نامناسب تشکیل این کلاس‌ها و ساختار و ماهیت آن‌ها تمایلی به شرکت در این قبیل آموزش‌ها ندارند (فابیانو، ۲۰۰۷). بنابراین برای این که این پژوهش به سرانجام برسد و بتوان با آموزش مهارت‌های مدیریتی به مادران، آن‌ها را مجهز به شیوه‌های رفتاری و تربیتی درست و مفید با کودک‌شان کرد، ترجیح داده شد تا آموزش رفتاری والدین طبق برنامه منظمی به مادران کودکان مورد مطالعه که با کودک بیشتر تعامل دارند با هدف تعیین میزان تعیین میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت رفتار به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی کودکان‌شان ارائه و فرضیه‌های زیر آزمون شود.

۱. آموزش مدیریت رفتار به مادران نشانه‌های بیش‌فعالی کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی را کاهش می‌دهد.
۲. آموزش‌های مدیریت رفتار به مادران نشانه‌های تکانشگری کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی را کاهش می‌دهد.
۳. آموزش‌های مدیریت رفتار به مادران نشانه‌های بی‌توجهی کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی را کاهش می‌دهد.

۴. تاثیر آموزش‌های مدیریت رفتار به مادران بر کاهش نشانه‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری کودکان‌شان پس از ۲ ماه در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

روش پژوهش در این مطالعه شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون T پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری شامل ۸۲ نفر از مادرانی بود که فرزندان ۹ تا ۱۱ ساله آن‌ها دچار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی بود و در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳ به دفتر مشاوره نویسنده مسئول مراجعه کرده بودند و تشخیص این اختلال توسط روان‌شناس و روانپزشک مطب مذکور در مورد کودک آن‌ها تایید شده بود. از میان این مادران ۳۰ کودک با در نظر گرفتن معیارهایی چون داشتن پدر و مادر، تحصیلات دیپلم به بالای مادر، نداشتن اعتیاد پدر و مادر، فقدان سوابق در مورد بیماری جسمی و روانی مادر و یکسان بودن نوع دارو (ریتالین) و مقدار مصرف دارو در کودکان انتخاب شدند. معیارهای حذف در این پژوهش عبارت از عقب ماندگی ذهنی کودک، سایر اختلال‌های همراه با اختلال مذکور و سن کمتر از ۹ سال یا بیشتر از ۱۱ سال بود. با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۳۰ نفر از مادران کودکان دچار این اختلال انتخاب و با آرایش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه علائم مرضی کودکان*! این پرسشنامه ۷۷ سوالی دارای دو فهرست والدین و معلم و از ابزارهای غربالگری رایج برای تشخیص نشانگان رفتاری، عاطفی و شناختی اختلال‌های روانپزشکی از جمله اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی است که بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده و با ظهور چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین^۲ (۱۹۹۵) تجدید نظر شده است. اعتبار باز آزمایی پرسشنامه علائم مرضی کودکان توسط گادو و اسپرافکین (۱۹۹۵) نشان داد که اعتبار باز آزمایی برای همه طبقه‌ها در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. در پژوهش کلانتری، نشاط دوست و زارعی ۱۳۸۰ اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش تصنیف برای نسخه معلمان ۰/۹۱ و برای نسخه والدین ۰/۸۵ به دست آمد روایی محتوایی این پرسشنامه در پژوهش محمد اسماعیل ۱۳۸۰ مورد تایید ۹ نفر از روانپزشکان قرار گرفت. برای تعیین پایایی از روش آزمون-

* علاقه‌مندان می‌توانند جهت استفاده از این ابزار با نشانی الکترونیکی نویسنده مسئول مکاتبه کنند.

1. child symptom inventory-4 (CSI-4)

2. Gado & Spriaphkin

بازآزمون استفاده شد که ضریب همبستگی ۰/۹۶ برای معلمان و نیز ۰/۹۲ برای والدین به دست آمد. به منظور تعیین روائی این آزمون از اعتبار محتوایی و تعیین همبستگی داده‌های مرحله اول معلمان با مرحله اول والدین استفاده شد که برابر ۰/۸۹ بود (شجاعی، همتی علمدارلو، مرادی و دهشیری، ۱۳۸۷). ضریب آلفا کرونباخ در پژوهش حاضر برای نسخه والدین ۰/۸۷ به دست آمد.

۲. **بسته آموزشی مهارت‌های مدیریتی به مادر.** در این پژوهش از بسته آموزشی مدیریت والدین که در راهنمای درمانی بارکلی (۲۰۰۵) ذکر شده بود، در ۹ جلسه ۱/۵ ساعته هفته‌ای یکبار استفاده و جلسات آموزش مدیریت والدین به شکل زیر برگزار شد.

جلسه اول. دربرگیرنده مطالب آموزشی بود. به مادران اطلاعات موثق و روشنی درباره نشانگان بی-توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری ارائه شد و آن‌ها آگاه شدند نشانه‌ها منعکس‌کننده اتفاق نظر رایج در میان متخصصان و دانشمندانی است که در این زمینه کار می‌کنند و مبنی بر لجبازی و خصومت کودک نیست.

جلسه دوم. الگوی چهار عاملی تعارض کودک-والد توصیف و اصول مدیریت رفتار بررسی و از طریق بحث و تبادل نظر به سوال‌های آن‌ها پاسخ داده شد.

جلسه سوم. در این جلسه گزارش مادران بررسی شد. سپس مادران آموزش دیدند به‌طور مثبت به رفتار مناسب اجتماعی کودک توجه کنند و به رفتارهای نامناسب در دوره‌های «زمان بازی خاص» توجه نکنند. در این جلسه به سوال‌ها پاسخ داده شد و تمرین جلسه بعد مشخص شد.

جلسه چهارم. پس از بررسی گزارش مهارت‌های مدیریتی که مادران تا کنون آموخته و به کار برده بودند، آن‌ها آموزش دیدند تا به شکل مثبت به رفتار مناسب اجتماعی کودک توجه کنند و به رفتار نامناسب در موقعیت‌هایی بی‌توجه باشند که، کودک مستقلانه بازی می‌کند. در انتها تمرین جلسه بعد مشخص شد.

جلسه پنجم. پس از بررسی گزارش مادران، آن‌ها آموزش دیدند نظام پاداش را در خانه تدوین، و از امتیازها یا ژتون‌ها برای کنترل رفتار کودک استفاده کنند. سپس تمرین جلسه بعد مشخص شد.

جلسه ششم. والدین یاد گرفتند از هزینه پاسخ یا گرفتن ژتون‌ها برای تنبیه کودک به خاطر عدم پیروی از دستورها و تخلف جزیی از قواعد استفاده کنند. سپس تمرین جلسه بعد مشخص شد.

جلسه هفتم. پس از بررسی گزارش مهارت‌های مدیریتی که مادران تا کنون آموخته و به کار برده بودند، به آن‌ها آموزش داده شد برای گستره‌ایی از تخلفات از قوانین مبتنی بر خانه، از جمله ناسزاگویی، پرخاشگری و ویرانگری از محروم کردن و تقویت منفی استفاده کنند.

جلسه هشتم. به والدین آموزش داده شد مشکلات رفتاری کودک در مکان‌های عمومی مثل فروشگاه‌ها، رستوران‌ها و مساجد را مدیریت و مشکلات را پیش‌بینی کنند و طرح‌هایی برای استفاده

از تقویت کننده‌های اجتماعی، ژتون‌ها، هزینه پاسخ و محروم کردن از تقویت در موقعیت‌های عمومی تدوین کنند. سپس تمرین جلسه بعد مشخص شد.

جلسه نهم. پس از بررسی گزارش مادران، درباره مدیریت مشکلات آینده، روش‌های کار مشترک با کارکنان مدارس و مواجهه با مشکلات همراه مثل بی‌اختیاری ادرار و مدفوع بحث شد. یک جلسه حمایتی یک ماه بعد از کامل شدن برنامه برای حل مشکلاتی که والدین در ادامه انجام مهارت‌های والدینی آموخته بودند، پس از برنامه ۹ جلسه‌ای برگزار شد.

شیوه اجرا. در مرحله پیش‌آزمون مادران گروه آزمایش و گواه به نسخه ویژه والدین پرسشنامه علائم مرضی کودکان پاسخ دادند. سپس به مادران گروه آزمایش مهارت‌های مدیریت رفتار آموزش داده شد. در مرحله پس‌آزمون و ۲ ماه بعد مجدداً دو گروه پرسشنامه مذکور را تکمیل کردند.

یافته‌ها

بیشترین فراوانی از نظر سن در گروه آزمایشی مربوط به ۹ و ۱۱ سال و در گروه گواه مربوط به ۹ و ۱۰ سال بود. از نظر تحصیلات، مادران گروه آزمایش ۲۶/۶ درصد دیپلم و ۷۳/۴ درصد بالای دیپلم و مادران گروه گواه ۲۰ درصد دارای دیپلم و ۸۰ درصد بالای دیپلم بودند. از نظر اقتصادی در هر دو گروه ۳۳/۲ درصد پایین و ۶۶/۸ درصد دارای وضعیت اقتصادی متوسط و بالا بودند. پیش از تحلیل واریانس تکرار سنجش داده‌های دو گروه، مفروضه‌های آن انجام شد. برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه از آزمون لوین استفاده شد که مقدار $F = 0.987$ در سطح معنی‌داری $= 0.32$ بیانگر همگنی واریانس‌های دو گروه بود. برای طبیعی بودن توزیع نمره‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. آماره $Z = 1/245$ و سطح معنی‌داری $= 0.92$ نشان داد که داده‌ها از توزیع طبیعی برخوردارند.

جدول ۱. نمره کودکان دو گروه در بیش‌فعالی، تکانشگری و نقص توجه در سه مرحله

نوع اختلال	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری ۲ ماهه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بیش‌فعالی	آزمایش	۱۶/۷۳	۱/۶۲	۴/۷۳	۱/۵۷	۴/۱۳	۲/۶۹
	گواه	۱۵/۹۳	۱/۴۸	۱۶/۶۶	۱/۲۳	۲/۲۶	۱/۶۲
تکانشگری	آزمایش	۸/۵۳	۰/۷۴۳	۲/۲۶	۰/۸۸	۱/۳۳	۰/۹۷
	گواه	۸/۲۶	۰/۹۶	۸/۴۰	۱/۰۵	۸/۶۶	۰/۶۱
نقص توجه	آزمایش	۸/۲۰	۱/۱۴	۲/۴۶	۱/۲۴	۲/۹۳	۱/۸۳
	گواه	۷/۶۶	۰/۹۷	۸/۲۶	۰/۸۸	۱۶/۶۰	۱/۳۵

طبق جدول ۱ میانگین نمره‌های گروه آزمایشی در پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه نسبت به پیش‌آزمون و گروه گواه در بیش‌فعالی، تکانشگری و نقص توجه کاهش یافته است. میانگین نمره‌ها در پیگیری دو ماهه نشان‌دهنده تداوم اثر آموزش مهارت‌های مدیریت رفتاری به مادران گروه آزمایشی در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی، تکانشگری و نقص توجه در کودکان‌شان است. به منظور بررسی معنی‌داری تفاوت درون و بین گروه‌ها از لحاظ تاثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته به صورت تک تک و کلی در دو گروه آزمایش و گواه، از تحلیل واریانس مخلوط استفاده شد.

جدول ۲. تحلیل واریانس مختلط آزمون‌های اثر درون گروهی و اثر متقابل تفاوت دو گروه در متغیرهای وابسته

متغیر	منبع تغییرات	ویلکز لامبدا	F	درجه آزادی فرضی	درجه آزادی خطا	ضریب اتا
بیش‌فعالی	مرحله	۰/۰۷۵	۱۶۶/۹۹**	۲/۰۰	۲۷/۰۰	۰/۹۲۵
	مرحله × گروه	۰/۶۶۶	۱۹۰/۱۸۳**	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۹۳۴
تکانشگری	مرحله	۰/۰۹۷	۱۲۵/۰۲۵**	۲/۰۰	۲۷/۰۰	۰/۹۰۳
	مرحله × گروه	۰/۰۸۴	۱۴۷/۰۸۵**	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۹۱۶
نقص توجه	مرحله	۰/۰۷۷	۱۶۲/۸۰۴**	۲/۰۰	۲۷/۰۰	۰/۹۲۳
	مرحله × گروه	۰/۰۷۷	۱۶۲/۴۶۸**	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۹۲۳

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری، با ضرایب اتا و مقادیر ویلکز لامبدا آن برای متغیرهای وابسته پژوهش، حاکی از معناداری اثر اصلی زمان و تعامل بین زمان و مداخله است. بنابراین تفاوت بین دو گروه مادران آموزش دیده و آموزش ندیده بر بیش‌فعالی، تکانشگری و نقص توجه کودکان‌شان در مراحل مختلف آزمون معنادار است. همچنین ضرایب اتا نشان می‌دهد که ۰/۹۳ از تغییرات در مراحل مختلف آزمون، مربوط به بیش‌فعالی، ۰/۹۱ آن مربوط به تکانشگری و ۰/۹۲ مربوط به نقص توجه است.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط آزمون‌های اثر بین گروهی و اثر متقابل تفاوت تک تک متغیرهای وابسته در بین دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب اتا
بیش‌فعالی	۲۶۰۲/۸۴۴	۱	۲۶۰۲/۸۴۴	۸۰۵/۷۹۵**	۰/۹۶۶
تکانشگری	۴۳۵/۶۰۰	۱	۴۳۵/۶۰۰	۴۶۲/۷۷۹**	۰/۹۴۳
نقص توجه	۸۹۶/۱۷۸	۱	۸۹۶/۱۷۸	۴۷۲/۴۶۲**	۰/۹۴۴

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس مختلط برای مقایسه بین گروه‌ها از لحاظ تک تک متغیرهای وابسته قابل مشاهده است. طبق این جدول اثر اصلی مقایسه دو گروه نیز معنادار و مجذور اتا ۰/۹۶۶، ۰/۹۴۳ و ۰/۹۴۴ به ترتیب تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و گواه را مبنی بر تاثیر آموزش مهارت

مدیریت رفتاری والدین گروه آزمایش بر کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی، تکانشگری و نقص توجه کودکان دچار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی کودکان آن‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس مختلط برای تاثیر آموزش به مادران بر کاهش تکانشگری کودکان‌شان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب ایستا
جداشده (intercept)	۳۵۰۹/۳۷۸	۱	۳۵۰۹/۳۷۸	۳۷۲۸/۳۴۴**	۰/۹۹۳
گروه	۴۳۵/۶۰۰	۱	۴۳۵/۶۰۰	۴۶۲/۷۷۹**	۰/۹۴۳
خطا	۲۶/۳۵۶	۲۸	۰/۹۴۱		

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

طبق جدول ۴ اثر اصلی مقایسه دو گروه نیز معنادار و مجذور ایستا ۰/۹۴۳ تفاوت معنادار بین دو گروه را نشان می‌دهد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش مهارت مدیریت والدین بر کاهش تکانشگری کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در سه مرحله تأیید می‌شود.

جدول ۵. آزمون ویلکزلامبادا و ضریب ایستا برای تاثیر آموزش به مادران بر کاهش نقص توجه کودکان‌شان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	ویلکزلامبادا	F	درجه آزادی فرضی	درجه آزادی خطا	ضریب ایستا
مرحله	۰/۰۷۷	۱۶۲/۸۰۴**	۲/۰۰	۲۷/۰۰	۰/۹۲۳
مرحله * گروه	۰/۰۷۷	۱۶۲/۴۶۸**	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۹۲۳

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۵ نشان‌دهنده وجود تعامل بین زمان و مداخله و مجذور جزئی ایستا ۰/۹۲۳ نیز اثر اصلی قابل توجه برای زمان و نشان‌دهنده کاهش بی‌توجهی در هر سه دوره زمانی در گروه آزمایشی است.

جدول ۶. آزمون تحلیل واریانس مختلط برای تاثیر آموزش به مادران بر کاهش نقص توجه کودکان‌شان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب ایستا
جداشده	۵۳۲۰/۷۱۱	۱	۵۳۲۰/۷۱۱	۲۸۰۵/۰۶۱**	۰/۹۹۰
گروه	۸۹۶/۱۷۸	۱	۸۹۶/۱۷۸	۴۷۲/۴۶۳**	۰/۹۴۴
خطا	۵۳/۱۱۱	۲۸	۱/۸۹۷		

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

طبق جدول ۶ اثر اصلی مقایسه دو گروه نیز معنا دار و مجذور ای تا ۰/۹۴۴ تفاوت معنادار بین دو گروه را نشان می‌دهد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش مهارت مدیریت والدین بر کاهش نقص توجه کودکان دچار اختلال بیش فعالی و نقص توجه در سه مرحله تأیید می‌شود. طبق جداول ۳، ۵ و ۷ تحلیل واریانس مختلط بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها اجرا شد. تعامل بین زمان و مداخله وجود داشت که نشان دهنده تفاوت معنی‌دار بین دو گروه است. بنابراین فرضیه‌های پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش مهارت مدیریت والدین بر کاهش علائم بیش فعالی، تکانشگری و نقص توجه کودکان دچار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و ماندگاری اثر در پیگیری ۲ ماهه تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده متعدد شواهد فراوانی را به نفع اثربخشی مداخلات رفتاری خانواده برای جلوگیری و درمان طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان نشان داده‌اند. هرچه خانواده‌ها از مهارت بیشتری در زمینه فرزندپروری برخوردار باشند و آموزش لازم را دریافت کنند توانایی‌شان در اداره رفتار کودکان‌شان افزایش می‌یابد. به طور کلی این مطالعه نشان داد که برنامه آموزش رفتاری گروهی والدین می‌تواند نقش تأثیرگذاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان داشته باشد. نتایج آزمون فرضیه‌های این پژوهش حاکی از کاهش بیش‌فعالی در مرحله پس‌آزمون و ماندگاری این اثر در مرحله پیگیری در گروه آزمایشی بود. اثر اصلی مقایسه دو گروه آزمایش و گواه نیز معنا دار بود و مجذور ای تا ۰/۹۶۶ نشان دهنده تفاوت فوق‌العاده زیاد بین دو گروه بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که کاهش معنی‌دار بیش‌فعالی کودکان می‌تواند ناشی از آموزش کافی مادران در زمینه اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه از نظر علائم، سبب‌شناسی و سیر درمان آن باشد. با آموزش اصول اصلاح رفتار کودک، مادران توانستند با استفاده از روش‌های درست دستور دادن، تشویق کردن و اصول تنبیه، به کودک کمک کنند به عواقب رفتارش بیندیشد، شرایط آینده را پیش‌بینی و برای انجام تکالیف برنامه‌ریزی کند و در نتیجه نشانگان بیش‌فعالی در کودکان گروه آزمایش بهبود یابد. ناگفته پیداست بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی، از وضعیت و ویژگی متفاوت آن‌ها ناشی می‌شود. از سوی دیگر مادران این کودکان درک کافی و درستی از ویژگی‌ها و نیازهای حسی ویژه کودک خود ندارند. به این ترتیب دور باطلی شکل می‌گیرد که هم بر نشانگان نقص توجه و بیش‌فعالی کودک و هم بر استرس والدگری مادر می‌افزاید. در این پژوهش با آموزش مدیریت رفتار به مادران، آن‌ها با ویژگی‌های کودک خود آشنا شدند و رفتارهای مختل کودک را دال بر سرکشی و لجبازی او به حساب نیاوردند و از سوی دیگر با دانشی که در این زمینه کسب کرده بودند احساس کفایت و کارآمدی پیدا کردند.

یافته دیگر این پژوهش حاکی از افزایش توجه در مرحله پس‌آزمون و ماندگاری این اثر در مرحله پیگیری در گروه آزمایشی بود. اثر اصلی مقایسه دو گروه آزمایش و گواه نیز معنادار بود و مجذور ایتا ۰/۹۴۳ نشان دهنده تفاوت زیاد بین دو گروه بود. همچنین تأثیر آموزش مهارت مدیریت والدین بر کاهش تکانشگری کودکان دچار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی تأیید شد. بهبود معنی‌دار در مشکلات ناشی از تکانشگری کودک می‌تواند مرهون افزایش توانایی مادر در زمینه ایجاد انگیزه بیشتر در کودک برای انجام تکالیف و دادن پاداش‌های بجا و مناسب به او به خاطر انجام فعالیت‌های همراه با توجه باشد. نتایج به‌دست آمده با پژوهش دانفورت، هاروی، اولاسزی و مکی (۲۰۰۶)؛ ون دن هافداکر و همکاران (۲۰۱۴) و پلهام، بروس-مکلین، گاناگی، فابیانو، کلس و همکاران (۲۰۱۴) از نظر کاهش معنادار نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی پس از آموزش مدیریت والدین همسو است. پژوهشگران مذکور نشان دادند درمان‌های دارویی، رفتاری، شناختی-رفتاری و خانواده درمانی در تخفیف علائم این اختلال سهم داشته‌اند. زرگری نژاد و یکه یزدان دوست (۱۳۸۸) نتیجه گرفتند که آموزش والدین قادر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی است. همچنین نتیجه آموزش مدیریت والدین که به‌عنوان روش موثر در درمان نشانه‌های بیرونی شده کودکان دچار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در پژوهش عربی و همکاران (۱۳۹۲) انجام شده، نیز با این پژوهش همسو است.

پاترسون و همکاران (۲۰۰۵) نیز به تأثیر گنجاندن آموزش والدین در طرح‌های درمانی اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی تأکید کردند و نشان دادند کاربرد برنامه تربیت‌سازنده والدین، در والدین کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی، در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی این کودکان مؤثر است. بنابراین به‌نظر می‌رسد هرچه خانواده‌ها از مهارت بیشتری در زمینه فرزندپروری برخوردار باشند و آموزش لازم را دریافت کنند توانایی‌شان در اداره رفتار کودکان‌شان افزایش می‌یابد.

همچنین این پژوهش با پژوهش دروسایر و گیلیوم (۲۰۰۶) مبنی بر اثرات برنامه آموزش والدینی در جهت بهبود رفتار اجتماعی کودکان و کاهش ناسازگاری اجتماعی؛ و با پژوهش دانفورت و همکاران (۲۰۰۶) مبنی بر اثرات آموزش گروهی والدین کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در کاهش رفتار پرخاشگرانه فرزندان آن‌ها و بهبود رفتار والدگری و کاهش استرس‌های والدینی همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت برنامه آموزشی، در اصلاح رفتار والدین به منظور نظارت بر رفتار کودک مؤثر بوده و از طرف دیگر فشار روانی مادر و رفتار مقابله‌ای کودک را نیز کاهش داده است. نتایج این پژوهش حکایت از آن دارد که در اثر آموزش، رفتار آزارگری متقابل کودک والد به‌طور معناداری کاهش یافته و آموزش والدین کاهش مشخصی در رفتارهای مخرب و مقابله‌جویانه کودکان را موجب شده است. اصلاح نقش والدین و به‌ویژه مادران کلیدی است که می‌تواند تکانشگری، بی-توجهی و رفتارهای بیش‌فعالی کودک را مدیریت کند. مدیریت رفتارهای والدینی ناشی از آموزش بود که مادران آموختند دستورات روشن و صریحی بدهند و والدین و به‌ویژه مادران که زمان بیشتری

را با این کودکان می‌گذرانند قوانین و محدودیت‌های مشخصی را وضع کنند، تا کنترل کودک امکان‌پذیر شود. آموزش به بهبود رفتار مادران منجر شد و به تبع آن رفتار کودک هم تغییر کرد. دانش، تک‌ریمی و نفیسی (۱۳۸۶) در پژوهش خود نشان دادند شیوه‌های فرزندپروری مستبدانه و بی‌اعتنا بیش از شیوه‌های قاطعانه و سهل‌گیرانه به افسردگی دختران و پسران منتهی می‌شود. در حالی که با آموزش والدین می‌توان شیوه‌های فرزندپروری آن‌ها را تغییر داد. مداخله با تصحیح افکار و بازخوردهایی که مادران نسبت به رفتارهای دشوار فرزندشان دارند، می‌تواند به افزایش توانایی مقابله در رویارویی با وظایف مادری منجر شود و کاهش تنیدگی والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودک را به دنبال داشته باشد (پوراابراهیم و ادیبراد، ۱۳۸۸). ترانزو (۲۰۰۶)، نقل از مهاجری، پورااعتماد، شکری و خوشابی، ۱۳۹۲) به این نتیجه دست یافت، تقویت مهارت‌های فرزندپروری که به دنبال آموزش والدین رخ می‌دهد، می‌تواند نقشی تعدیل‌کننده در مشکل‌های رفتاری دوران کودکی و خودکارآمدی والدینی ایفا کند.

به طور کلی این مطالعه نشان داد که برنامه آموزش رفتاری گروهی والدین می‌تواند نقش تاثیر گذاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان داشته باشد. با اصلاح شیوه‌های تربیتی نادرست و آموزش کافی در مورد این اختلال و اصلاح شیوه فرزندپروری والدین می‌توان فشار روانی والدین و اختلال‌های رفتاری، عاطفی، اجتماعی کودکان را در حد مطلوبی کاهش داد.

منابع

- حق رنجبر، فرخ، کاکاوند، علیرضا و دانش، عصمت. (۱۳۹۰). مقایسه خودکارآمدی، اختلال هیجانی و احساس تنهایی در دانش آموزان دچار ناتوانی یادگیری و عادی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی. سال ۵، شماره ۴ (۲۰): ۴۲-۵۸*.
- دانش، عصمت، کاکاوند، علیرضا، سلیمی نیا، علیرضا، سابقی، لیلا و سهیمی، مهیاس. (۱۳۹۳). رابطه بین پنج عامل شخصیت با شیوه‌های فرزندپروری در مادران کودکان دچار بیش‌فعالی و نقص توجه. *اندیشه‌های نوین تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء. ۱۰ (۱): ۹-۲۵*.
- دانش، عصمت، معنوی شاد، مرجان، خوشابی، کتابون، و حسن زاده توکلی، محمدرضا. (۱۳۹۳). تاثیر سطوح خشم و شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان دچار ناتوانی‌های یادگیری و عادی بر خودپنداره فرزندان‌شان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی. ۱۰ (۳۸): ۱۷۵-۱۹۶*.
- دانش، عصمت، تک‌ریمی، زیبا، و نفیسی، غلامرضا. (۱۳۸۶). نقش شیوه‌های فرزندپروری والدین در میزان افسردگی فرزندان‌شان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی. ۱ (۲): ۱۲۵-۱۴۰*.
- زرگری نژاد، غزاله، و یکه‌یزدان دوست، رخساره. (۱۳۸۶). اثر بخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان ADHD. *مطالعات روان‌شناختی. ۳ (۲): ۲۹-۴۸*.

سلیمی، جمال، پورابراهیم، تقی، و ادیبراد، نسترن. (۱۳۸۸). اثربخشی مشورت گروهی با مادران دارای کودک با اختلال بیش فعالی - کمبود توجه بر کاهش شدت نشانه‌های این اختلال و کاهش استرس مادران. *فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*. ۸(۳۰): ۸۳-۹۹.

شجاعی، ستاره، همتی علمدارلو، قربان، مرادی، شهرام، و دهشیری، غلامرضا. (۱۳۸۷). شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش آموزان دوره ابتدایی استان فارس. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*. ۸(۲): ۴۰-۲۲۵.

عربی، سمیه، دانش، عصمت، کاکاوند، علیرضا، سلیمی‌نیا، علیرضا، و امیرغفاری، مریم. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال‌های بیرونی شده کودکان دچار نقص توجه/بیش فعالی. *نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*. ۲(۳): ۱۴۶-۱۳۹.

لرنر، زانت. (۱۳۹۰). ناتوانی‌های یادگیری: نظریه‌ها، تشخیص و راهبردهای تدریس. ترجمه عصمت دانش، چاپ دوم، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۷).

محرری، فاطمه، شهرپور، زهرا، و تهرانی‌دوست، مهدی. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش برنامه تربیت سازنده به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی کم توجهی. *اصول بهداشت روانی*. ۱۱(۴۱): ۳۱-۴۰.

مهاجری، آتنا سادات، پوراعتماد، حمیدرضا، شکری، امید، و خوشایبی، کتابون. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش‌وری بالا. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، بهار ۱۷(۱ پیاپی ۲۵): ۲۵-۳۸.

هوشور، پارسا، به‌نیا، فاطمه، خوشایبی، کتابون، میرزایی، هوشنگ، و رهگذر، مهدی. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴-۱۰ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی بر اختلال رفتاری فرزندانشان. *مجله پژوهشی توانبخشی*. ۱۰(۳): ۳۰-۲۴.

American Academy of Pediatrics. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Process of care supplemental appendix. *Pediatrics* 128, S11-SI21/<http://pediatrics.aappublications.org/content/suppl/2011/10/11/>

Azadbakht, L., Rouhani, M.H., & Esmailzadeh, A. (2012). Dietary Patterns and attention deficit hyperactivity disorder among Iranian Children. *ZJRMS*, 14(2): 21-30.

Barkly, R.A. (2005). *Attention deficit Hyperactivity disorder. Handbook for diagnosis and treatment*. New York.

Biederman, J., Mick, E., Surman, C., Doyle, R., Hammerness, P., Harpold, T., Dunkel, S., Dougherty, M., Aleardi, M., & Spencer, T. (2006). A randomized, placebo-controlled trial of OROS methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 59, 829-835.

Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215-1220.

- Brown, A., & Whiteside, S. (2007). Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *Journal of anxiety*, 26, 340-348.
- Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P. H., & Garvan, C. (2010). Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 49, 565-605.
- Crnic, K.A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Journal of Infant and Child Development* 14(2), 117-132.
- Danforth, J.S., Harvey, b. E., Ulaszeke, W.R., & Mckee, T.E. (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.
- Danforth, J., Harvey, E., Wendy, R., Ulaszek, T., & McKee, T.E. (2006). The outcome of group parent training for families of deficit/aggressive behavior. *Clinical Psychiatry*, 37:188-205.
- Derosier, M., & Gilliom, M. (2006). Effectiveness of a parent training program for improving children's social behavior. *Journal Child Family Study*, 10, 1-11.
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E. Jr., Waschbusch, D. A., Gnagy, E. M., Lahey, B. B., Chronis, A. M., Onyango, A.N., Kipp, H., Lopez-Williams, A., & Burrows-Maclean, L. (2006). A practical measure of impairment: Psychometric properties of the impairment rating scale in samples of children with attention deficit hyperactivity disorder and two school-based samples. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Sep; 35(3):369-85.
- Fabiano, G. A. (2007). Father participation in behavioral parent training for ADHD: Review and recommendations for increasing inclusion and engagement. *Journal of Family Psychology*, Dec; 21(4):683-93. doi: 10.1037/0893-3200.21.4.683.
- Fabiano, G.A., Chacko, A., Pelham, W.E. Jr., Robb, J., Walker, K.S., Wymbs, F., Sastry, A.L., Flammer, L., Keenan, J.K., Visweswaraiyah, H., Shulman, S., Herbst, L., & Pirvics, L. (2009). A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, Jun; 40(2):190-204. doi:10.1016/j.beth.2008.05.002. Epub 2008 Oct 31.
- Gill, A.M., Hyde, L.W., Shaw, D.S., Dishion, T.J., & Willson, N.W. (2008). The family check-up in early childhood: A case study of intervention process and change. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Oct; 37(4): 893-904. doi: 10.1080/15374410802359858.
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, 101-131.
- Johnstone, C., & Jassy, J. S. (2007). Attention deficit / hyperactivity disorder and academy oppositional/conduct problem: Links to parent-child interaction. *Journal of the Canadian of Child and Adolescent psychiatry*. 16, 74-79.

- Katz, N. (2009). *Adult self-rating of the DSM-IV-TR symptoms of Attention deficit/hyperactivity disorder. An item response theory perspective*. Florida state University .<http://ndltd.com>. Accessed 2011.
- Langley K., Holmans, P.A., Van den Bre, M.B.M., & Thaper, A. (2007). Effects of the low birth weight, maternal smoking in pregnancy and social class on the phenotypic manifestation of attention-deficit/hyperactivity disorder and associated antisocial behavior: investigation in a clinical sample. *BMC Psychiatry*, 7: 26-30.
- Mohammad pour, E., Kasaei, F. (2013) .Family functioning in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1864 – 1865.
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 872– 879.
- 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.
- Owens, J.S., & Fabiano, G.A. (2011). School Mental Health Programming for Youth with ADHD: Addressing Needs across the Academic Career. *School Mental Health*, 3(3):111-116. DOI: 10.1007/s12310-011-9061-x
- Patterson, J., Mockford, C., & Stewart-Brown, S. (2005). Parent's perceptions of the value of the Webster-Stratton parenting program: A qualitative Study of a general practice based initiative child, care, health & development. *Journal of Child Psychology*, 31: 53-64.
- Pelham, W. E Jr., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1): 184-214.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and Meta regression analysis. *Am. J. Psychiatry*, 164, 942–948.
- Seipp, C.M., & Johnstone, C. (2005). Mother-son interactions in families of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without oppositional behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 33, 81-98.
- Trunzo, A. (2006). *Engagement, parenting Skills and parent-child relations as mediators of the relationship between parental self-efficacy and treatment outcomes for children with conduct problems*. Doctor of philosophy, Social work, The Graduate Faculty of Social Work, University of Pittsburgh.
- Van den Hoofdakker, B. J., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B., & Nauta, M.H. (2007). Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Oct; 46(10):1263-71.
- Van den Hoofdakker, B. J., Nauta, M.H., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B., & Hoekstra, P.J. (2010). Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with attention-

- deficit/hyperactivity disorder: moderators of treatment response. *J Pediatr Psychol*. Apr; 35(3):317-26. doi: 10.1093/jpepsy/jsp060. Epub 2009 Jul 24.
- Van den Hoofdakker, B.J., Hoekstra, P.J., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B., & Nauta, M.H. (2014). Paternal influences on treatment outcome of behavioral parent training in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Nov^{۲۳} ;(11):1071-9. doi: 10.1007/s00787-014-0557-4. Epub 2014 May 31.
- Yahya, F., & Sochos, A. (2013). Adult attachment and constructive communication in parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 97: 167-173.
- Zarei, J., Rostami, R., & Ghapanchi, A. (2010). Marital satisfaction in parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder in comparison with parents of normal children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5: 744-747.
