

## تأثیر آموزش «شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار» بر میزان افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه

نویسندگان: ماندانا عبدالکریمی<sup>۱\*</sup>، دکتر سید ولی‌اله موسوی<sup>۲</sup>،  
دکتر مریم کوشا<sup>۳</sup> و دکتر مهناز خسرو جاوید<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه گیلان

۲. استادیار دانشگاه گیلان

۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

\* E-mail: [abdolkarimimandana@yahoo.com](mailto:abdolkarimimandana@yahoo.com)

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین تأثیر آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار بر میزان افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه است. روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است. برای انجام این مطالعه تعداد ۲۰ نفر از مادران مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی مشاوره و درمان کودکان و نوجوانان گیل (مستقر در شهر رشت) که دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه (در سنین ۶ تا ۱۲ سالگی بودند) از طریق انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شده، در مطالعه شرکت داده‌شدند. مادران هر دو گروه که از نظر برخی عوامل جمعیت‌شناختی همگن شده بودند، پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و اضطراب کتل را پیش از شروع جلسات و دو هفته بعد از پایان جلسه نهم تکمیل کردند. داده‌های پژوهش، پس از استخراج با استفاده از نرم‌افزار SPSS و از طریق روش آماری تحلیل واریانس (طرح اندازه‌گیری‌های مکرر) تحلیل شد. نتایج از کاهش قابل توجه در میزان افسردگی ( $F=7/83$  و  $\alpha=0/008$ ) و میزان اضطراب ( $F=17/90$  و  $\alpha=0/000$ ) در گروه آزمایش (نسبت به گروه شاهد) حکایت داشت ( $p \leq 0/01$ ) و نشان داد که کاربرد آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار می‌تواند در ارتقای سلامت خانواده و کاهش میزان افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه مؤثر باشد.

**کلید واژه‌ها:** مادران، اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار، افسردگی، اضطراب

## مقدمه

در بحث سلامت روان، رابطه مادر و کودک، اهمیتی ویژه دارد، زیرا این ارتباط چنان نزدیک و درهم‌تنیده است که هرگونه تغییر در یکی بر دیگری نیز اثر می‌گذارد؛ براین اساس، اختلال‌های روان‌شناختی مادر بر رابطه او با فرزندش اثر می‌گذارد و تغییر رفتار کودک، مادر را متأثر می‌کند؛ همچنین خصوصیات کودک با ویژگی‌ها و نحوه فرزندپروری والدین در تعامل متقابل است. وجود فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه در خانواده (با توجه به مشکلات رفتاری خاص این کودکان) برای مادران که بیشتر از سایر افراد با کودکان سروکار دارند، منبع تنیدگی است و بر سلامت روانی و سازگاری آنها نیز تأثیر می‌گذارد.

فیشسر<sup>۱</sup> در پژوهشی ادعا کرد که در تعامل‌های والد- کودک، تأثیر منفی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه بر والدین بیشتر است تا تأثیر والدین بر آنها؛ زیرا اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه اغلب همراه با پرخاشگری، قانون شکنی، نافرمانی و تضادورزی است و می‌تواند منعکس‌کننده شکست والدین در به‌کارگیری یک سبک فرزندپروری مناسب به‌منظور مهار رفتار فرزندانشان باشد؛ در نتیجه، والدگری<sup>۲</sup> برای هر دو والد همراه با تنیدگی<sup>۳</sup> است اما مادران بیش از پدران این تنیدگی را تجربه می‌کنند. در کشور ما، مادران نقش مراقبت‌گری در مقابل نیازهای جسمانی، عاطفی و اجتماعی کودکان را به‌دوش می‌کشند و پدران، کمتر با کودکان درگیر می‌شوند (۱). مادران ساعت‌های بیشتری را با فرزند خود سپری می‌کنند درحالی‌که پدران، مدت بیشتری را در خارج از خانه به‌سرمی‌برند؛ این توجه و نظارت، خود می‌تواند یک منبع تنیدگی در والدین به‌ویژه مادران محسوب شود (۲).

سلامت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است. والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه به دلیل اینکه با چالش‌های والدگری بیشتری روبرو هستند، فشار روانی بیشتری را

تحمل می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این والدین بیش از والدین کودکان سالم به «اختلال‌های خلقی و اضطرابی، احساس عدم کفایت در فرزندپروری و عدم رضایت از نقش والدینی خود»، دچار می‌شوند (۳). پژوهش‌های گسترده‌تر در قلمرو کنش‌های خانواده نشان داده‌اند که در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، تنیدگی والدینی، احساس بی‌کفایتی در والدگری، میزان مصرف الکل، محدودیت روابط، تعارض زناشویی، جدایی، طلاق، خشم، افسردگی و انزوا بیشتر است (۴ و ۵)؛ همچنین نتایج پژوهش‌های دیگر (۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۴ و ۵) نیز نشان داده‌اند که سلامت روانی والدین این کودکان به مراتب، کمتر از والدین کودکان بهنجار است.

بنا به یافته‌های حیرانی، بهمدانی و علاقه‌بندراد (۱۱)، شایع‌ترین اختلال‌های روانی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه به‌ترتیب شامل اختلال افسردگی (۵۱/۷ درصد)، اختلال‌های اضطرابی (۴۱/۷ درصد) و اختلال وسواسی اجباری (۲۵ درصد) است.

احساس افسردگی و فقدان شایستگی که مبین احساس بی‌لیاقتی و ناتوانی در انجام وظایف والدینی است، بیشترین تأثیر را بر تنیدگی والدین دارد (۱۲). اگر والدین، احساس بی‌لیاقتی داشته باشند، ناتوان شده، به استرس شدید و کاهش اعتمادبه‌نفس دچار می‌شوند و به‌تدریج به افسردگی و سایر مشکلات روانی مبتلا می‌شوند و این فشار روانی، توانایی آنها را برای تربیت مؤثر کودکان تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ همچنین، احساس ناکارآمدی والدین در حل مسائل، به سبک والدگری بی‌ثبات و غیرمقتدر در آنها منجر می‌شود که براساس شواهد متعدد، این عوامل به پیامدهای ضعیف درخصوص کودکان نیز می‌انجامد (۱۳)؛ ازسوی دیگر، عدم حمایت شوهر در تربیت کودک نیز به استرس مادر دامن می‌زند (۱۲).

با در نظر گرفتن شواهد بالا، اقدام‌های مداخله‌گرایانه حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی به منظور ارتقای بهداشت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه به‌ویژه مادران بیش‌ازپیش ضرورت می‌یابد؛ در این راستا برنامه درمانی آموزش والدین به عنوان یکی از رایج‌ترین و مؤثرترین شیوه‌های درمانگری است که اثربخشی آن بر جنبه‌های مختلف رفتار کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه و والدینشان تأیید شده است (۱۴). برنامه‌های آموزش والدین بر گرایش‌های رفتاری مبتنی بر شیوه‌های شرطی‌سازی کنشگر و نظریه یادگیری اجتماعی استوار است.

راهکارهای شرطی‌سازی کنشگر مشتمل بر استفاده از پیامدهای رفتار است و به منظور افزایش یا کاهش احتمالی تکرار آن رفتارها صورت می‌گیرد (۱۵). در برنامه آموزش، شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار که بر اساس الگوی معرفی‌شده توسط بارکلی صورت می‌گیرد طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، ابتدا آموزش کافی در خصوص اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، علائم، انواع، شیوع، سبب‌شناسی، سیر، درمان و عوارض آن به خانواده‌ها ارائه می‌شود؛ سپس جلسات بعدی در زمینه اصول اصلاح رفتار کودک، روش‌های صحیح دستور دادن، تشویق و اصول تنبیه، عواقب رفتار و پیش‌بینی شرایط آینده آموزش صورت می‌گیرد (۱۶)؛ این نوع فرایند درمان بی‌آنکه اقتدار والدین را نابود سازد، باعث ایجاد کفایت، افزایش اعتماد، کاهش فشارهای روحی در والدین می‌شود و اغلب از همان ابتدای کار، مداخله شروع شده، مشکل اصلاح می‌شود؛ بنابراین آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار، جنبه‌ای پیشگیرانه نیز دارد (۱۵).

عده‌ای از پژوهشگران (۱۷) در مطالعه‌ای علی-مقایسه‌ای متوجه شدند که شیوه‌های درمانی برپایه یادگیری اجتماعی<sup>۱</sup> نسبت به درمان‌های مراجع‌محور<sup>۲</sup> یا درمان‌های سنتی<sup>۳</sup> در بهبود تعامل‌های والد-کودک و کاهش مشکلات روانی والدین (تنیدگی، اضطراب و

افسردگی) مؤثرتر است؛ در همین رابطه، فلیچمن<sup>۴</sup> (۱۸) نیز نشان داد که آموزش والدین پسران مبتلا به اختلال‌های رفتاری بر پایه نظریه یادگیری اجتماعی موجب کاهش استرس والدین و تعامل مثبت والد-کودک شده است.

علاوه بر مطالعات بالا محققانی (۱۹) با مطالعه روی ۴۰ والد دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه نشان دادند که آموزش فرزندپروری مثبت و ارائه شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار به آنها موجب ارتقای سلامت روانی خانواده و کاهش افسردگی، خشم و استرس والدین می‌شود؛ یافته‌های دیگر پژوهشگران (۲۰) نیز مشابه با مطالعات پیشین است؛ آنها طی ده هفته، برنامه آموزشی مدیریت رفتار والدین کودکان مبتلا به بیش‌فعالی - کمبود توجه، به این نتیجه رسیدند که ارائه شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار، موجب افزایش اعتماد به نفس والدین، تعامل‌های مثبت والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود.

با عنایت به نتایج مطالعات پیشین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار گامی مؤثر در جهت ارتقای سلامت روان والدین به‌ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه است و با توجه به اینکه تاکنون تحقیق‌های انجام‌شده در داخل کشور بیشتر متمرکز بر تأثیر آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار در کاهش مشکلات رفتاری کودکان بوده است و تعداد محدودی از مطالعات داخلی به‌طور مشخص، نقش آموزش والدین را به منظور ارتقای سلامت روان خانواده به‌ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه بررسی کرده‌اند؛ از این رو با توجه به نقش مهم سلامت روان مادران در تربیت فرزندان و بهبود تعامل‌های خانواده در این پژوهش، محقق قصد دارد تأثیر آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت

1- social learning procedures  
2- client-centered  
3- traditional treatment  
4- Fleischman

نوجوان) پرسش‌نامه‌های افسردگی بک<sup>۱</sup> و اضطراب کتل<sup>۲</sup> را پرکردند. لازم به ذکر است که فرزندان مادران یادشده تنها تشخیص اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه داشته، تشخیص همراه دیگری نداشتند.

پس از جمع‌آوری نتایج، پرسش‌نامه، مادرانی که بیشترین میزان افسردگی و اضطراب را داشتند به‌عنوان افراد مورد مطالعه انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا اسامی ۲۰ نفر مورد اشاره براساس نمراتی که در پیش‌آزمون به‌دست‌آوردند (از کم به زیاد) مرتب شد؛ آنگاه نام آنها به‌صورت یک‌درمیان در دو دسته قرارگرفت تا به روش انتساب تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرارگیرند؛ همچنین متغیرهایی مانند سن مادر، سن فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، تعداد فرزندان، ترتیب تولد فرزندان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، شغل مادر، سطح تحصیلات مادر، سطح درآمد خانواده برای هم‌تاسازی دو گروه مورد توجه قرارگرفت.

#### ابزار

اطلاعات لازم برای انجام این پژوهش، طی اجرای پرسش‌نامه‌های افسردگی و اضطراب در دو نوبت (پیش و پس از اجرای کارگاه‌های آموزشی) به‌دست‌آمده‌اند؛ مشخصات این آزمون‌ها به شرح زیر است:

**پرسش‌نامه افسردگی بک:** آئرون بک<sup>۳</sup>، این آزمون را برای اولین بار، در سال ۱۹۶۱ درخصوص بیماران افسرده به‌کاربرد و یکی از پراستفاده‌ترین ابزارهای سنجش متغیرهای روانی است؛ این آزمون شامل ۲۱ دسه از علائم و نگرش‌هاست که هر دسته جلوه رفتاری خاص از افسردگی را نشان می‌دهد. بک این پرسش‌نامه را براساس پنج عامل از علائم و نشانه‌های افسردگی به شرح ذیل تنظیم کرده است (۲۱):

الف) بدبینی، احساس شکست، تنفر از خود، افکار خودکشی، بی‌تصمیمی و کندی؛ ب) (احساس گناه و

رفتار را بر اضطراب و افسردگی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه مورد ارزیابی قراردهد.

با استناد به پژوهش‌های صورت‌گرفته که تصریح می‌کنند مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، اضطراب و تنش بیشتری را تجربه می‌کنند، به‌طور کلی، مسئله اساسی پژوهش حاضر اینست که «آیا آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار موجب ارتقای سطح سلامت روان (اضطراب، افسردگی) مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه می‌شود یا خیر؟»؛ براین اساس، اهداف این پژوهش در دو محور زیر قابل بررسی است:

**هدف اول:** بررسی آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار بر کاهش میزان اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه؛

**هدف دوم:** بررسی آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار بر کاهش میزان افسردگی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه.

با توجه به نتایج مطالعات انجام‌شده به‌نظر می‌رسد فرضیه‌های زیر را می‌توان بیان کرد:

(۱) آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار باعث کاهش اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه می‌شود.

(۲) آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار باعث کاهش افسردگی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه می‌شود.

#### روش

##### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

برای انتخاب آزمودنی‌های این پژوهش، ۱۰۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی مشاوره کودکان و نوجوانان گیل (پس از مصاحبه بالینی و تأیید اختلال در کودکان توسط فوق تخصص روان‌پزشک کودک و

1- Beak  
3- Aeron Beak

2- Cattell

انتظار تنبیه و سرزنش؛ ج) گریه کردن، تغییر تصویر خود، ناخشنودی و غمگینی؛ د) کاهش وزن، شکایات جسمانی و خستگی و ه) زودرنجی، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی.

فرم اصلی پرسش‌نامه افسردگی بک از ۲۱ پرسش تشکیل شده‌است. پاسخ به پرسش‌ها به صورت چهارگزینه‌ای است و از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود.

آزمون بک در مدتی که از ساخت آن می‌گذرد، بارها مورد ارزیابی روان‌سنجی قرار گرفته‌است. کوشش‌هایی که برای تبیین همسانی درونی آزمون صورت گرفته‌اند، ضریب همسانی درونی بالایی (از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶) را نشان داده‌اند؛ همچنین ضریب پایایی این مقیاس (بسته به فاصله زمانی دو اجرا) از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ بوده‌است (۲۲). در پژوهش حاضر، ضریب اعتبار این آزمون با روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۵ محاسبه شده‌است.

**پرسش‌نامه اضطراب کتل:** این مقیاس براساس پژوهش‌های گسترده تهیه شده و به احتمال، مؤثرترین ابزاری است که در قالب یک پرسش‌نامه کوتاه فراهم آمده‌است؛ این آزمون دارای ۴۰ پرسش است که هر پرسش نمره معینی داشته، با استفاده از کلید مخصوص آزمون، مجموع نمرات خام پرسش‌ها به دست می‌آید که می‌تواند بین ۰ تا ۸۰ باشد؛ سپس با استفاده از جدول، نمرات تراز شده محاسبه و رتبه‌بندی می‌شوند. در این آزمون، نمره تراز شده ۰ تا ۳ به معنای عدم وجود اضطراب، ۴ تا ۶ به معنای وجود درجه خفیف اضطراب، ۷ تا ۸ به معنای اضطراب متوسط و ۹ تا ۱۰ نشانگر اضطراب شدیدند.

این مقیاس را می‌توان در هر دو جنس (در سنین بعد از ۱۴ و ۱۵ سالگی) و در اغلب فرهنگ‌ها به کار بست. این آزمون دارای شاخص‌های هنجاریابی است و پایایی آن در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته‌است (۲۴)، ۲۳ و ۲۱؛ دادستان، هنجاریابی این آزمون را در ایران انجام داد (۲) و نجومی، صادقی عابدینی و رضوان طلب

(۲۵)، همبستگی درونی پرسش‌ها این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب اعتبار این آزمون با روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۵ محاسبه شده‌است.

### روش اجرای پژوهش

افراد گروه آزمایش برای شرکت در جلسات کارگاه آموزشی مدیریت رفتار به شرح زیر راهنمایی شدند:

**جلسه اول:** درباره تعریف اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، علائم، انواع، شیوع، سبب‌شناسی، سیر، درمان و عوارض آن و قوانین برنامه درمانی شرح داده شد.

**جلسه دوم:** درباره تعامل‌های کودک - والد و اصول کلی شکل‌دهی رفتار و نحوه صحیح درخواست کردن یا دستور دادن آموزش‌هایی ارائه شد.

**جلسه سوم:** شیوه‌های کلی تقویت رفتار و شرایط تشویق و انواع آن از جمله افزایش مقدار و کیفیت توجه والدین به کودک عرضه شد.

**جلسه چهارم:** ایجاد یک نظام ژتونی در خانه به مادران آموزش داده شد.

**جلسه پنجم:** مادران، چگونگی جذب کودکانشان به رفتارهای مثبت به خصوص آنهایی را که در گذشته به عنوان رفتار مشکل مطرح بودند آموختند و درخصوص نحوه اجرای روش‌های تشویقی در خانه بحث شد.

**جلسه ششم:** مهارت‌های کاهش رفتار نامناسب از جمله بی‌توجهی کردن، قطع کردن رفتار، جریمه کردن و محروم کردن برای مقابله با بدرفتاری‌های کودک معرفی شدند.

**جلسه هفتم:** درخصوص تلاش‌های مادران به منظور به کارگیری راهبردهای جریمه و محروم کردن در نظام ژتونی خانگی و چگونگی کاربرد روش‌های تنبیهی توسط مادران بحث شد.

جدول ۱. نمرات خام آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف میانگین
نمرات پیش آزمون	آزمایش	۱۷/۹	۶/۳۸	۲/۰۱
	کنترل	۲۱/۳	۸/۶۴	۲/۷۳
نمرات پس آزمون	آزمایش	۷	۳/۱۲	۰/۹۹
	کنترل	۲۲/۹	۸/۶۲	۲/۷۲

جدول ۲. بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس درخصوص میزان نمرات افسردگی آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش

متغیر	اثر	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری
نمرات افسردگی	تأثیر آزمایش (عمل آموزشی)	۱	۱۸/۶۶	۰/۰۰۰
	زمان	۱	۴/۳۳	۰/۰۴۵
	اثر متقابل عمل آموزشی و زمان	۱	۷/۸۳	۰/۰۰۸

فرزندان، ترتیب تولد فرزندان و سطح درآمد خانواده به شرح زیرند: دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۲۷ تا ۴۳ است؛ همچنین میانگین سنی افراد گروه آزمایش ۳۳/۷ سال (با انحراف استاندارد ۴/۷۸) و میانگین سنی افراد گروه کنترل ۳۳/۳ سال (با انحراف استاندارد ۴/۹۸) است. دامنه سنی فرزندان افراد گروه نمونه ۶ تا ۱۲ سال است. میانگین سنی فرزندان گروه آزمایش ۸/۵ سال (با انحراف استاندارد ۲/۵) و میانگین سنی فرزندان گروه کنترل ۸/۱ سال (با انحراف استاندارد ۱/۶۶) است. به منظور بررسی تأثیر آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار بر میزان افسردگی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه از آزمون تحلیل واریانس (آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر) استفاده شد که نتایج آن در (جدول‌های ۱ و ۲ و نمودار ۱) ارائه شده است.

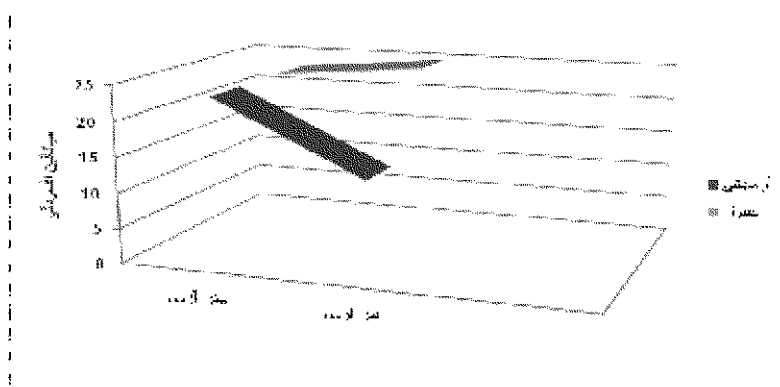
**جلسه هشتم:** انجام رفتارهای مناسب در زمان مدرسه و نکاتی مهم و کاربردی برای بالابردن عملکرد تحصیلی آموزش داده شد.

**جلسه نهم:** در نهایت، در جلسه نهم، برنامه آموزش مادران به مرور اصول اساسی در هریک از روش‌های ارائه شده به مادران اختصاص یافت.

این جلسات هریک به مدت ۹۰ دقیقه (هفته‌ای یک جلسه) برگزار شدند و دو هفته پس از پایان جلسه آخر، آزمودنی‌ها هر دو پرسش‌نامه را تکمیل کردند.

## نتایج

نتایج مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایشی و کنترل (برحسب متغیرهای سن مادران، سن فرزندان، تحصیلات مادران، شغل مادران، تعداد



نمودار ۱. نمایش تغییرهای میانگین نمرات افسردگی پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

جدول ۳. نمرات خام آزمون اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف میانگین
نمرات پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰	۹	۱/۰۵	۰/۳۳
	کنترل	۱۰	۵/۵	۲/۳۶	۰/۷۴
نمرات پس‌آزمون	آزمایش	۱۰	۶	۱/۸۵	۰/۵۸
	کنترل	۱۰	۷/۴	۱/۶۴	۰/۵۲

مدیریت رفتار بر میزان اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه از آزمون تحلیل واریانس (آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر) استفاده شد که نتایج آن در (جدول‌های ۳ و ۴ و نمودار ۲) ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پس‌آزمون اضطراب گروه آزمایش به‌صورت قابل توجهی از ۹ به ۶ کاهش یافته است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، اگرچه تأثیر عمل آزمایشی با مقادیر  $(F=3/76, \alpha=0/060)$  در سطح  $(p \leq 0/01)$  معنادار نیست به مراتب، تأثیر آزمایش قوی‌تر از تأثیر زمان  $(F=0/777, \alpha=0/384)$  است؛ همچنین اثر متقابل عمل آزمایشی و زمان با مقادیر  $(F=17/90, \alpha=0/000)$  در سطح  $(p \leq 0/01)$  معنادار شده است که نشان می‌دهد فرضیه دوم این مطالعه تأیید می‌شود. نتایج عمل آزمایشی و تغییر میانگین‌های دو گروه در نمودار ۲ قابل مشاهده است.

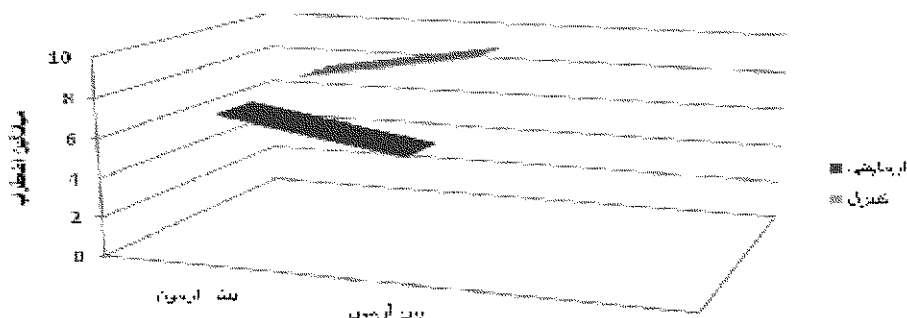
همان‌گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی گروه آزمایش به‌صورت قابل توجهی از ۱۷/۹ به ۷ کاهش یافته است.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مقادیر  $(F=18/66, \alpha=0/000)$  نشان می‌دهند که عمل آموزشی، تأثیر بیشتری نسبت به زمان‌دار دو در سطح معناداری  $(p \leq 0/01)$  تأثیر عمل آموزشی معنادار است. تأثیر زمان با مقادیر  $(F=4/33, \alpha=0/045)$  در سطح  $(p \leq 0/01)$  معنادار نیست ولی اثر متقابل عمل آموزشی و زمان با مقادیر  $(F=7/83, \alpha=0/008)$  در سطح  $(p \leq 0/01)$  معنی‌دار است و این بدان معناست که میزان افسردگی، تحت اثر متقابل زمان و آموزش در گروه آزمایش کاهش پیدا کرده است؛ این نتایج نشان می‌دهند که با توجه به اثر زمان نیز فرضیه اول این مطالعه تأیید می‌شود. نتایج عمل آزمایشی و تغییر میانگین‌های دو گروه در نمودار ۱ قابل مشاهده است.

به‌منظور بررسی تأثیر آموزش شیوه‌های صحیح

جدول ۴. بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس در خصوص میزان نمرات اضطراب آزمودنی‌ها گروه کنترل و آزمایش

متغیر	اثر	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری
نمرات افسردگی	تأثیر آزمایش (عمل آموزشی)	۱	۳/۷۶	۰/۰۶۰
	زمان	۱	۰/۷۷۷	۰/۳۸۴
	اثر متقابل عمل آزمایشی و زمان	۱	۱۷/۹۰	۰/۰۰۰



نمودار ۲. نمایش تغییرهای میانگین نمرات اضطراب پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به بررسی تأثیر آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار بر میزان افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- کمبود توجه پرداخته‌است. نتایج این مطالعه نشان‌می‌دهند حضور مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- کمبود توجه در جلسات «آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار» موجب کاهش افسردگی و اضطراب آنها می‌شود، زیرا پس از اجرای جلسات کارگاه آموزشی، میانگین نمرات اضطراب و افسردگی آنها به‌طور معناداری کاهش یافت. همسو با نتایج این مطالعه کوهن<sup>۱</sup> و کارتر<sup>۲</sup> (۲۶) نشان‌دادند که آموزش فرزندپروری مثبت و ارائه شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار به مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- کمبود توجه، موجب کاهش اضطراب، افسردگی، استرس والدگری، افزایش عزت‌نفس و احساس مثبت مادران نسبت به نقش خود می‌شود؛ در همین راستا محققانی (۲۷) در مطالعه خود روی والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری و ناتوانی یادگیری نشان‌دادند که آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار به والدین به‌طور معناداری، استرس و اضطراب والدین را کاهش می‌دهد؛ همچنین پژوهشی (۲۸) نشان‌داد که ترکیب دارودرمانی و رفتاردرمانی روی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- کمبود توجه و والدینشان موجب کاهش تعامل‌های منفی والد- کودک می‌شود؛ عده‌ای از محققان (۲۹) نیز با مطالعه‌ای روی

والدین کودکان ۲ تا ۶ ساله دارای مشکلات رفتاری و عاطفی<sup>۳</sup> نشان‌دادند که آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار به والدین این کودکان، موجب تعامل‌های مثبت والد و کودک، افزایش عزت‌نفس و کاهش اضطراب والدین می‌شود.

در راستای مطالعات بالا پژوهشی (۳۰) نیز با مطالعه روی ۶۹ مادر دارای کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری نشان‌داد که «آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار به مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری» موجب افزایش احساس لیاقت در مادران و کاهش افسردگی و تنیدگی آنان می‌شود؛ همچنین در پژوهشی دیگر (۳۱) با مطالعه‌ای روی ۱۳۶ کودک مبتلا به اختلال‌های رفتاری و والدینشان متوجه شدند که افسردگی والدین، تعارض‌های زناشویی، اختلال‌های رفتاری فرزندان و تعامل مخرب والد و کودک با همدیگر ارتباطی مثبت دارند و برنامه‌های فرزندپروری مثبت، موجب بهبود والدگری، کاهش افسردگی و مشکلات رفتاری کودکان می‌شود.

عده‌ای از محققان (۳۲) کارایی برنامه آموزشی مدیریت استرس والدین کودکان مبتلا به بیش‌فعالی- کمبود توجه را به‌منظور کاهش اضطراب و استرس والدین، بهبود عملکرد خانواده، تقویت فرزندپروری مثبت و تقویت کنترل والدین روی رفتار کودکانشان

1- Kuhn  
2- Carter  
3- behavioral and emotional problems



مورد بررسی قرار دادند؛ آنها با آموزش دادن ۶۳ والد (از ۴۲ خانواده) متوجه شدند که آموزش مدیریت استرس، موجب کاهش معنادار شیوه فرزندپروری سلطه‌گرایانه شده، فرزندپروری مثبت را تسهیل کرده، سهل‌انگاری و فزون‌کاری والدین را به‌طور معناداری کاهش داده‌است.

نتایج پژوهش ساندروز درخصوص بررسی نتایج آموزش والدین نشان‌داد که بر اثر آموزش والدگری<sup>۱</sup> افسردگی و استرس مادران در سطح معناداری کاهش می‌یابد (۳۳)؛ در پژوهشی (۳۴) نیز در همین راستا نشان داده‌شد، والدینی که از شیوه‌های مدیریت رفتار در خانه استفاده کردند (در مقایسه با والدینی که در مداخله شرکت نکرده بودند) بهبود چشمگیری را در رفتار کودکان خود مشاهده کردند و سلامت روانی والدین نیز افزایش یافت؛ همچنین پژوهشی (۳۵) اثر آموزش مدیریت رفتار را روی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال‌های رفتاری مورد مطالعه قرارداد؛ تحلیل یافته‌ها نشان‌داد که آموزش مدیریت رفتار والدین در کاهش مشکلات رفتاری دوران کودکی و تعامل‌های مثبت والد-کودک و افزایش سلامت روان والدین (کاهش اضطراب و افسردگی) مؤثر است.

بنابه مطالعه گروهی از محققان (۳۶)، افسردگی مادران، عاملی مهم در افزایش اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه کودکان به‌شمار می‌رود و آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار، ضمن افزایش تعامل‌هایی مثبت والد-کودک، موجب کاهش اختلال‌های روانی مادران (افسردگی، اضطراب، استرس) می‌شود؛ گروهی دیگر از پژوهشگران (۳۷) نیز در مطالعه خود نشان دادند که عزت‌نفس والدین به‌طور مثبت با سازگاری کودکان و به‌طور منفی با افسردگی مادران ارتباط دارد و ارائه برنامه‌های فرزندپروری مثبت، موجب افزایش عزت‌نفس مادران، کاهش افسردگی آنان و افزایش سازگاری فرزندانشان می‌شود.

در پژوهشی دیگر، تهرانی‌دوست، شهرپور، محمودی و علاقه‌بندراد (۳۸)، تأثیر آموزش تربیت سازنده روی

والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه را مورد بررسی قرار دادند؛ این پژوهش روی ۱۲۰ نفر از مادران شاغل در واحدهای مختلف دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

آموزش روش‌های تربیت سازنده طی هشت جلسه ۲ ساعته ارائه شد؛ تحلیل نتایج نشان‌داد که تفاوت مشاهده‌شده در شاخص‌های افسردگی، اضطراب و فشار روانی مادران پس از دوره آموزشی (در مقایسه با پیش از آن) معنی‌دار بود و مؤلفان نتیجه گرفتند که برنامه تربیت سازنده می‌تواند در بهبود عملکرد والدین (در زمینه‌های مختلف) مؤثر باشند؛ همچنین عده‌ای از پژوهشگران (۳۹) دریافتند که آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار، موجب افزایش خودبآوری و احساس کفایت والدین در مدیریت رفتارهای کودکانشان می‌شود. نظر به اینکه سطح بالای خودبآوری در مادر تحت تأثیر حساس بودن، گرمی عاطفی و مسئولیت‌پذیری وی است، این ویژگی به مثابه عاملی حمایتی در برابر مشکلات رفتاری کودک باعث افزایش اعتمادبه‌نفس، بهبود عملکرد اجتماعی و تحصیلی و نیز کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود.

در تبیین چگونگی این نتایج لازم است این واقعیت را در نظر داشته باشیم که مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، از احساس تنهایی (که یکی از عناصر افسردگی است) و عدم کنترل روی موقعیت (که از نشانه‌های اصلی اضطراب است) رنج می‌برند (۱۲). حضور در کارگاه آموزشی «شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار» باعث ایجاد همدلی جمعی در مادران شده، به آنها کمک می‌کند تا متوجه شوند این مشکل تنها مختص آنها نیست؛ در نتیجه احساس تنهایی کاذب در آنها کمتر می‌شود.

در کارگاه آموزشی این پژوهش تلاش شد که با آموزش مدیریت رفتار (از جمله اقتصاد ژتونی)، احساس کنترل موقعیت‌ها در مادران افزایش یابد. همچنین با بالابردن دانش عمومی گروه نمونه درباره اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه و هشیارکردن آنها

۴) پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، اجرای آزمون با فاصله بیشتری صورت گیرد تا پایداری تأثیر جلسات آموزشی در نظر گرفته شوند.

۵) از آنجاکه نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در کلینیک‌های روان‌شناسی مورد استفاده قرار گیرد، پیشنهاد می‌شود در مراکز روان‌درمانی بر حمایت‌های روان‌شناختی مادران تأکید شود و جلسات ماهانه به‌منظور ارائه خدمات سلامت روان تشکیل شود.

#### منابع

1. Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical child psychology*, 19, 337-346.
۲. دادستان، پریخ، ع. احمدی ازفندی و ح. حسن آبادی (۱۳۸۵): «تنیدگی والدینی و سلامت عمومی: پژوهشی درباره رابطه تنیدگی حاصل از والدگری و سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار دارای کودکان خردسال»، **فصلنامه روان‌شناسان ایرانی**؛ ۲ (۷)، ۱۷۱ تا ۱۸۴.
3. Rabiner, C. D. (2002). Stress and coping in parents of children with ADHD [On-line]. Available: [www.Helpforadd.com/2002/September.htm](http://www.Helpforadd.com/2002/September.htm).
4. Mash, E.J., Johnston, C. (2001). Families of children with attention deficit / hyperactivity disorder: Review and recommendation for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
5. Mash, E.J., Johnston, Barkley. (2003). *Child Psychopathology*. New York: The Guilford Press.
۶. دهگانپور، ر. (۱۳۸۱): **بررسی میزان کارایی خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD و اختلال سلوک**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
۷. ملک خسروی، غفار (۱۳۸۲): **کارکرد خانواده در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
۸. رحیم زاده، سوسن، حمیدرضا پوراعتماد و صمصام سمیعی کرانی (۱۳۸۷): «ارزیابی سلامت روانی والدین کودکان واجد اختلال نارسیایی توجه و فزون کنشی و پیشنهاد شیوه‌های مداخله‌گرایانه»، **فصلنامه روان‌شناسان ایرانی**؛ ش ۱۶، سال چهارم، صص ۳۵۵ تا ۳۶۵.
9. Abidin, R.R. (1996). Early Childhood Parenting Skills. Psychological Assessment Resource (PAR) Inc.

نسبت به تأثیر این اختلال بر زندگی خانوادگی و شخصی، تصحیح اطلاعات غلط درباره اختلال، تغییر سوگیری‌های منفی نسبت به درمانگری‌های دارویی و حمایت از کودکان و خانواده آنها و تفهیم این امر که آنها با مشکلاتشان تنها نیستند، از فشارهای روانی مادران کاسته شد؛ علاوه‌بر آن به گروه نمونه آموزش داده شد که چگونه تعامل‌های مثبت با کودکانشان را افزایش داده، از تعارض‌ها بکاهند و از روش‌های نامناسب فرزندپروری پرهیزند.

یافته‌های این مطالعه از آن حکایت دارد که این آموزش به‌طور معناداری در کاهش افسردگی و اضطراب مادران تأثیرگذار بوده است. از آنجاکه در مطالعه حاضر، «آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار» در ارتقای سلامت روان مادران و کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر بوده است و با توجه به این امر که نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعات (۳۶، ۳۵، ۷، ۳۲ و ۳۴) مبنی بر بهبود تعامل‌های میان‌فردی والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه و کاهش فشارهای روانی آنها (به‌ویژه مادران) همخوان است، به‌نظر می‌رسد با به‌کارگیری روش‌های رفتاری، می‌توان در جهت ارتقای بهداشت روان خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه گامی مؤثر و مثبت برداشت.

#### پیشنهاد‌های پژوهش

- ۱) بهتر است این پژوهش با ابزارهای پژوهشی دیگر نیز اجرا شود تا تعمیم‌پذیری نتایج، بهتر آشکار شوند.
- ۲) بهتر است در پژوهش‌های آتی، اثر آموزش روی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه مورد بررسی قرار گیرد.
- ۳) به سبب دسترسی بیشتر و آسان‌تر، تنها مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه در این مطالعه شرکت کردند. توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی، به‌منظور ارتقای سلامت روان خانواده، پدران نیز در چنین مطالعه‌ای شرکت داده شوند.

۲۲. طلایی، علی و همکاران (۱۳۸۴): «آیا در بیمارانی که با شکایت اصلی افسردگی مراجعه می‌کنند، الگوی علائم با توجه به فصول سال متفاوت است؟»، **فصلنامه اصول بهداشت روانی**؛ ش ۲۵ و ۲۶، صص ۳۵ تا ۳۹.
۲۳. صداقتی، پریسا، حسن خلجی، هاشم کوزه‌چیان و ابوالفضل ارجمند (۱۳۸۷): «آیا پیاده‌روی منظم بر اضطراب کلی، صفتی و حالتی زنان باردار تأثیر دارد؟»، **فصلنامه المپیک**؛ سال شانزدهم، ش ۲.
۲۴. ماردپور، علیرضا (۱۳۸۳): **وارسی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه چهار سامانه اضطراب در مورد دانشجویان دانشگاه گیلان**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
۲۵. نجومی، مرضیه، مرتضی صادقی عابدینی و رضا رضوان طلب (۱۳۸۱): «بررسی شیوع اضطراب در معلمان مقطع دبیرستان شهر تهران»، **فصلنامه پایش**؛ سال اول، ش سوم، صص ۴۷ تا ۵۳.
26. Kuhn C., Carter. (2006). Maternal Self-Efficacy and Associated Parenting Cognitions among Mothers of Children with Autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, Volume 76, Issue 4, October, Pages 564-575.
27. Shechtman, Z., Gilat, I. (2005). The Effectiveness of Counseling Groups in Reducing Stress of Parents of Children with Learning Disabilities. *Group Dynamics*, Volume 9, Issue 4, Pages 275-286.
28. Danforth, J., Russell, A.L., Barkley, Stokes, T. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: research and clinical implication. *Clinical Psychology Review*, Volume 11, Issue 6, Pages 703-727.
29. Herschell, A.D., Calzada, E.J., Eyberg, S.M., McNeil, C.B. (2002). Parent-child interaction therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, Volume 9, Issue 1, Pages 9-16.
30. Sanders, M.R., Pidgeon, A.M., Fred Mark, Connors, Brown, S., Young, R.W. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the triple P-positive parenting program with parents at risk of child maltreatment? *Behavior Therapy*, Volume 35, Issue 3, Pages 513-535.
31. Low, A., Stocker, C. (2005). Family Functioning and Children's Adjustment: Associations among Parents' Depressed Mood, Marital Hostility, Parent-Child Hostility, and Children's Adjustment. *Journal of Family Psychology*, Volume 19, Issue 3, September 2005, Pages 394-403.
10. Barkley, R. A., Fischer. (1990) the adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 29, 546-557.
۱۱. حبرانی، پریسا، فاطمه بهدانی و جواد علاقبند راد (۱۳۸۴): «ارتباط خانوادگی اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه با اختلال افسردگی اساسی در مبتلایان به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه مراجعه‌کننده به درمانگاه روان‌پزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ مشهد در نیمه دوم سال ۱۳۸۲»، **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان**؛ ش ۲، دوره هفتم، صص ۳۱ تا ۳۶.
۱۲. استورا (۱۳۷۷): **تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن**؛ ترجمه پ. دادستان؛ تهران: انتشارات رشد.
13. Costin, Y., Lichle, C., Hill-Smith, A. (2004). Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(1). Available: <http://www.auseinet.com/journal/vol3is4/Costin.Pdf>.
14. Jensen, P., Arnold, L., Richters, J. (1999). 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 1073-1086.
۱۵. گلدنبرگ، ایرنه و هریرت گلدنبرگ (۱۳۸۶): **خانواده درمانی**؛ ترجمه حمیدرضا حسین شاهی برواتی و سیامک نقشبندی؛ تهران: نشر روان.
۱۶. گرچن آ.، گیمپل و آل. هالند ملیسا (۱۳۸۳): **درمان مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان**؛ ترجمه دکتر سید احمد جلالی؛ تهران: نشر یادرا.
17. Peterson, G.R., Fleischman, M.J. (1979). Maintenance of treatment effects: Some considerations concerning family systems and follow-up data. *Behavior Therapy*, Volume 10, Issue 2, March 1979, Pages 168-185.
18. Fleischman, M.J. (1981). A replication of Patterson "Intervention for boys with conduct problems". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Volume 49, Issue 3, Pages 342-351.
19. Mash, E.J., Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Volume 51, Issue 1, Pages 86-99.
20. Erhardt, D., Baker, B. (1990). The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Volume 21, Issue 2, June.
۲۱. کراز، ژ (۱۳۸۶): **بیماری‌های روانی**؛ ترجمه دکتر محمود منصور و دکتر پریخ دادستان؛ تهران: انتشارات رشد.

36. Chronis, A.M., Lahey, B. Pelham, W. E., Jr., Williams, S., Baumann, Kipp, Jones, A., Rathouz. (2007). Maternal Depression and Early Positive Parenting Predict Future Conduct Problems in Young Children with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Developmental Psychology*, Volume 43, Issue 1, January, Pages 70-82.
37. Weaver, C., Shaw, D., Dishion, T., Wilson, M.N. (2008). Parenting self-efficacy and problem behavior in children at high risk for early conduct problems: The mediating role of maternal depression. *Infant Behavior and Development*, Volume 31, Issue 4, Pages 594-605.
۳۸. تهرانی‌دوست، م، ز.، شه‌ریور و ج.، محمودی (۱۳۸۷): «بررسی تأثیر آموزش تربیت سازنده روی والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- کمبود توجه»، **مجله روان‌شناسی**؛ سال چهاردهم، ش ۴.
39. Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A.(2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a Community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 40: 402-8.
32. Treacy, L. Tripp, G., Baird, A. (2005). Parent stress management training for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, Volume 36, Issue 3, Pages 223-233.
33. Sanders, M.R. (2005). Triple P: A multi\_level system of parenting intervention: Workshop participant notes. Brisbane the University Queensland.
34. Gustis, C.M. (2006). Behavioral Intervention And Parent Training Within The Cassp System: The Effectiveness of Using Direct Commands to Manage ADHD/ODD in the Home environment. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. Capella University 'November 2006.
35. Harris, k. (2007). A Meta-Analysis Of Parent Management Training Out Comes For Children And Adolescents Conduct Disorder. A Thesis Submitted In Conformity With The Requirements For The Degree Of Doctor Philosophy. Department Of Human Development and Applied Psychology Ontario Institute for Studies in Education of the University Of Toronto.