

اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر رابطه مادر - کودک در کودکان با اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه

تاریخ دریافت: ۹۱/۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۱

ثریا عابدی شاپورآبادی*، معصومه پورمحمدرضای تجریشی**، پروانه محمدخانی***، مرجان فرضی****

چکیده

مقدمه: هدف از مطالعه حاضر، تعیین اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر روابط مادر- کودک در کودکان ۴ تا ۱۰ سال با اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه بود.

روش: جامعه آماری شامل مادران ۲۵ کودک با اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه مراجعه کننده به مراکز درمانی اخوان و رفیده شهر تهران بودند که به شیوه در دسترس انتخاب شدند و در ۸ جلسه آموزشی برنامه گروهی والدگری مثبت (۲ ماه؛ هفته‌ای ۱ جلسه) شرکت کردند. مادران مقیاس رابطه والد- کودک، را قبل و بعد از شرکت در جلسات آموزشی تکمیل کردند. در پایان جلسات آموزشی، داده‌های حاصل از پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از تحلیل واریانس یک متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اجرای برنامه گروهی والدگری مثبت به مادران کودکان دارای اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه منجر به کاهش معنادار تعارض و وابستگی و افزایش نزدیکی و به طور کلی موجب بهبود رابطه مادر- کودک شده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، آموزش گروهی برنامه والدگری مثبت می‌تواند رابطه مادر- کودک را بهبود بخشد.

واژه‌های کلیدی: برنامه والدگری مثبت، رابطه مادر- کودک، اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران می‌باشد.

sorayaabedi65@yahoo.com

* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

mpmrtajrishi@gmail.com

** نویسنده مسئول: استادیار، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

parmohamir@yahoo.com

*** استاد، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

farzi.marjan@yahoo.com

**** کارشناس ارشد روان‌سنجی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی/ نارسایی توجه^۱ (ADHD) یکی از شایع‌ترین علل مراجعه به روان‌پزشک و روان‌شناس است. این اختلال در برگیرنده نشانه‌های تحولی نامناسب از جمله: بیش‌فعالی، بی‌توجهی و زودانگیختگی^۲ می‌باشد [۱]. این احتمال وجود دارد که در صورت همبودی با سایر اختلالات همچون اختلال سلوک^۳ و اختلال یادگیری بر روابط والد- کودک تأثیر گذارد [۲]. ماسن^۴، کیگان^۵، هوستون^۶، کانجر^۷ [۱۳۷۷؛ به نقل از ۳] معتقدند والدین و کودکان با یکدیگر کنش متقابل دارند، به سخن دیگر بر یکدیگر تأثیر دوسویه می‌گذارند. بررسی تعامل‌های کودکان دارای ADHD نشان دهنده آن است که رفتار کودک، به عنوان محرک تنش‌زا عمل می‌کند و به نوبه خود بر رفتار والد و تعامل میان والد (به ویژه مادر) و کودک مؤثر است [۴]. کودکان مبتلا به ADHD در مقایسه با کودکان عادی رفتارهای نامناسب بیشتری نشان می‌دهند؛ کمتر تبعیت می‌کنند و والدین آنها بیشتر منفی‌گرا هستند و کمتر در فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنند [۵، ۶]. این روابط نامناسب و تنیدگی‌زا بین والد و کودک بیش‌فعال، در یک چرخه معیوب قرار می‌گیرد [۷]. بنابراین، اشکال در روابط والد- کودک در خانواده‌های دارای فرزند ADHD از ویژگی‌های این قبیل خانواده‌ها به شمار می‌رود [۸]. چنان که کیمیایی و بیگی [۹]، بعد از سال‌ها کار با خانواده‌ها، موفق به شناسایی چرخه معیوب در روابط والد- کودک در خانواده‌هایی با کودک مشکل‌دار (همچون کودکان ADHD) شدند و آن را "چرخه معیوب رفتار ناسازگار" نامیدند. بر اساس این چرخه، رفتار ناسازگاران کودک، احساس نامناسبی در والدین به وجود می‌آورد و بر نحوه واکنش و رفتار آنها با کودکان تأثیر می‌گذارد. بدین ترتیب در بسیاری از موارد، می‌توان برخورد نادرست والدین را به عنوان عامل اصلی در افزایش مشکلات رفتاری کودکان در نظر گرفت. جانستون [۱۰] نیز در تحقیقی تعامل بین

والدین و کودکان با ADHD را مورد بررسی قرار داد و مشاهده کرد که والدین این گروه از کودکان، واکنش‌های منفی‌تری در برخورد با کودکان نشان می‌دادند و کمتر از شیوه‌های مثبت استفاده می‌کردند. به طور کلی، نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که تعاملات درون خانوادگی، در خانواده‌های دارای فرزند ADHD، با سطوح بالایی از ناسازگاری و ناهماهنگی همراه است. زیرا این کودکان، از دستورات والدین و سایر اعضا خانواده پیروی نمی‌کنند، تکالیف را انجام نمی‌دهند و رفتارهای منفی بیشتری نسبت به همسالان خود دارند. در مجموع، چنین شرایطی، موجب بی‌کفایتی در کارکردهای خانوادگی خواهد شد [۹]، در تعامل والد- کودک اختلال ایجاد می‌کند و اضطراب والدین را افزایش می‌دهد [۱۱]، اضطراب والدین، نیز به نوبه خود، بر روش‌های تنبیهی آنها تأثیر می‌گذارد، و مستقیماً موجب افزایش رفتارهای منفی در کودک می‌شود [۱۲]. با توجه به مطالبی که ذکر آن رفت، منطقی به نظر می‌رسد که مداخلات درمانی مؤثر برای کاهش آثار تعامل‌های نامناسب والد- کودک مورد نیاز است. در این میان نقش اصلی جلوگیری از چنین شرایطی و برقراری مجدد تعادل در خانواده بر عهده والدین به ویژه، مادران می‌باشد که به عنوان پایه‌های اصلی خانواده در نظر گرفته می‌شوند. یکی از مؤثرترین راهبردهای درمانی کودکان با ADHD، مداخله رفتاری در خانواده و آموزش والدین است. برنامه‌های آموزش والدین بر پایه اصول یادگیری اجتماعی بنا شده‌اند و به والدین یاد می‌دهد که چگونه می‌توانند تعامل مثبت‌تری با کودکان برقرار کنند و میزان رفتارهای منفی و تعارض‌های درونی خانواده را کاهش دهند [۱۳]، [۱۴]. برنامه‌های آموزش والدین مبتنی بر این دیدگاه هستند که اختلالات رفتاری کودکان در نتیجه تعامل نادرست بین کودک و والد (به ویژه مادر) ایجاد می‌شود و تداوم می‌یابد، ذکر این نکته ضروری است که در درمان این گروه از اختلالات رفتاری می‌بایستی، این تعامل‌ها بازنگری و اصلاح شوند. به همین دلیل توجه به آموزش مادران در درمان این کودکان، در دهه‌های اخیر به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. در همین راستا، برنامه‌های متنوع آموزش مادران، با تأکید بر کل نظام خانواده به وجود آمده‌اند. در این برنامه‌ها، نگرانی‌های مادران در مورد سبب

- 1- Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder
- 2- impulsivity
- 3- Conduct Disorder
- 4- Mussen
- 5- Kagan
- 6- Huston
- 7- Conger

فعال/نارسایی توجه پژوهش‌های معدودی صورت گرفته، که البته نتایج آنها در حیطه رابطه والد-کودک متفاوت بوده است. برای مثال: قشنگ [۳۲] 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. از جمله دلایل تناقض یافته‌ها می‌توان به متفاوت بودن نوع برنامه مداخله، تکمیل نشدن جلسات برنامه مداخله، و مدت مداخله اشاره نمود. همچنین، در مطالعه قشنگ به تنیدگی والدین به ویژه مشکلات روان‌شناختی آنها به عنوان عاملی مؤثر در روابط اشاره شده است. در حالی که، در مطالعه حاضر صرفاً بررسی تأثیر وجود اختلال در کودک بر کیفیت رابطه بین مادر-کودک مد نظر بوده است. شایان ذکر است که اجرای این گونه پژوهش‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است و نتایج حاصل از آن می‌تواند راهکارهای درست را در اختیار روان‌شناسان و مشاوران قرار دهد تا بتوانند شیوه برخورد مناسب با کودک را به مادران کودکان بیش فعال آموزش دهند. از این رو، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش برنامه گروهی والدگری مثبت بر روابط مادر-کودک در کودکان با اختلال بیش فعال/نارسایی توجه است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع پیش تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون تک گروهی می‌باشد. برنامه والدگری مثبت توسط ترنر و همکاران [۱۵] و بر اساس رفتار درمانگری‌های خانوادگی مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی به وجود آمده است و با ارائه اطلاعات درباره اختلال بیش فعال/نارسایی توجه و آموزش مهارت‌های فرزند پروری می‌تواند در راستای کاهش مشکلات شدید رفتاری و هیجانی کودک و ارتقا کیفیت رابطه مادر-کودک مورد استفاده قرار گیرد [۱۶]. این برنامه از پنج سطح مداخله تشکیل شده و اهداف تمام سطوح درمانی بر افزایش خودکفایی و خودکارآمدی والدین در مدیریت و کنترل رفتار متمرکز است و با استفاده از آموزش والدین (به ویژه مادران) می‌توان دستیابی به حس شایستگی اجتماعی و خویشنداری را در آنها هموار ساخت [۱۹].

شناسی، درمان و پیش آگهی اختلال فرزندان در جلسات گروهی مورد بحث قرار داده می‌شوند و مادران می‌توانند به اطلاعات لازم و حمایت حاضرین در جلسه دست یابند. همچنین، مادران در پرتو دستیابی به اطلاعات جدید، می‌توانند مشکلات کودکان را بهتر بفهمند و از طریق دریافت آموزش‌های لازم، به مهارت‌های مدیریت رفتار تجهیز گردند و متعاقب آن، احساس خود-کارآمدی^۱ در آنها افزایش یابد. برنامه والدگری مثبت یکی از روش‌های آموزش والدین است که توسط ساندرز و همکاران [۱۵] و بر اساس رفتار درمانگری‌های خانوادگی مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی به وجود آمده است. برنامه والدگری مثبت با ارائه اطلاعات درباره این اختلال، آموزش چگونگی رابطه مادر-کودک و مهارت‌های فرزند پروری می‌تواند در راستای کاهش مشکلات شدید رفتاری و هیجانی کودک و ارتقا کیفیت رابطه مادر-کودک مورد استفاده قرار گیرد. این برنامه، به دلیل وجود سطوح مختلف در نارسایی کارکرد خانواده‌ها و نیازهای گوناگون مادر و کودک دارای پنج سطح مداخله می‌باشد [۱۶، ۱۷] و استفاده از آن برای مادران کودکان ۲ تا ۱۲ ساله‌ای پیشنهاد می‌شود که هم اکنون مبتلا و یا در معرض خطر ابتلا به اختلالات رفتاری و عاطفی هستند. اهداف تمام سطوح درمانی این روش بر افزایش خودبندگی^۲ و خودکارآمدی مادران در مدیریت و کنترل رفتار متمرکز شده است که از طریق آموزش مادران در جهت ارتقا تحول کودک، می‌توان دستیابی به حس شایستگی اجتماعی^۳ و خویشنداری^۴ را در والدین هموار ساخت [۱۸، ۱۹]. شیوه آموزش این روش به صورت گروهی، موجب غنا بخشیدن به عوامل محافظتی کودکان و کاهش عوامل خطر ساز و مرتبط با مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان خواهد شد [۱۶]. اثربخشی برنامه والدگری مثبت، در درمان اختلالات رفتاری [۱۹، ۲۸]، و شیوه‌های فرزند پروری ناکارآمد والدین [۲۱، ۲۹، ۳۱]، مورد تأیید قرار گرفته است. مروری بر پیشینه پژوهشی موجود، نشان می‌دهد که در ایران درباره تأثیر آموزش برنامه گروهی والدگری مثبت بر روابط والد-کودک در کودکان با بیش

- 1- self-efficacy
- 2- self-sufficiency
- 3- social competency
- 4- self-control

مثبت کلی^۶ (مجموع تمامی حوزه‌ها) می‌باشد که هر کدام به ترتیب با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۴، ۰/۶۹، ۰/۴۶، ۰/۸۰ از پایایی مناسبی برخوردار بودند. مقیاس رابطه والد-کودک یک پرسشنامه خود گزارش دهی است و نمره گذاری آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (نمره ۵ برای قطعاً صدق می‌کند) می‌باشد [۳۴]. شیوه نمره‌گذاری بر پایه مقایسه نمرات خط پایه (پیش آزمون) با پس آزمون و معنادار بودن این تفاوت انجام می‌شود. این مقیاس برای سنجش رابطه والد-کودک در تمام سنین استفاده شده است [۳۴، ۳۵].

روند اجرای پژوهش: پس از مراجعه به مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران (۲ مرکز اخوان و رفیده) و اعلام آمادگی مسئولین مراکز مذکور برای همکاری، از بین مراجعین به بخش روان‌پزشکی کودک و نوجوان، کودکانی که برحسب مصاحبه تشخیصی روان‌پزشک، تشخیص اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه را دریافت کرده و همراه با مادران خود دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا پس از اخذ رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان، و توضیح هدف پژوهش و مراحل انجام کار به مسئولین و مادران، به آنها اطمینان داده شد که نتایج حاصل از مطالعه به صورت گروهی و با حفظ ناشناس ماندن شرکت کنندگان در اختیار مسئولین مراکز قرار خواهد گرفت. مادران آزاد بودند تا هر موقع که بخواهند جلسات درمانی را ترک کنند و به پدران نیز در صورت تمایل اجازه شرکت در پژوهش داده شد. سپس از مادران خواسته شد تا پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی (اعم از جنسیت کودک، میزان تحصیلات والدین، شغل والدین، میزان درآمد، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سابقه بیماری روانی مادر) و مقیاس رابطه والد-کودک را تکمیل کنند. همچنین، درباره روند جلسات مداخله، اطلاعاتی در اختیار آنها قرار داده شد. مداخله این پژوهش به صورت اجرای آموزش گروهی برنامه والدگری مثبت مادران به مدت ۸ جلسه دو ساعته (هر هفته یک جلسه) بود. ۲ هفته پس از پایان جلسات آموزشی مادران مجدداً مقیاس رابطه والد-کودک را تکمیل کردند. اطلاعات به دست آمده از این دو

آزمودنی‌ها: جامعه پژوهش شامل تمامی مادران کودکان ۴ تا ۱۰ سال با اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه بود که میانگین سن آنها ۳۴ سال و ۵ ماه (با انحراف استاندارد ۷/۳ سال) و میانگین سن فرزندان آنها ۷ سال و ۶ ماه (با انحراف استاندارد ۱/۹ سال) بود که در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹ به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران مراجعه کرده بودند. به روش نمونه‌گیری در دسترس، و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش (سن کودک بین ۴ تا ۱۰ سال، تشخیص اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه در کودک با استفاده از مصاحبه بالینی روان‌پزشک کودک و روان‌شناس بالینی، سطح سواد مادران در حد خواندن و نوشتن، استفاده از دارو درمانی برای کودک مبتلا به مدت حداقل ۶ ماه مصرف ریتالین) و خروج از پژوهش (شرکت مادر در جلسات درمانی مشابه، وجود سابقه بیماری روانی در مادر، وجود اختلالات دیگر در کودک از قبیل: کم‌توانی ذهنی و اختلالات روان‌پریشی بر حسب پرونده روان‌پزشکی کودک، جدایی والدین کودک ADHD از یکدیگر) نمونه‌ای مشتمل بر مادران ۲۵ کودک مراجعه کننده به کلینیک‌های اخوان و رفیده انتخاب شدند و تمامی مادران رضایت نامه کتبی جهت شرکت در طرح پژوهش را تکمیل کردند.

ابزار:

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: در برگرفته سؤالاتی در مورد ویژگی‌های کلی کودک و مادر نظیر (سن، جنس کودک، شغل والدین، تحصیلات والدین و وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده و بیماری روانی مادر) بود.
۲- مقیاس رابطه والد-کودک^۱: این مقیاس توسط پیاپتا^۲ برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ ماده می‌باشد که ادراک والدین را در مورد رابطه آنها با کودک می‌سنجد. این پرسشنامه توسط طهماسبیان در سال ۱۳۸۶، ترجمه و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصین ارزیابی شده است [۳۳]. این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض^۳ (۱۷ ماده)، نزدیکی^۴ (۱۰ ماده)، وابستگی^۵ (۶ ماده) و رابطه

- 1- Parent-Child Relationship Scale
- 2- Pianta
- 3- Conflict
- 4- Closeness
- 5- Dependency

6- Positive general interaction

داده‌های ۲۲ نفر از مادران که در برنامه حضور داشتند با استفاده از تحلیل واریانس یک متغیری با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی (سطح تحصیلات و وضعیت شغلی) مربوط به والدین کودکان ADHD به تفکیک پدران و مادران در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی والدین کودکان ADHD

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
مادر	سیکل	۲/۹
	دیپلم	۴/۴۵
	لیسانس	۴/۴۵
پدر	سیکل	۴/۱۸
	دیپلم	۹/۴۰
	لیسانس	۹/۴۰
وضعیت شغلی	فراوانی	درصد فراوانی
مادر	خانه‌دار	۱۸/۸۱
	کارمند	۴/۱۸
پدر	آزاد	۸/۶۳
	کارمند	۴/۳۶

نتایج جدول ۱ بیانگر آن است که سطح تحصیلات ۹۱ درصد مادران و ۸۲ درصد پدران در سطح دیپلم و لیسانس است. از لحاظ وضعیت شغلی، تقریباً ۸۲ درصد مادران خانه‌دار و ۶۴ درصد پدران، دارای شغل آزاد هستند. قبل از انجام آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر لازم است پیش فرض‌های آن بررسی شوند. بدین منظور لازم است ابتدا یکسانی واریانس سطوح متغیر وابسته بررسی شود. در این راستا از آزمون ماشلی^۲ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

موقعیت (قبل و بعد از جلسات مداخله آموزشی) با استفاده از آزمون آماری t وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. محتوای برنامه آموزشی به ترتیبی است که در پی می‌آید: جلسه اول) معرفی برنامه و ساختار جلسات، ارائه اطلاعات در مورد ADHD، انواع و میزان شیوع آن، نشانه‌ها، علل احتمالی، روش‌های درمانی موجود، عوامل مؤثر در مشکلات رفتاری کودکان، آموزش نحوه مشاهده و ثبت رفتار؛

جلسه دوم) معرفی روش‌های تقویت و بهبود رابطه مادر- کودک با توجه به اختصاص وقت، ابراز محبت کلامی و غیر کلامی؛ آموزش مهارت‌های جدید از جمله: لباس پوشیدن، مرتب کردن وسایل پس از خاتمه بازی با استفاده از روش‌هایی چون ارائه مثال، به کارگیری آموزش پپرس، بگو، انجام بده.

جلسه سوم) شناسایی انواع تقویت کننده‌ها، روش‌های افزایش توجه و رفتارهای مطلوب از طریق ارائه توجه، تحسین کلامی، امتیاز، فعالیت‌های جذاب و بازخوردهای عینی، استفاده از سیستم اقتصاد ژتونی^۱ و نمودار رفتاری؛ جلسه چهارم) شناساندن آثار ناخواسته تنبیه، نکات لازم برای استفاده مؤثر از تنبیه، روش‌های وضع قوانین و نیز مداخلات مربوط به کاهش رفتارهای نامطلوب و اصلاح رفتار به مادران؛

جلسه پنجم) شناساندن موقعیت‌های پر دردسر و آموزش روش‌های برنامه ریزی و آمادگی به مادران برای مقابله مؤثر با آن؛

جلسه ششم) شناساندن موانع تغییر و روش‌های مقابله با آنها و آموزش تمرین عملی در مورد مشکلات شایع به مادران؛

جلسات هفتم و هشتم) محتوای این دو جلسه در چارچوب اصلی این برنامه شامل اجرای جلسات تلفنی در مورد نحوه کاربرد مهارت‌های آموخته شده در منزل بود، در این مطالعه با توجه به درخواست مادران این دو جلسه به صورت حضوری برگزار شد.

لازم به ذکر است که ۳ نفر از مادران به علت چند جلسه غیبت از مطالعه کنار گذاشته شدند و هیچ یک از پدران تمایل به شرکت در پژوهش نشان ندادند. در مجموع

2- Mauchly

1- token economy

حال به منظور درک این مطلب که تفاوت بین کدام یک از زوج میانگین‌های سطح عامل بین گروه‌ها معنادار است، از آزمون بونفرونی استفاده شده که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که از بین مقایسه‌های انجام شده، تفاوت بین همه زوج میانگین‌های ۳، ۱، ۲ و ۲، ۳، ۱ در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بدین معنا که آموزش برنامه گروهی والدگری مثبت به مادران کودکان ADHD بر کاهش تعارض (میانگین ۶۰/۶ و ۴۷/۲ در پیش و پس آزمون) و افزایش نزدیکی (میانگین ۳۸/۲ و ۴۴/۳ در پیش و پس آزمون) در مقایسه با وابستگی (میانگین ۲۲/۵ و ۲۰/۳ در پیش و پس آزمون)، اثر قابل ملاحظه‌تری گذاشته که این میزان در مورد کاهش تعارض بیشتر به چشم می‌خورد.

بحث

در این پژوهش رابطه مادر-کودک از طریق سه حیطه تعارض، نزدیکی و وابستگی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بیانگر آن بود که آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران کودکان با اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه در کاهش روابط تعارض آمیز مادر-کودک، مؤثر است. همچنین باعث کاهش وابستگی و افزایش نزدیکی در روابط مادر-کودک شده است. با وجود این، اثربخشی برنامه بر حیطه تعارض در مقایسه با سایر حیطه‌ها، معنادارتر بوده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیشین [۳۰، ۳۶-۴۱] 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. چنانچه حاجبی، حکیم شوشتری و خواجه‌الدین [۳۶]، به مدت ۱۱ ماه در درمانگاه کودکان ایران ۱۸ کودک پیش‌دستانی (۱۲ پسر و ۶ دختر) با بیش‌فعالی/نارسایی توجه را با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب کردند و آنها را به کمک مقیاس‌های اندازه‌گیری کانرز و روابط والد-کودک، مورد ارزیابی قرار دادند (نمره بالای ۶۵ در مقیاس کانرز والدین به عنوان دارا بودن اختلال رفتاری در نظر گرفته شد). نتایج نشان داد که آموزش مدیریت رفتاری والدین باعث کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی/نارسایی توجه در فرزندان آنها می‌شود و بین میانگین نمره مؤلفه‌های مقیاس اندازه‌گیری کانرز والدین در پیش آزمون و پس آزمون، تفاوت معناداری

جدول ۲) نتایج آزمون ماشلی جهت بررسی یکسانی واریانس‌های

سطوح متغیر وابسته

عامل A	ضریب ماشلی	تقریب مجذور	P
حیطه‌ها	۰/۸۱۶	۴/۰۶۹	۰/۱۳۱

$P > 0/05$

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد ضریب ماشلی (۰/۸۱۶) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، بنابراین فرض صفر رد نمی‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که فرض یکسانی واریانس‌ها بین سطوح عامل A برقرار است.

جدول ۳) خلاصه اطلاعات تحلیل واریانس یک متغیری با اندازه‌گیری

مکرر مربوط به مقایسه میانگین تفاضل نمرات مادران کودکان ADHD در حیطه‌های مقیاس رابطه والد-کودک

منبع تغییرات	SS	df	MS	F
اثر آزمون	۴۲۳۳/۳۰۳	۲	۲۱۱۶/۶۵۲	۱۶۲/۶۱۲*
درون آزمودنی	۱۴۰/۴۳۹	۲۱	۶/۶۸۸	
خطا	۵۴۶/۶۹۷	۴۲	۱۳/۰۷۱	
کل	۴۹۲۰/۴۳۹	۸۷		

* $P < 0/001$

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که چون F محاسبه شده (۱۶۲/۶۱۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است، بنابراین فرض صفر رد و نتیجه‌گیری می‌شود که بین میانگین تفاضل نمرات مادران کودکان ADHD در حیطه‌های مقیاس رابطه والد-کودک تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا رابطه مادران با کودکان ADHD در هر یک از حیطه‌های مقیاس رابطه والد-کودک با یکدیگر تفاوت دارد.

جدول ۴) نتایج آزمون بونفرونی مربوط به مقایسه میانگین تفاضل نمرات مربوط به مادران کودکان ADHD در حیطه‌های مقیاس رابطه والد-کودک

ردیف	حیطه‌ها	میانگین	۱	۲	۳
-	-	-	-۱۳/۵	۶/۱	-۲/۲
۱	تعارض	-۱۳/۵	-	-۱۹/۵*	-۱۱/۲*
۲	نزدیکی	۶/۱	-	-	۸/۳*
۳	وابستگی	-۲/۲	-	-	-

* $P < 0/05$

افزایش دانش ممکن است لزوماً به تغییر رفتار منجر نشود. در برنامه والدگری مثبت، مادران آموزش‌های لازم را دریافت می‌نمایند، ولی مشخص نیست که افزایش دانش می‌تواند در رفتار والدگری آنها تغییر ایجاد کند یا نه؟ چنانچه هچمن [۴۲] در مطالعه خود بر روی ۱۰۳ کودک با اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه به این نتیجه دست یافت که درمان روانی- اجتماعی منجر به افزایش دانش والدگری می‌شود ولی ارزیابی به عمل آمده از والدین، بیانگر آن بود که روش والدگری آنها تغییر نیافته است. روش خود گزارش دهی مادران تا حدود زیاد به سبک والدگری و ویژگی‌های آنها وابسته است. برای مثال، برخی از پژوهشگران اشاره کرده‌اند برای مادرانی که دارای نشانه‌های اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه هستند، فنون آموزشی مدیریت والدین مفید نیست. زیرا آنها در زمینه پیگیری آموخته‌ها، مهارت سازمان دهی و توجه به جزئیات روش، ضعف دارند. بنابراین در ارزیابی نشانه‌های کودک توسط مادر، یا هر یک از والدین، باید به این نکته توجه داشت که ویژگی‌های خاص ارزیابی کننده، مانند کمال گرایی می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد [۴۳]. چنانچه در مطالعه قشنگ به مشکلات روان‌شناختی والدین به عنوان عاملی مؤثر در کاهش اثربخشی برنامه مداخله‌ای اشاره شده است [۳۲]. نکته مهم دیگری که در توجیه یافته‌های پژوهش می‌توان به آن استناد کرد این موضوع است که تعارض جنبه مهمی از تعامل مادر- کودک است که با شروع دومین سال زندگی و با نیاز روز افزون کودک به استقلال، در وی قابل مشاهده است. در واقع، نقش مادر (تلاش برای پیشگیری از آسیب دیدن کودک و آغاز آموزش رفتارهای متناسب با فرهنگ به وی) در این مرحله نیز تغییر می‌کند و متعاقب آن، رفتار مخالفت جویانه کودک و تعارض مادر- کودک افزایش می‌یابد [۴۴]. اگرچه، نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تعارض در حد بهنجار برای اجتماعی شدن کودکان لازم است، این واقعیت پذیرفته شده که افزایش وقوع تعارض مادر- کودک در طی سال‌های پیش از دبستان به عنوان نشانه‌ای از رابطه ناکارآمد شناخته شده است [۳۶، ۴۶]. نتایج پژوهش‌هایی که به بررسی خانواده‌های دارای کودک با اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه پرداخته‌اند مبین آن است که تعاملات

در جهت کاهش نشانه‌ها و بهبود رابطه والد- کودک وجود داشت. البته این مطالعه برخلاف نتایج مطالعاتی همچون قشنگ [۳۲] می‌باشد. به عنوان مثال از دلایل احتمالی عدم اثربخشی برنامه آموزش والدین در مطالعه وی، می‌توان به تفاوت‌های روش شناختی اشاره نمود. متفاوت بودن نوع برنامه مداخله، احتمالاً عدم تکمیل تمامی جلسات مداخله، و مدت جلسات (۴ جلسه) از موارد تمایز مطالعه وی با پژوهش حاضر بوده است. در پژوهش حاضر از برنامه والدگری مثبت که یکی از جامع‌ترین و جدیدترین برنامه‌های آموزش والدین به شمار می‌رود و بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی تنظیم شده است و به تمامی جنبه‌های اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه می‌پردازد، استفاده شد در صورتی که در مطالعه قشنگ از برنامه آموزش والدین بارکلی استفاده گردید. از دیگر دلایل احتمالی عدم اثربخشی مناسب برنامه‌های آموزش والدین بارکلی، می‌توان به انجام نیافتن کامل و مناسب برنامه اشاره نمود. از آن جایی که این برنامه برای هر جلسه دارای دستورالعمل مشخصی است لذا حذف یا ادغام این دستورات می‌تواند از اثربخشی آن بکاهد. مدت مداخله نیز یکی دیگر از دلایل احتمالی است. چنانچه قشنگ با آموزش چهار جلسه‌ای، به آموزش شیوه‌های فرزند پروری به مادران کودکان ۳ تا ۵ سال دارای اختلال رفتاری پرداخت و نتیجه گرفت که آموزش مادران در کاهش تنیدگی رابطه مادر- کودک، تأثیر ندارد. در حالی که در پژوهش حاضر، مداخله در ۸ جلسه اجرا شد. افزایش تعداد جلسات می‌تواند روند اجرای برنامه توسط مادران را بررسی و به رفع مشکلات آنها در حین اجرای روش بپردازد. همچنین تغییرات ایجاد شده در مادران و کودکان مشهودتر می‌شود چون این امکان وجود دارد که مداخله کوتاه مدت نتواند فرصت مشاهده و ارزیابی کامل از تغییر نشانه‌ها را فراهم نماید [۴۱]. این احتمال نیز وجود دارد که اثربخشی برنامه والدگری مثبت در خانواده‌هایی که از سطح اقتصادی- اجتماعی متوسط و بالاتر از متوسط برخوردارند بیشتر باشد، در صورتی که قشنگ [۳۲]، در مطالعه خود به وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانواده‌ها توجهی نداشت و امکان دارد که در مطالعه وی، خانواده‌هایی با پایگاه اقتصادی- اجتماعی متفاوت شرکت کرده باشند. از سوی دیگر،

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 و از وابستگی مادر- کودک نیز کاسته می‌شود. در رابطه با حیطه نزدیکی، می‌توان به این نکته اشاره کرد که افزایش مدت زمان ارتباط مادر- کودک از عوامل بهبود نزدیکی می‌باشد. در این رابطه گلش [۴۷] نیز خاطر نشان کرد که یکی از عوامل تأثیر گذار بر نزدیکی، فاصله فیزیکی موجود بین مادر و کودک است. هر اندازه، این فاصله بیشتر باشد، نزدیکی کاهش می‌یابد. چنانچه مادران شاغل، اغلب به دلیل خستگی بعد از فعالیت روزانه، فرصت ارتباط طولانی و نزدیک را با فرزندان خود ندارند. در این پژوهش با توجه به بررسی‌های به عمل آمده، مشخص شد که ۸۱/۲ درصد از مادران خانه‌دار بودند و زمان بیشتری را برای اجرای مهارت‌های آموخته شده در زمینه راه‌های برقراری ارتباط مؤثر با کودک در اختیار داشتند. در نتیجه فاصله فیزیکی بین آنها کم و متعاقباً نزدیکی رابطه مادر و کودک، زیاد شده است. یکی از دلایل احتمالی 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. با توجه به ارائه آموزش‌های لازم در خصوص روش‌های کنترل و مدیریت کودک، درگیری بین مادر- کودک کاهش و نزدیکی بین آنها افزایش یافته است. وابستگی نیز از طریق پیوند جویی، تعامل و تغذیه توسط مراقب تعریف می‌شود و منظور از وابستگی ناسازگارانه، تداخلی است که در تعامل کودک با بزرگسالان، روابط با همسالان و کنترل محیط ایجاد می‌شود. طبق نظر اینورث^۱، وابستگی یک سائق اکتسابی و تقویت شده در تعامل مادر- کودک است. بنابراین، یکی از دلایل افزایش وابستگی در رابطه مادر- کودک را می‌توان به حمایت مادر از کودک نسبت داد [۴۸]. با توجه به این نکته که این گروه از کودکان در زمینه توجه و کنترل تکانه^۲ مشکل دارند، به تنهایی قادر به تکمیل تکالیف و برنامه‌های خود نیستند و به طور مداوم نیازمند همراهی و

بین والدین و کودکان مبتلا، ماهیت مختل دارد. یکی از عوامل و مفروضه‌های به وجود 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 تعارض آمیز را در زمینه‌های جسمانی و عاطفی کودکان 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 و چرخه معیوب رابطه مادر- کودک به بهبودی می‌گرایید [۳۰]. از سوی دیگر، انتظار می‌رود که به دنبال افزایش اطلاعات و آگاهی مادران در خصوص اختلال بیش فعالی/ نارسایی توجه، در نگرش و متعاقباً رفتار آنها با کودکان تغییراتی ایجاد شود. 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 (مثلاً 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 بیشتری بر مادران وارد شود و تعارض در روابط بین آنها 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

1- Inverse
2- impulse

7- Liffore KJ, Harold TG, Thapar A. Parent-child relationships and ADHD symptoms: A longitudinal analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 2008; 36: 285-296.

8- Motevali-Pour A, Rashidi, A. Child-rearing stress in parents of ADHD children. *Journal Exceptional Education.* 2009; 91: 57-65. [Persian].

9- Kimiaee SA, Beigi F. Comparison the family functions of mothers of normal and ADHD children and examine the effect of problem solving skill on family function of mothers. *Journal Behavioral Sciences.* 2010; 4(2): 141-146. [Persian].

10- Johnstone C. Parents' characteristics and parent-child interaction in families of non problem children and ADHD children with higher and lower oppositional deficit. *Behav J Abnorm Psychol.* 1996; 24(1): 85-104.

11- Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effectiveness of the triple p-positive parenting program an preschool children with co-occurring disruptive behavior and attention/hyperactivity difficulties. *J Abnorm Child Psychol.* 2002; 30(6): 572-587.

12- Rabiner DL, Malone PS. Behavior disorders that often co-occur with ADHD. [updated 2006, April, 8]. Available from <http://www.helpforadd.com/co-occurring-disorders>.

13- Kazdin AE. *Psychotherapy for Children and Adolescents: Directions for Research and Practice.* New York: Oxford University Press; 2000.

14- Chronis AH, Chacko A, Fabiano GM, Wymbs BT, Pelham WE. "Enhancement to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions" *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2004; 7: 1-27.

15- Turner KMT, Dadds CM, Sanders MR. *Facilitator's Manual for Group Triple P (2nd ed).* Milton. Queensland. Australia: Triple P International; 2000.

16- Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program as a public Health Approach to Strengthening Parenting. *J Fam Psychol.* 2008; 22(3): 506-517.

17- Sanders MR. Triple p-positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. *Aust. E-J. Advancement Mental Health.* 2003; 2(3): 127-143.

18- Sanders MR, Woolley ML. The Relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training. *Child: Care, Hlth Dev.* 2005; 31(1): 65-73.

19- Leung C, Sanders MR, Leung S, Mark R, Lau J. An Outcome Evaluation of the Implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process.* 2003; 42(2): 531-544.

20- Cann W, Rogers H, Worley G. Report on a program evaluation of a telephone assisted parenting support service for families living in

حمایت والدین هستند، می‌توان یکی از دلایل افزایش میزان وابستگی آنها را در مرحله پیش آزمون، مشکلات اخیر در نظر گرفت. در نهایت، می‌توان اظهار داشت که آموزش به مادران، به آنها و در نتیجه کودکان آنها کمک می‌کند تا چرخه معیوب تعامل شکسته شود و الگوهای تعاملی و تقابلی حمایت کننده و مثبت به وجود آید. چنانچه پیشتر نیز اشاره شد، در بسیاری از موارد، تغییر رفتار مادران وقت و هزینه کمتری را می‌طلبد و حتی گاهی باید تغییر را از آنها شروع کرد؛ به ویژه اگر مشکلات ارتباطی بر خانواده سایه افکنده باشد یا خود مادران از اختلال روان‌شناختی رنج ببرند. از آنجایی که آموزش مادران به بهبود رفتار آنها منجر می‌شود و به دنبال آن رفتار کودک هم تغییر می‌کند و رفتارهای تخریبی مادران و کودکان ADHD کاهش می‌یابد، این آموزش‌ها به کاهش بیش‌فعالی - نارسایی توجه کودکان آنها می‌انجامد. محدودیت اصلی پژوهش حاضر نبود گروه کنترل و در دسترس بودن گروه مورد مطالعه بود که به دلیل تعداد محدود مراجعه کنندگان به مراکز منتخب در این پژوهش، استفاده از گروه کنترل میسر نبود و پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران بعدی به مقایسه اثربخشی این روش درمانی با استفاده از گروه کنترل همت گمارند.

منابع

1- Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry and behavioral Sciences.* (8th Ed.) Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005: 3181-3195.

2- Beh-Pajouh A, Motevali-Pour A, Farzad V, Rostami R, Habibi-Askarabad M. The efficacy of stress coping skills training on child-rearing stress in mothers with children with attention deficit hyperactivity disorder. *Family Research Quarterly;* 2010; 6(1) 99-114. [Persian].

3- Mussen PH, Kagan J, Conger JJ, Huston C. *Child development and personality.* Translated: Yasae, M. Tehran: Mad Book Center Publications; 2003.

4- Yousefi S, Soltanifar A, Teymouri S. Compare parenting's tension in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Journal Mental Health.* 2009; 42: 115-122. [Persian].

5- McBurnett K, Pfiffner L. *Attention deficit hyperactivity disorder: Concepts, controversies, new directions Psychiatry.* New York: In forma Health Care; 2008.

6- Pisterman S, Firestone P, McGrath P. The role of parenting training in treatment of preschool with ADHD. *AM J Psychiat.* 1992; 62: 397-408.

- with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. *J Child Fam Stud*. 2012; 21: 139-147.
- 32- Ghashang N. The effect of parent training on reduction of stress in parent-child relationship. [MA thesis in clinical psychology]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University; 2003.
- 33- Tahmasian C. Effectiveness of parent training on reduction of behavior problems in children with ADHD. [MA thesis in clinical psychology]. Tehran, Iran: Iranian Psychiatric Institute; 1996. p. 73-91.
- 34- Abarashid Z. The effect of child psycho-social development program training through interaction with mother on parenting self-efficacy and parent-child relation in children up to 3 years old. [MA thesis in clinical psychology]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University; 2009.
- 35- Tylo S. An investigation of the relationship between black single mother's myth/ stereotype acceptance, parental self-efficacy, and childrearing practices. MSc. Thesis, Boston, USA: Boston College; 2006.
- 36- Hajebi A, Hakim-Shoshtari M, Khajeddin N. The effect of behavioral management training to parents who having preschool children with ADHD. *Thought and Behavior J in Clinical Psychol*. 2005; 4: 435-440. [Persian].
- 37- Barkley RA. Impair delayed responding: A unified theory of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, in D. Routh (Ed.). *Disruptive behavior disorder in childhood: Essays honoring Herbert C. Quay*. New York: Plenum; 1994.
- 38- Dore M, Lee JM. The role of parent training with abusive and neglectful parents. *Fam Relat*. 1999; 48: 313-125.
- 39- Gorji Y. Examination and comparison the effectiveness of using behavior modification techniques by mothers, teachers and combined the two on reducing the symptoms of attention deficit and hyperactivity in elementary school students. [PhD Dissertation in psychology]. Tehran, Iran: Allameh Tabatabai University; 2004.
- 40- Ercan ES, Varan A, Deniz U. Effects of combined treatment on Turkish Children Diagnosed with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Preliminary Report. *Child Adolesc Psychopharmacology*. 2005; 15(2): 203-219.
- 41- Nazemi F. Effectiveness of parent's management training program on parent-child annoying relationships and maternal stress of mothers who having ADHD children. [MA thesis in clinical psychology], Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2007.
- 42- Hechtman L. Assessment and diagnosis of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiat Clin of North AM*, 2000; 9(3): 481-489.
- 42- Hechtman L. Assessment and diagnosis of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry Clin*. 2000; 9(3): 481-489.
- isolated rural areas. *Aust. E-J. Advancement Mental Health*. 2003; 2(3): 201-207.
- 21- Sanders MR, Pidgeon AM, Gravesock F, Conners D, Brown S, Young RW. Dose parental attitudinal retraining and anger management enhance the effects of Triple p-positive parenting program with parents at risk of child maltreatment. *Behav Ther*. 2004; 35(3): 513-535.
- 22- Hazell P. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool age children. In R Kosky, A O'Hanlon, G Martin, C Davis (series Eds.), *Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health (Vol. I)*. Adelaide: Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People; 2000.
- 23- Pour-Ahmadi E, Jalali M, Roshan R, Abedin A. The effect of positive parenting training program in reducing children somatoform disorders. *Baboul University of Medical Sciences J*. 2002; 11(2): 74-49. [Persian].
- 24- Jalali M, Pour-Ahmadi E, Tahmasian K, Shaeeri MR. Effect of positive parenting program training on psychological health of mothers who having children with oppositional defiant disorder. *Tehran: Family Research Quarterly*. 2008; 16(4): 353-368. [Persian].
- 25- Jalali M, Pour-Ahmadi E, Babapour KH, Shaeeri MR. The effect of positive parenting training program in reducing symptoms in children with externalizing disorders. *Tabriz University Psychology Quarterly*. 2007; 13: 15-36. [Persian].
- 26- Farmand A, Khoushabi K, Mohammadkhani P. Effectiveness of combined medication treatment and Group positive parenting program on parenting styles and symptoms of 3 to 12 years old children with ADHD, compared with either one alone. [Dissertation]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2006.
- 27- Zubrick SR, Ward KA, Silburn, SR, Lawrence D, Williams AA, Blair E. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prey Sci*. 2005; 6(4): 287-304.
- 28- Sanders R. Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple P) in Changing Child Behavior, Parenting Style, and Parental Adjustment: An Intervention Study in Japan. *J Child Fam Studi*. 2011; 1-10.
- 29- Sanders MR, McFarland MC. Treatment of depressed mothers with disordered children: A-controlled Elevation. *Cog. Behav. Therapy*. 2006; 31(1): 86-112.
- 30- Roushanbin M, Pouretmad HR, Khoushabi K. 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].
- 31- Oord SVD, Bogels SM, Peijnenburg D. The Effectiveness of Mindfulness Training for Children

- 43- Weiss M, Weiss G. ADHD. IN M. Lewis (2002). Child and Adolescent psychiatry. USA, Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- 44- Huang H, Chao C, Yang PC. Behavior Parent Training for Taiwanese parent of children with Attention Deficit/ Hyperactive Disorder. Psychiat Clin Neuros. 2003; 57: 275-281.
- 45- Dunn J, Slomkowski C. Conflict and the development of social understanding. In, Shantz C. & Hartup W. (Eds). Conflict in child and adolescent development (70-92). Now York: Cambridge University Press; 1998.
- 46- Kuczynski L, Kochanska G, Radke-yarrow M, Girnius-Brown O. A developmental interperetation of young childrens. Noncomplicance Dev Psychology. 1987; 23: 799-806.
- 47- Golish DT. Changes in closeness between adult children and their parents: A turning point analysis. J Commun Report. 2000; 13(2): 79-97.
- 48- Srofe AL, Fox NE, Pancake VR. Attachment and dependency in developmental perspective. Child dev. 1983; 54(6): 1615-1627.

Archive of SID