

اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی بر تنیدگی فرزندپروری  
مادران دارای فرزندان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی

The Efficacy of Stress Coping Skills Training on Parenting Stress  
of Mothers with Children Suffering from Attention Deficit  
Hyperactivity Disorder

A. Beh-Pajooch, Ph.D. ✉

A. Motevali Poor, M.A.

V. Farzad, Ph.D.

R. Rostami, Ph.D.

M. Habibi Askarabad, M. A.

دکتر احمد به‌پژوه ✉

دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران

عباس متولی‌پور

کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران

دکتر ولی‌الله فرزاد

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم

دکتر رضا رستمی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران

مجتبی حبیبی عسگرآباد

دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه تهران

دریافت مقاله: ۸۷/۹/۲۱

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۸/۱۱/۲۰

پذیرش مقاله: ۸۹/۲/۲۸

**Abstract**

The purpose of the present study is to examine the efficacy of stress coping skills training on parenting stress of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

**چکیده:**

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی بر میزان تنیدگی فرزندپروری مادران دارای فرزندان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی انجام گرفت.

✉ Corresponding author: Faculty of Psychology & Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

Tel: +9821-88259409

Fax: +9821-88259409

Email: [behpajooch@ut.ac.ir](mailto:behpajooch@ut.ac.ir)

✉ نویسنده مسئول: تهران، بزرگراه جلال آل احمد، اول کوی نصر،

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۵۹۴۰۹ - دورنما: ۰۲۱-۸۸۲۵۹۴۰۹

پست الکترونیک: [behpajooch@ut.ac.ir](mailto:behpajooch@ut.ac.ir)

Twenty four mothers whose children were diagnosed with ADHD were matched and randomly assigned to experimental and control groups.

Quantitative Electroencephalography and Parenting Stress Index as well as a checklist of ADHD were used in order to measure the stress level of mothers and ADHD. Then, the experimental group participated in an intervention program for 11 sessions (60 minutes each). The hypothesis was tested by using the analysis of covariance (ANCOVA). The results indicate that stress coping skills training on parenting stress of mothers of children with ADHD was significantly effective and mothers of the experimental group showed significant reduction ( $p < 0/01$ ) in parenting stress. This reduction was found on the following subscales: demandingness, restrictions of role, depression and social isolation. These findings, therefore, confirm the effectiveness of the intervention program in reducing the stress level of mothers with children suffering from ADHD.

**Key Words:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Parenting Stress, Stress Coping, Mothers.

نمونه مورد مطالعه در این پژوهش تعداد ۲۴ نفر از مادرانی بودند که فرزندان آن‌ها دارای اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی تشخیص داده شده بودند که به طور مساوی در دو گروه آزمایشی و کنترل هم‌تاسازی شدند.

ابزارهای پژوهش شامل الکتروانسفالوگرافی کمی، شاخص تنیدگی فرزندپروری و فهرست بررسی تشخیص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی بود. برنامه آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی در یازده جلسه شصت دقیقه‌ای (هفته‌ای سه جلسه) در گروه آزمایشی اجرا شد. فرضیه این پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دادند که آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی بر تنیدگی فرزندپروری مادران گروه آزمایشی به طور معناداری مؤثر بوده و کاهش میزان تنیدگی فرزندپروری را به دنبال داشته است. این کاهش شامل خرده‌مقیاس‌های فزون‌طلبی، محدودیت نقش، افسردگی و انزوای اجتماعی می‌شد. این یافته‌ها بدین معناست که برنامه مداخله‌ای توانسته است تنیدگی فرزندپروری مادران دارای کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی را کاهش دهد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، تنیدگی فرزندپروری، مهارت‌های مقابله با تنیدگی مادران

#### مقدمه

یکی از اختلال‌هایی که می‌تواند با میزان شیوع ۴ تا ۶ درصد در سنین کودکی موجب بروز مشکلاتی شود، اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). بارکلی (۱۹۹۰ و ۱۹۹۷) اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی را مجموعه‌ای از نشانه‌های مرضی مانند: عدم توجه، اشکال در به تأخیر انداختن خواسته‌ها، بیش‌فعالی، تکانشگری و دامنه توجه کوتاه معرفی

کرده است. در برخی موارد، رشدنایافتگی هیجانی، پرخاشگری، انواع اختلال‌های سلوک<sup>۱</sup> و افت تحصیلی نیز با این اختلال همراه می‌شود. این اختلال، اثرات زیادی بر کودک و تعامل والدین-کودک به‌جا می‌گذارد. از جمله تأثیرات این اختلال بر خود کودک، اشکال در بازداری رفتاری<sup>۲</sup> (سمرود-کلیکمن، ستین‌گارد، فیلیپک و همکاران، ۲۰۰۰)، کارکرد اجرایی<sup>۳</sup> (هالاها، کافمن و پولن، ۲۰۰۹)، رفتارهای هدفمند مداوم<sup>۴</sup> (بارکلی، ۱۹۹۸)، مهارت‌های سازشی<sup>۵</sup> (بارکلی، ۲۰۰۰) و رفتارهای اجتماعی نامطلوب است که افراد غیرمتخصص برای توصیف آن از اصطلاحاتی، مانند کودکان شلوغ، پر جنب‌وجوش، بی‌نظم، حواس‌پرت و سربه‌هوا استفاده می‌کنند. از جمله تأثیرات این اختلال بر تعامل والدین-کودک، ایجاد تنیدگی<sup>۶</sup> در شیوه فرزندپروری است (بالدوین، براون و میلان، ۱۹۹۵؛ لانگ، شرین، کار و همکاران، ۲۰۰۵؛ موسی و سفیری، ۲۰۰۷؛ نئوفیتو و وبر، ۲۰۰۵؛ سمیعی کرانی، ۱۳۸۳؛ هاشمیان، ۱۳۸۵).

تنیدگی از جمله مشکلاتی است که بشر متمدن امروزی در همه عرصه‌های زندگی با آن دست به‌گریبان است. خدایاری‌فرد و پرند (۱۳۸۶) بر این باور هستند، هنگامی که الزامات مربوط به فعالیتی فراتر از توانایی‌های فردی و اجتماعی افراد است، پاسخ‌هایی ارائه می‌دهند که به آن تنیدگی گفته می‌شود. تنیدگی از لحاظ جسمانی، هیجانی، شناختی و رفتاری تأثیرات مخربی بر انسان از خود به‌جا می‌گذارد. از جمله اثرات رفتاری نامطلوب تنیدگی، ایجاد اختلال در کارکردهای اجتماعی است. از مظاهر کارکردهای اجتماعی می‌توان به تعاملات والد - فرزند اشاره کرد (اورت و اورت، ۱۹۹۹). خانواده از اعضای آن تشکیل شده و وجود کودکی که برقراری رابطه با او مشکل است کل نظام خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نظام خانواده هم تک‌تک اعضای خود را متأثر می‌کند. تحقیقات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که ارتباط تنگاتنگی بین ویژگی‌های والدین و خانواده با کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی وجود دارد (مک برنت و فیفینر، ۲۰۰۸).

برخی از تحقیقات، گزارش کرده‌اند که رفتارهای نامناسبی در روابط والد - فرزندی افراد با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی وجود دارد (مک‌برنت و فیفینر، ۲۰۰۸). کودکان مبتلا به این اختلال، در مقایسه با کودکان عادی، رفتارهای نامناسب بیشتری دارند و فرمان‌بری کمتری از خود بروز می‌دهند و والدین آن‌ها بیشتر منفی‌گرا هستند و کمتر در فعالیتهای اجتماعی شرکت می‌کنند (پیسترمن، فایرستون، مک‌گراث و همکاران، ۱۹۹۲؛ مک برنت و فیفینر، ۲۰۰۸).

پژوهشی که بارکلی (۲۰۰۰) به منظور بررسی تأثیر مهارت‌های فرزندپروری بر اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی انجام داد، بیانگر این است که اگرچه رفتارهای منفی و نامناسب مادر نسبت به فرزند مبتلا به این اختلال، نشانه‌ها و علائم اختلال را تشدید می‌کند، ولی صرفاً دلیل ایجاد آن نیست. گاهی اوقات تنیدگی موجود در یک خانواده هم سبب تشدید علائم این اختلال می‌شود (ترنبال، ترنبال، شانک و همکاران، ۲۰۰۲). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که این روابط نامناسب و

تنیدگی‌زای بین والدین و کودک بیش‌فعال به صورت یک دور باطل رخ می‌دهد (لیفور، هارلد و تپر، ۲۰۰۸).

در این میان نقش اصلی جلوگیری از بروز چنین شرایطی و همچنین برقراری مجدد تعادل در خانواده به عهده والدین به عنوان پایه‌های اصلی خانواده است. پس می‌توان از آموزش والدین برای برخورد مناسب با مشکلات کودک و مقابله با تنیدگی ناشی از آن به عنوان یکی از اجزای مهم رویکرد چند بعدی درمان کودک بیش‌فعال سود جست (مک کلیری و ریذلی، ۱۹۹۹). پاور، راسل، سافر و همکاران (۲۰۰۲) هم با مرور تحقیقات انجام شده در این زمینه به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش والدین کودکان بیش‌فعال در کاهش مشکلات رفتاری آن‌ها و تضادهای والد - فرزندی مؤثر است.

بررسی پیشینه موجود، نشان می‌دهد که تاکنون در ایران پژوهش‌های اندکی درباره تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی بر تنیدگی فرزندپروری مادران دارای فرزند با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی صورت گرفته و این حوزه تا حدی مورد غفلت واقع شده است. شایان ذکر است که اجرای این‌گونه تحقیقات از اهمیت خاصی برخوردار است و نتایج بدست آمده می‌تواند راهکارهای درست را به روان‌شناسان و مشاوران ارائه دهد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی بر تنیدگی فرزندپروری مادران دارای فرزندان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی طراحی شد. فرضیه این پژوهش این بود که برنامه مداخله‌گرانه آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی موجب کاهش تنیدگی فرزندپروری مادران دارای فرزند با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی می‌شود.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

به دلیل محدودیت پژوهشگر در انتخاب گروه نمونه، طرح این پژوهش شبه آزمایشی<sup>۷</sup>، از نوع طرح‌های گروه آزمایشی و کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری این تحقیق شامل مادران کودکانی بود که برای درمان اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی فرزندشان در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶ در شهر تهران به مرکز مشاوره آتیه مراجعه کرده بودند. با توجه به ماهیت و نوع تحقیق تعداد ۲۴ نفر (۱۲ نفر در گروه آزمایشی و ۱۲ نفر در گروه کنترل) انتخاب شدند و در نتیجه روش نمونه‌گیری به صورت نمونه در دسترس و انتصاب تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل به صورت گروه‌های همتا شده (بر اساس سن مادر و همچنین تعداد جلساتی که فرزندان آنان برای درمان به مرکز آورده شده بودند) انجام پذیرفت.

دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی از طریق الکتروانسفالوگرافی کمی<sup>۸</sup>، مصاحبه و پرسشنامه تشخیصی شناسایی شدند. در هر دو گروه، پیش‌آزمونی برای تعیین میزان تنیدگی فرزندپروری مادران اجرا و سپس گروه آزمایشی طی یازده جلسه آموزش داده شدند. پس از پایان آموزش، مجدداً شاخص تنیدگی فرزندپروری برای بررسی میزان تنیدگی فرزندپروری اجرا شد.

### ابزارهای پژوهش

**الکتروانسفالوگرافی کمی:** روش‌های مورد استفاده در بررسی عملکرد مغز ضمن داشتن هزینه بالا، دارای عوارض خطرناکی، مانند تزریق مواد رادیو اکتیو و قرار گرفتن در میدان مغناطیسی قوی می‌باشد. از این‌رو، روش الکتروانسفالوگرافی کمی که فعالیت الکتریکی مغز را ثبت می‌کند، ضمن مقرون به صرفه بودن، عوارض جانبی هم ندارد. در دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰، روش الکتروانسفالوگرافی پیشرفت‌های چشمگیری داشته و به عنوان روشی با روایی و اعتبار بالا مورد تأیید قرار گرفته است. شایان ذکر است که الکتروانسفالوگرافی کمی برخلاف الکتروانسفالوگرافی، برای بررسی کارکرد مغز و نه ساختار آن ایجاد شد. در این روش امواج حاصل از فعالیت قشر مخ بیمار با استفاده از الکترودهای متصل به پوست سر وارد کامپیوتر شده و به اعداد و نمودارها و تصاویر تبدیل می‌شوند (نصرت‌آبادی، ۱۳۸۶).

در زمینه بررسی روایی این ابزار، مونسترا، لوبار، لیندن و همکاران (۱۹۹۹) این ابزار را روی ۴۸۲ فرد بیش‌فعال اجرا کردند و نتایج نشان داد که این ابزار با حساسیت<sup>۹</sup> ۰/۸۶ و ویژگی<sup>۱۰</sup> ۰/۹۸ قادر به تشخیص افراد با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی است. چابت، مرکین، وود و همکاران (۱۹۹۶) با استفاده از این روش، نشان دادند که هشتاد درصد از ۴۰۷ فرد مبتلا به بیش‌فعالی، در الکتروانسفالوگرافی کمی، دارای ناهنجاری‌هایی نسبت به افراد عادی هستند. چابت، دیمی‌چلر، پریچپ و همکاران (۲۰۰۱)، ۳۳۴ کودک با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعال را با ۲۴۵ کودک با اختلال یادگیری مقایسه کردند که نتایج نشان داد الکتروانسفالوگرافی کمی با حساسیت<sup>۱۱</sup> ۰/۹۷ و ویژگی<sup>۱۲</sup> ۰/۸۴ این دو گروه را از هم تمیز می‌دهد.

در ایران، نصرت‌آبادی (۱۳۸۶) سودمندی بالینی و دقت تشخیص الکتروانسفالوگرافی کمی در تشخیص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی را مورد بررسی قرار داده است. نتایج این پژوهش نشان داد که این ابزار با حساسیت<sup>۱۳</sup> ۰/۸۶ و ویژگی<sup>۱۴</sup> ۰/۸۰ قادر به تشخیص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی است که بیانگر دقت تشخیص قابل قبول و اعتبار بالای این ابزار می‌باشد.

**شاخص تنیدگی فرزندپروری:** این شاخص توسط آبی‌دین (۱۹۹۰) ساخته شده و بر اساس آن می‌توان میزان تنیدگی در روابط والدین و کودک را ارزشیابی کرد. این ابزار بر این اصل متکی است که تنیدگی والدین می‌تواند، از پاره‌ای ویژگی‌های کودک، برخی ویژگی‌های والدین و یا موقعیت‌های

متنوعی که با ایفای نقش والدین به طور مستقیم در رابطه هستند، ناشی شود. شاخص تنیدگی فرزندپروری شامل ۱۲۰ سؤال است که توسط والدین به روش خودگزارشی تکمیل می‌شود. سؤال‌های این شاخص در دو قلمرو اصلی و سیزده خرده مقیاس قرار دارند که عبارتند از: قلمرو کودکی با ۴۷ ماده (سازش‌پذیری شامل ۱۱ ماده، پذیرندگی شامل ۷ ماده، فزون‌طلبی شامل ۹ ماده، خلق شامل ۵ ماده، بی‌توجهی و فزون‌کنشی شامل ۹ ماده و تقویت‌گری شامل ۶ ماده) و قلمرو والدین با ۵۴ ماده (افسردگی با ۹ ماده، دلبستگی با ۷ ماده، محدودیت نقش با ۷ ماده، حس صلاحیت با ۱۳ ماده، انزوای اجتماعی با ۶ ماده، روابط با همسر با ۷ ماده، و سلامت والدین با ۵ ماده) و مقیاس تنیدگی زندگی با ۱۹ ماده که شاخص‌هایی در رابطه با تنیدگی‌های فراتر از چارچوب ارتباطی والد - کودک را اندازه‌گیری می‌کند (استورا، ۱۳۷۷).

ضریب اعتبار این ابزار، از طریق آلفای کرونباخ در یک گروه ۲۴۸ نفری از مادران هنگ‌کنگی محاسبه شد و عدد ۰/۹۳ بدست آمد. این ضریب در قلمرو کودک ۰/۸۵ و در قلمرو والدین ۰/۹۳ بوده است. روایی تفکیکی ابزار، ۰/۹۳ و دامنه ضریب روایی همزمان ابزار با پنج ابزار دیگر تنیدگی ۰/۳۸ تا ۰/۶۶ بوده است. ضریب اعتبار همسانی درونی ابزار توسط سازنده آن در یک گروه از مادران آمریکایی، برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای قلمروهای آن به ترتیب ۰/۸۶ (قلمرو کودک) و ۰/۸۳ (قلمرو والدین) بدست آمد (نقل از دادستان، احمدی و حسن‌آبادی، ۱۳۸۵). مقدار این ضریب در پژوهش دادستان و همکاران (۱۳۸۵)، ۰/۸۸ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن با فاصله زمانی ۱۰ روز، ۰/۹۴ بود. در پژوهش حاضر اعتبار کل آزمون از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ برآورد شد. اعتبار کل ابزار از طریق روش بازآزمایی ۰/۸۲ بدست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود.

**فهرست بررسی تشخیص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی:** فهرست بررسی هجده سؤالی توسط محقق بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تهیه شد که هر سه ویژگی بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری را می‌سنجید. این فهرست بررسی به روش لیکرت (پنج درجه‌ای) نمره‌گذاری شد، به این صورت که به گزینه خیلی زیاد نمره ۵ و به گزینه زیاد نمره ۴، به گزینه تا حدی نمره ۳، به گزینه کم نمره ۲ و به گزینه خیلی کم نمره ۱ تعلق می‌گرفت. به این ترتیب حداکثر نمره در این ابزار ۹۰ و حداقل نمره آن ۱۸ بود. طبق ملاک‌های موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، زمانی کودک به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی مبتلا است که حداقل ۶ ملاک از ۹ ملاک تعریف شده برای کاستی توجه و حداقل ۶ ملاک از ۹ ملاک تعریف شده برای بیش‌فعالی و تکانش‌گری را برای مدت حداقل ۶ ماه داشته باشد. پس اگر کودک برای ۶ ملاک بیش‌فعالی حداقل نمره ۲۴ و برای ۶ ملاک بی‌توجهی حداقل نمره ۲۴ را بگیرد یعنی زمانی که کودک نمره بالای ۴۸ بگیرد می‌توان

گفت که کودک مورد نظر به این اختلال مبتلا است. روایی صوری این فهرست بررسی و توسط پنج نفر از متخصصان روان‌شناسی تأیید شد و اعتبار آن با آلفای کرونباخ  $0/87$  بدست آمد که نشان دهنده اعتبار قابل قبول این ابزار است.

### شیوه اجرا

سینگر، اتریچ و آلدانا (۲۰۰۷)، با انجام فراتحلیل در زمینه آموزش مدیریت تنیدگی به والدین کودکان دارای اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، هفده پژوهش را در چهار دسته آموزش رفتاری والدین، آموزش‌های چند بعدی، آموزش شناختی - رفتاری و مداخله در نظام خانواده تقسیم‌بندی کردند. در پژوهش حاضر برنامه مداخله‌ای با استفاده از برنامه مداخله‌ای سینگر و همکاران (۲۰۰۷)، برنامه‌های آموزش والدین دارای کودک با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی (بارکلی، ۱۹۹۸؛ ولز، ایپشتاین، هین‌شاو و همکاران، ۲۰۰۰) و چند پژوهش مداخله‌گرانه کنترل تنیدگی والدین دارای کودک با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی (تریسی، تریپ و برد، ۲۰۰۵؛ دانفورت، هاروی، اولازک و همکاران، ۲۰۰۵؛ وینبرگ، ۱۹۹۹) و همچنین با بهره‌گیری از مصاحبه‌های بالینی با ۳۰ نفر از مادران دارای کودک با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی به شرح زیر تهیه شد. شایان ذکر است که برنامه آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی (برنامه مداخله‌ای) در یازده جلسه شصت دقیقه‌ای (هفته‌ای سه جلسه) در گروه آزمایشی در محل مرکز مشاوره آتیه به شرح زیر اجرا شد:

**جلسه اول:** معارفه و آشنایی با اعضای گروه، بیان مقررات گروه، آشنایی با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، تعریف، انواع، علل و آثار این اختلال بر خانواده؛

**جلسه دوم:** آشنایی با تنیدگی، تعریف، ماهیت، علل، ویژگی‌ها و روش‌های مقابله با تنیدگی؛

**جلسه سوم:** اهمیت برقراری رابطه انسانی با فرزندان، آشنایی با رفتار درمانی، روش‌های اصلاح رفتار، روش‌های تقویت مثبت و منفی؛

**جلسه چهارم:** ادامه آشنایی با روش‌های اصلاح رفتار، روش اقتصاد ژتونی و محرومیت‌سازی؛

**جلسه پنجم:** ادامه آشنایی با روش‌های اصلاح رفتار، روش شکل‌دهی رفتار و زنجیره‌سازی رفتار؛

**جلسه ششم:** آشنایی با روش‌های حل مسئله و دادن تکلیف‌های مربوط؛

**جلسه هفتم:** آشنایی با فنون مدیریت زمان در خانواده؛

**جلسه هشتم:** آشنایی با روش تنش‌زدایی به صورت کلامی و عملی؛

**جلسه نهم:** روش‌های برقراری رابطه انسانی با فرزندان؛

**جلسه دهم:** روش‌های تدریس و یادگیری به کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی و

**جلسه یازدهم:** مروری بر مطالب گذشته، ارزیابی دوره آموزشی و خود ارزیابی.

پس از تدوین برنامه مداخله‌ای، گام اول در اجرای این پژوهش، دعوت از کلیه مادرانی بود که از تاریخ ۱۳۸۷/۱/۲۰ تا تاریخ ۱۳۸۷/۱/۲۷ برای درمان بیش‌فعالی فرزند خود، به مرکز مورد مطالعه مراجعه کرده بودند. در گام دوم به مادرانی که ثبت‌نام کرده بودند، فهرست بررسی تشخیص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی داده شد تا تکمیل نمایند و اگر نمره مورد نظر برای اختلال در فرزندشان (نمره ۴۸ و به بالا)، کسب می‌شد تاریخ و ساعت شروع کارگاه آموزشی به اطلاع آن‌ها می‌رسید. در گام سوم آموزش گروه آزمایشی در یازده جلسه شصت دقیقه‌ای روزهای زوج (هفته‌ای سه جلسه) آغاز شد. لازم به ذکر است که برنامه حضور مادران در هر گروه به نحوی بود که هیچ یک از اعضای گروه کنترل و آزمایشی با یکدیگر تماس نداشته باشند. روند ارائه مطالب در هر جلسه به این صورت بود که ابتدا مطالب جلسه قبل مرور، سپس مطالب آموزشی همان جلسه ارائه می‌شد و در پایان مروری از مطالب جدید انجام می‌شد و سیدی‌ها و تکالیف آموزشی مربوط ارائه می‌گردید. پس از پایان دوره نیز پس‌آزمون تعیین میزان تنیدگی در هر دو گروه اجرا شد. در گام چهارم آموزش گروه کنترل (به منظور پیشگیری از به‌وجود آمدن ملاحظات اخلاقی) بلافاصله پس از گروه آزمایشی شروع شد و تمامی مطالب آموزشی، سیدی‌ها و تکالیف آموزشی که به گروه آزمایشی ارائه شده بود، به گروه کنترل هم داده شد.

**تحلیل آماری داده‌ها**

در پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس عاملی با یک متغیر مستقل عضویت گروهی (گروه آزمایشی و کنترل) و متغیر کمکی پیش‌آزمون و متغیر وابسته پس‌آزمون استفاده شده است. برای بررسی پیش‌فرض رابطه خطی بین متغیر وابسته با متغیر کمکی از نمودار پراکنش و برای بررسی همسانی ضرایب رگرسیونی در گروه‌ها از تحلیل رگرسیون با یک متغیر مستقل کدگذاری شده به واسطه کدگذاری تصنعی استفاده گردید. بر اساس نتایج مشاهده شده هر دو مفروضه تأیید شده و در مرحله بعد، تحلیل کوواریانس برای مقایسه اثر متغیر مستقل عضویت گروهی روی متغیرهای وابسته تنیدگی فرزندپروری در قلمرو کودک و والدین بررسی و اجرا شد (سرمد، ۱۳۸۴).

**یافته‌ها**

همان‌طور که قبلاً نیز به آن اشاره شد، گروه‌های آزمایشی و کنترل از نظر متغیرهای سن مادر و تعداد جلساتی که کودکان تا زمان اجرای پژوهش به مرکز آورده شده‌اند، همتا شدند. به منظور قطعیت نتایج این هم‌تاسازی آزمون تی مستقل، بین دو گروه اجرا شد که نتایج آن در جدول شماره ۱ گزارش شده است.



جدول ۱: مقایسه گروه‌های آزمایشی و کنترل از نظر متغیرهای سن مادر و تعداد جلسات

رجوع کودکان به مرکز تا زمان اجرای پژوهش

متغیر	آزمون لوین		تفاوت میانگین‌ها	t	درجه آزادی	سطح معناداری
	F	سطح معناداری				
سن مادر	۰/۴۹	۰/۸۲	-۰/۳۱	-۰/۴۰	۲۲	۰/۶۹
تعداد جلسات	۰/۱۳	۰/۷۱	-۰/۶۱	-۰/۳۱	۲۲	۰/۷۵

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایشی و کنترل از نظر متغیرهای سن مادر و تعداد جلسات که کودکان تا زمان اجرای پژوهش به مرکز آورده شده‌اند، تفاوت معناداری با هم ندارند.

جدول ۲: میانگین نمرات آزمودنی‌ها در شاخص تنیدگی فرزندپروری

گروه	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	میانگین اصلاح شده
گروه آزمایشی	۱۴۸ / ۲۵	۱۳۵ / ۰۸	۱۳۶ / ۳۹
	۱۵۷ / ۹۱	۱۲۸ / ۸۳	۱۳۳ / ۹۶
گروه کنترل	۱۵۱ / ۲۵	۱۵۴ / ۴۱	۱۵۳ / ۱۰
	۱۷۴ / ۸۳	۱۶۹ / ۲۵	۱۶۴ / ۱۲

برای بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت بررسی تفاوت بین مادران گروه آزمایش و کنترل از نظر میزان تنیدگی فرزندپروری در خرده‌مقیاس‌های قلمرو کودک و قلمرو والدین استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس تأیید شد ( $F(۸۷۱۲۰,۳)=۰/۵۶, p>۰/۰۵$ ). نتایج بررسی اثرات پیش‌آزمون روی پس‌آزمون تنیدگی فرزندپروری در قلمرو کودک ( $F(۲,۱۹)=۴۴/۵۸, p<۰/۰۱$ )، اثرات پیش‌آزمون روی پس‌آزمون تنیدگی فرزندپروری در قلمرو والدین ( $F(۲,۱۹)=۸/۸۱, p<۰/۰۱$ ) و متغیر گروه (آزمایشی و کنترل) روی ترکیب خطی خرده‌مقیاس‌های تنیدگی فرزندپروری در قلمرو کودک و والدین ( $p<۰/۰۱, ۷/۴۸$ ) با استفاده از آزمون هاتلینگ حاکی از وجود اثر معنادار این متغیرها بود. بررسی اثر گروه در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل هم‌پراش روی پس‌آزمون، حاکی از آن بود که میزان تنیدگی مادران گروه آزمایشی ( $M=۱۳۶/۳۹$ ) در خرده‌مقیاس قلمرو کودک کمتر از مادران گروه کنترل ( $M=۱۵۳/۱۰$ ) است ( $F(۲,۰۱)=۱۴/۴۲, p<۰/۰۰۱$ ). هم‌چنین میزان تنیدگی مادران گروه آزمایشی ( $M=۱۳۳/۹۶$ ) در خرده‌مقیاس قلمرو والدین کمتر از مادران گروه

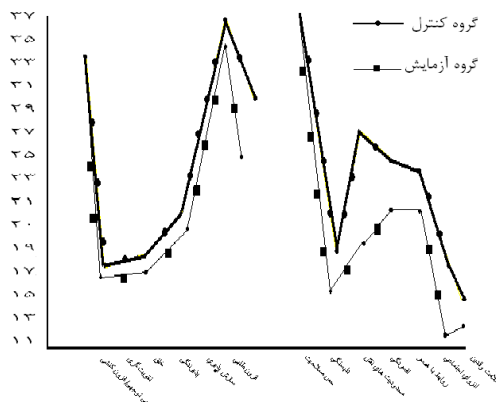
کنترل ( $M=164/12$ ) است ( $p < 0/01$ )،  $F(20,1)=11/67$ ، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی باعث تغییر در گروه‌ها شده است.

جدول ۳: خلاصه محاسبات تحلیل کواریانس مربوط به شاخص تنیدگی فرزندپروری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
پیش آزمون	کودک	۱	۵۹/۲۱	۰/۰۱
	والدین	۱	۱۰/۱۶	۰/۰۱
گروه‌های کنترل و آزمایش	کودک	۱	۱۴/۴۲	۰/۰۱
	والدین	۱	۱۱/۶۷	۰/۰۱

برای بررسی میزان تأثیر برنامه آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی در هر یک از خرده‌مقیاس‌های شاخص تنیدگی فرزندپروری با استفاده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

نمودار ۱: مقایسه میانگین‌های تعدیل شده بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون در پس‌آزمون در هر یک از خرده‌مقیاس‌های شاخص تنیدگی فرزندپروری در قلمرو کودک و والدین برای گروه‌های آزمایشی و کنترل



نتایج تحلیل کواریانس حاکی از آن بود که میزان تنیدگی فرزندپروری مادران گروه آزمایشی بعد از شرکت در دوره آموزشی مهارت‌های مقابله با تنیدگی نسبت به مادران گروه کنترل کاهش معناداری به لحاظ آماری در خرده‌مقیاس‌های فزون‌طلبی ( $F(1,9)=26/45, p < 0/01$ )، محدودیت نقش ( $F(1,9)=7/79, p < 0/05$ )، افسردگی ( $F(1,9)=13/47, p < 0/01$ ) و انزوای اجتماعی ( $p < 0/05$ )،

نشان داد ( $F(1,9)=9/74$ ) نشان داد (نگاه کنید به جدول ۴ و نمودار ۱). در حالی که مقایسه میزان تنیدگی فرزندپروری مادران در دو گروه آزمایشی و کنترل، در دیگر خرده‌مقیاس‌ها (نه خرده‌مقیاس)، تفاوت معناداری را نشان نداد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه گروه آزمایشی و کنترل در خرده‌آزمون‌های شاخص تنیدگی فرزندپروری

منبع تغییرات	قلمرو	خرده‌مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
برنامه آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی	قلمرو کودک	بی‌توجهی / فزون‌کنشی	۲/۶۵	۱-۹	۰/۲۵	۰/۶۲
		تقویت‌گری	۱/۰۶	۱-۹	۰/۳۵	۰/۵۶
		خلق	۷/۷۱	۱-۹	۲/۸۳	۰/۱۲
		پذیرندگی	۱۲/۰۳	۱-۹	۱/۲۵	۰/۲۹
		سازش‌پذیری	۴۳/۸۹	۱-۹	۲/۰۷	۰/۱۸
	قلمرو والدین	فزون‌طلبی	۴۱۳/۲۸	۱-۹	۲۶/۴۵	۰/۰۰۱
		حس‌صلاحیت	۱۲/۵۸	۱-۹	۰/۵۴	۰/۴۷
		دلبستگی	۱۰/۷۳	۱-۹	۱/۳۴	۰/۲۷
		محدودیت نقش	۱۹۸/۴۷	۱-۹	۷/۷۹	۰/۰۲
		افسردگی	۵۰/۶۲	۱-۹	۱۳/۴۷	۰/۰۰۵
		روابط با همسر	۳۴/۳۳	۱-۹	۳/۲۰	۰/۱۱
		انزوای اجتماعی	۱۸۹/۸۱	۱-۹	۹/۷۴	۰/۰۱
		سلامت والدین	۵/۱۵	۱-۹	۱/۰۰	۰/۳۴

#### بحث

در درمان اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی کودکان و نوجوانان از روش‌های مختلفی استفاده شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به دارودرمانی و رفتاردرمانی (مؤسسه ملی بهداشت روان، ۲۰۰۸)، درمان شناختی - رفتاری (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵) و آموزش والدین (مک برنت و فیفتر، ۲۰۰۸) اشاره کرد.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی بر میزان تنیدگی فرزندپروری مادران دارای کودک با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل‌های آماری نشان‌دهنده این مطلب است که برنامه آموزشی حاضر توانسته به طور معناداری تنیدگی فرزندپروری مادران دارای کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی را کاهش دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های دانفورت و همکاران (۲۰۰۶)، تریسی، تریپ و برد (۲۰۰۵)، وینبرگ (۱۹۹۹) و پیسترمن و همکاران (۱۹۹۲)، در زمینه آموزش مدیریت تنیدگی به والدین کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی همخوانی دارد.

نتایج تحلیل‌ها نشان داد که در قلمرو کودک فقط نمره خرده‌مقیاس فزون‌طلبی و در قلمرو والدین نمره‌های خرده‌مقیاس‌های محدودیت نقش، افسردگی و انزوای اجتماعی به‌طور معناداری کاهش یافته است. دلایل احتمالی بالا بودن نمره‌ها در خرده‌مقیاس فزون‌طلبی در پیش‌آزمون نشان‌دهنده آن است که والدین خواسته‌های کودک را افراطی می‌دانند. این خواسته‌ها ممکن است به گونه‌های متفاوت مانند «نق زدن»، «آویختن جسمانی به والدین» و «کمک‌طلبی مکرر» آشکار شوند (راس، ۱۹۸۹؛ به‌نقل از استورا، ۱۳۷۷). به‌طور معمول والد نارضایتی خود را در شاخص تنیدگی فرزندپروری به این صورت بیان می‌کند که: «فرزندم دائم به من آویزان است». با توجه به این‌که رویکرد برنامه مداخله‌ای مورد استفاده مرکب از مدیریت تنیدگی، آموزش والدین و تغییر رفتار بود و سه جلسه از کل جلسات به آموزش مدیریت رفتار اختصاص داده شد، می‌توان گفت که کاهش تنیدگی در این خرده‌مقیاس، ناشی از آن است که مادران با روش‌های متنوعی برای مدیریت رفتار، ایجاد نظم و انضباط در فرزندانشان آشنا شده‌اند. تبیین احتمالی دیگر این است که تغییر نمره‌ها در این خرده‌مقیاس می‌تواند ناشی از آشنایی والدین با ماهیت اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی و همچنین آشنایی آن‌ها با اصول برقراری رابطه با فرزندان‌شان باشد که باعث شده شیوه برخورد آنان نسبت به فرزندشان تغییر کند و رفتارهای او را بهتر درک کنند و با او بهتر ارتباط برقرار نمایند. این یافته با پژوهش‌های سینگر و همکاران (۲۰۰۷) منطبق است.

برنامه مداخله‌ای پژوهش حاضر، تنیدگی فرزندپروری را در خرده‌مقیاس محدودیت نقش به‌طور معناداری کاهش داد. نمره‌های بالا در این خرده‌مقیاس در پیش‌آزمون نشان‌دهنده این مطلب است که نقش والد به عنوان نقشی تلقی می‌شود که به محدود شدن آزادی و ایجاد موانع در دستیابی به هویت شخصی و آزادی عمل می‌انجامد (ماتیوس، ۱۹۸۹؛ به نقل از استورا، ۱۳۷۷). والد در شاخص تنیدگی فرزندپروری به‌طور معمول بیان می‌کند که احساس می‌کنم مسئولیت‌هایم به عنوان یک والد مرا در دام خود اسیر کرده است. درمانگری این والدین به علت وجود چرخه خشم-گناهکاری با مشکل روبه‌رو است، زیرا هر تلاشی برای تغییر موقعیت باعث تحریک احساس گناهکاری آن‌ها می‌شود (استورا، ۱۳۷۷). در این شرایط اولین وظیفه درمانگر کمک به والدین در پذیرفتن واقعیت است. مادران شرکت‌کننده در این پژوهش کاهش معناداری را در خرده‌مقیاس محدودیت نقش نشان دادند که با توجه به مطالب گفته شده می‌تواند به‌طور اخص ناشی از آگاهی‌های کسب شده در جلسه اول باشد. علت این امر آن است که در برنامه مداخله‌ای، روش‌هایی به مادران آموزش داده شد که بهتر بتوانند با نقش‌های فرزندپروری خود کنار بیایند.

تحلیل نتایج به دست آمده نشان داد که برنامه مداخله‌ای توانسته میزان افسردگی را در مادران کاهش دهد. به طور کلی آنچه بر اساس نمره‌های بالا در خرده‌مقیاس افسردگی در پیش‌آزمون مشخص شد این است که والدین در بسیج نیروهای روانی و جسمانی خود برای بر عهده گرفتن مسئولیت‌های فرزند پروری با مشکل روبه‌رو هستند و نمی‌توانند با قاطعیت و اقتدار وظایف خود را انجام دهند (استورا، ۱۳۷۷). کاهش نمره‌ها در خرده‌مقیاس افسردگی می‌تواند ناشی از تأثیر کل برنامه و همچنین حضور مادران در جلسه‌های کارگاه آموزشی و برقراری ارتباط با سایر مادران باشد. از جمله علل دیگر آن باشد که محتویات برنامه آموزشی توانسته باعث افزایش احساس کارآمدی والدین شوند. این یافته با پژوهش مک‌کلیری و ریدلی (۱۹۹۹) در زمینه تأثیر آموزش والدین بر اعتماد به نفس و احساس کارآمدی والدین دارای کودک بیش‌فعال همخوانی دارد.

برنامه آموزشی حاضر توانست میزان انزوای اجتماعی شرکت‌کنندگان را نیز کاهش دهد. از جمله گزارش‌های این مادران در شاخص تنیدگی فرزندپروری بیانگر این است که توجه من نسبت به دیگران مانند گذشته نیست. با توجه به این‌که شرکت در کارگاه آموزشی و ارتباط با سایر اعضای کارگاه از مصادیق ارتباطات و حمایت‌های اجتماعی و گروه‌های حمایتی می‌باشد (رایکس و تامپسون، ۲۰۰۵؛ مؤسسه ملی بهداشت روان، ۲۰۰۸)، می‌توان گفت مادرانی که در جلسه‌های کارگاه آموزشی شرکت کرده بودند، به دلیل دریافت حمایت‌های اجتماعی، انزوای اجتماعی کمتری را گزارش نموده بودند.

#### یادداشت‌ها

1. Conduct Disorder
2. Behavioral Inhibition
3. Executive Function
4. Persistent Goal Directed Behavior
5. Adaptive Skills
6. Stress
7. Quasi-experimental
8. Quantitative Electroencephalography(QEEG)
9. Sensitivity
10. Specificity

#### منابع

استورا، ج. (۱۳۷۷). تنیدگی: بیماری جدید تمدن (ترجمه پ. دادستان). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۱).

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۶). متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (چاپ سوم، ترجمه م. ر. نیکخو و ه. آوادیسینس). تهران: انتشارات سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۰)
- خدایاری فرد، م. و پرند، ا. (۱۳۸۶). تنیدگی و روش‌های مقابله با آن. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- دادستان، پ.، احمدی ازغندی، ع. و حسن آبادی، ح. ر. (۱۳۸۵). تنیدگی والدینی و سلامت عمومی: پژوهشی درباره رابطه تنیدگی حاصل از والد گری با سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار دارای کودکان خردسال. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۲ (۷)، ۲۰-۳۰.
- سرمد، ز. (۱۳۸۴). آمار استنباطی: گزیده‌ای از تحلیل‌های آماری تک متغیره تهران: سمت.
- سمیعی کرانی، ص. (۱۳۸۳). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان دبستانی مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی با والدین کودکان عادی شهرستان فارس با ملاحظه وضعیت اجتماعی-اقتصادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- محمد اسماعیل، ا. (۱۳۸۵). درسنامه درمان شناختی-رفتاری کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/نارسایی توجه. تهران: نشر دانژه.
- نصرت آبادی، م. (۱۳۸۶). کاربرد تحلیل امواج کمی مغز (QEEG) در تشخیص و نوروفیدبک در درمان ADHD. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- هاشمیان، م. (۱۳۸۵). مقایسه افسردگی، تنیدگی و رضایت زناشویی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی و مادران کودکان بدون اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 19*, 298-301.
- Baldwin, K., Brown, R. T., & Milan, M. A. (1995). Predictors of stress in caregivers of attention deficit hyperactivity disorder children. *The American Journal of Family Therapy, 23*, 2, 149-160.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121*, 65-94.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2000). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. New York: Guilford Press.
- Chabot, R. J., Merkin, H., Wood, L. M., Davenport, T. L., & Serfontein, G. (1996). Sensitivity and specificity of QEEG in children with attention deficit or specific developmental learning disorders. *Clinical Electroencephalograph, 27*(1), 26-34.
- Chabot, R. J., Dimichelr, F., Prichep, L., & John, E. R. (2001). The clinical role of computerized EEG in evaluation and treatment of learning and attention disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Neuropsychiatry, 13*, 171-186.
- Danforth, J. S., Harvey, E., Ulaszek, W. R., & McKee, T. E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention deficit/hyperactivity

- disorder and defiantly aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 188-205.
- Everett, C. A., & Everett, S. V. (1999). *Family therapy for ADHD*. New York: Guilford Press.
- Hallahan, D. P., Kuffman, J. M., & Pullen, P. C. (2009). *Exceptional learners: An introduction to special education* (11<sup>th</sup> ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshal, D., Mulligan, A., Lawlor, M., Belton, M., & Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76-96.
- Liffore, K. J., Harold, T. G., & Thapar, A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 285-296.
- McBurnett, K., & Pfiffner, L. (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder: Concepts, controversies, new directions*. New York: Informa Health Care.
- McCleary, L., & Ridley, T. (1999). Parenting adolescents with ADHD: Evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling*, 38, 3-10.
- Monastra, V. J., Lubar, J. F., Linden, M., Vandeusen, P., Green, G., & Wing, W. (1999). Assessing attention deficit hyperactivity disorder via quantitative electroencephalography: An initial validation study. *Neuropsychology*, 13(3), 424-433.
- Musa, R. B., & Shafiree, Z. (2007). Depressive, anxiety and stress levels among mothers of ADHD children and their relationships to ADHD symptoms. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 8(1), 20-28.
- National Institute of Mental Health, US Department of Health and Human Services (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder* [On-line]. Available: <http://www.nimh.nih.gov>.
- Neophytou, K., & Webber, R. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder: The family and social context. *Australian Social Work*, 58(3), 313-325.
- Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J. T., Webster, I., Mallory, R., & Goffin, B. (1992). The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 24(1), 41-58.
- Power, T. J., Russell, H. F., Soffer, S. L., Blom-Hoffman, J., & Grim, S. M. (2002). Role of parent training in the effective management of attention deficit hyperactivity disorder. *Dismanage Health Outcomes*, 10(2), 117-126.
- Raikes, H. A., & Thompson, R. S. (2005). Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 177-190.
- Semrud-Clikeman, Steingard, R. J., Filipek, P., Biederman, J., Bekken, K., & Mrenshaw, P. F. (2000). Using MRI to examine brain-behavior relationships in male with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 39, 477-484.
- Singer, G. H. S., Ethridge, B. L., & Aldana, S. I. (2007). Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Journal of Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 357-369.

- Treacy, L., Tripp, G., & Baird, A. (2005). Parent stress management training for attention deficit hyperactivity disorder. *Behavior Therapy, 36*, 223-233.
- Turnball, R., Turnball, A., Shank, M., Smith, S., & Leal, D. (2002). *Exceptional lives: Special education in today's schools* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Merrill Prentice hall.
- Weinberg, H. A. (1999). Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: Parental and child outcome. *Journal of Clinical Psychology, 55*(7), 907-913.
- Wells, K. C., Epstein, J. N., Hinshaw, S. P., Conners, C. K., Klaric, J., Abikoffh, B., Abramowitz, A., Arnold, L. E., Elliot, G., Greenhill, L. L., Hetchman, L., Hoza, B., Jensen, P. S., March, J. S., Pelham, W., Pfiffner, L., Severe, J., Swanson, J. M., Vitiello, B., & Wigal, T. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): An empirical analysis in the MTA study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*(6), 543-553.

Archive of SID