

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۶ زمستان ۱۳۹۳

## اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی

محمد نریمانی<sup>۱</sup>  
اعظم شاهعلی<sup>۲</sup>  
عباس ابوالقاسمی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی بود. طرح تحقیق نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل و به این منظور ۸۳۳ دانش‌آموز پایه پنجم ابتدایی از مناطق تحصیلی ۱، ۳ و ۴ شهر تبریز به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و آزمون کانرز (فرم معلم) همراه با مصاحبه بالینی، برای تشخیص کودکان بیش‌فعال و کم‌توجه اجرا گردید. آزمودنی‌های این پژوهش ۴۰ نفر از کودکان ADHD که بر اساس مقیاس کانرز تشخیص داده شده بود، شامل می‌شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های کانرز والدین و آزمون خشم کودکان استفاده شد که والدین و دانش‌آموزان (نمونه‌های انتخاب شده) آنها را در مراحل قبل و بعد از درمان تکمیل کردند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آموزش والدین و گروه گواه (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. مطالب مورد نیاز در ۸ جلسه به گروه آزمایش آموزش داده شد. داده‌های به دست آمده به روش تحلیل چندمتغیره مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که آموزش مدیریت والدین بر بهبود مشکلات رفتاری کودکان دارای ADHD تأثیر معنی‌دار ( $P < 0.05$ ) دارد. با توجه به نتایج این مطالعه، روش آموزش مدیریت والدین یکی از کارآمدترین روش‌های درمانی بوده و در کاهش تکانشگری، کم‌توجهی، اضطراب و پرخاشگری بدنی در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی مؤثر است.

واژگان کلیدی: آموزش مدیریت والدین؛ مشکلات رفتاری؛ ADHD

Email:narimani@uma.ac.ir

۱- استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول)

۲- کارشناس ارشد روانشناسی

۳- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

## مقدمه

بیش‌فعالی و کم‌توجهی (ADHD)<sup>۱</sup> اختلالی عصبی-رشدی است که با سه ویژگی اصلی، یعنی نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشی توصیف می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلال عصبی دوران کودکی است که توجه روانشناسان و روانپزشکان را به خود جلب کرده است (هوش‌ور و بهنیا، ۱۳۸۸؛ به‌طوری که بارکلی و شلتون<sup>۲</sup> ۳۰ تا ۴۰ درصد از مجموع مراجعات به مراکز خدمات روانی و اجتماعی را به‌علت مبتلای مراجعان به ADHD گزارش نموده‌اند (شلتون و بارکلی، ۲۰۰۱).

شیوع این اختلال در حدود ۵-۳ درصد کل کودکان است. اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه بیشتر در دوره کودکی و نوجوانی تشخیص داده شده است، که در ۳۰ تا ۷۰ درصد موارد، این اختلال تا دوره بزرگسالی نیز ادامه دارد (بارکلی، ۲۰۰۰، جوهانسن، آسه، مه‌یر و ساجوالدن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲؛ هندرسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳؛ بیدرمن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). در کل علائم بیماری در بین پسران بیش از دختران می‌باشد و همچنین شدت علائم در دختران کمتر از پسران مشاهده می‌شود (سانچر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵؛ علیزاده، ۱۳۸۳).

در اوایل سال‌های ۱۹۰۰ کودکان تکانشگر مهارگسیخته و بیش‌فعال تحت عنوان "سندرم بیش‌فعال" طبقه‌بندی می‌شدند. اما درحال حاضر اعتقاد بر این است که هیچ عامل واحدی مسئول بروز این اختلال نیست هرچند متغیرهای محیطی زیادی ممکن است در آن نقش داشته باشند، به صفحه بعد نگاه کنید.

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویراست چهارم تجدیدنظر شده برای این اختلال سه زیرگروه مطرح می‌کند: عمدتاً بی‌توجه، عمدتاً بیش‌فعال و نوع مرکب (ترکیبی از دو زیر گروه بیش‌فعال و کمبود توجه) (فابیانو، و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹).

1- Attention deficit/hyperactivity disorder  
3- Johansen, Aase, Meyer & Sagvolden  
5- Biederman  
7- Fabiano, et al

2- Barkley & Shelton  
4- Henderson  
6- Sanchez

برای مطرح کردن تشخیص اختلال ADHD باید برخی از علائم پیش از سن ۷ سالگی ظاهر شوند. برای تأیید تشخیص ADHD، تخریب ناشی از کم‌توجهی و/یا بیش‌فعالی/تکانشگری بایستی دست‌کم در دو زمینه و موقعیت قابل مشاهده بوده و در کارکرد اجتماعی، تحصیلی یا فعالیت‌های خارج درسی متناسب با رشد کودک تداخل کند (کاپلان و سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

اختلال ADHD برای روانشناسان و روانپزشکان، والدین و معلمان به‌عنوان معضلی حل‌نشده در آمده است. ویژگی‌های اصلی این اختلال یعنی ناتوانی در مهار رفتار نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، بی‌قراری حرکتی و برانگیختگی برای والدین، معلمان و همسالان تحمل‌ناپذیر بود (دینن و فیتزجرالد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰).

از جمله اختلالات همبودی قابل توجه با اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه، اختلال‌های اضطرابی و پرخاشگری است، که در اختلال اضطرابی بیش از ۲۵ درصد از کودکان ADHD، واجد ملاک‌های تشخیصی حداقل یکی از اختلال‌های اضطرابی نیز هستند (بیدرمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). هم‌چنین پرخاشگری در این کودکان عامل پیش‌بینی‌کننده بزهکاری، افت تحصیلی و سوء مصرف مواد در سنین بالاتر می‌شود (منشی توسی، ۲۰۰۳). این کودکان در مقایسه با همسالان غیرپرخاشگر خود، پاسخ‌های نامناسب‌تر و پرخاشگرانه‌تری نسبت به مسایل اجتماعی بروز می‌دهند و برای حل مسایل، راه‌حل‌های بسیار پرخاشگرانه‌تری را انتخاب می‌کنند (کریک و لد<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰).

به‌دلیل تنوع مشکلات مربوط به ADHD مسلماً امکان آن که یک نوع درمان، به تنهایی بتواند تمام الزامات درمانی این اختلال را پوشش دهد، وجود ندارد. به همین دلیل، متخصصان اغلب راهبردهای درمانی متعددی را در ترکیب با هم اتخاذ می‌کنند تا هر یک جنبه متفاوتی از مشکلات روانی اجتماعی کودک را مدنظر قرار دهد. هیچ‌یک از

1- Kaplan & Sadock  
3- Biederman

2- Dineen & Fitzgerald  
4- Crick & Ladd

مداخلات درمانی نباید به‌عنوان شفادهنده ADHD در نظر گرفته شوند بلکه ارزش آنها در کاهش سطح علایم اختلال و مشکلات رفتاری یا هیجانی مرتبط با آن است (دل‌آنجو و همکاران، ۲۰۰۹ به نقل از عابدی، جمالی، فرامرزی، آقایی و بهروز، ۱۳۹۱).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند درمان‌های این اختلال شامل درمان‌های دارویی و مداخلات روانشناختی آموزشی هستند که عمدتاً مداخلات روانشناختی و آموزشی والدین محور (PMT) و کودک محور و ترکیبی را شامل می‌شوند (بروک، جیمرسون، و هاسن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹؛ کوکرت، بوراتینی، کوکیرت بالدوچی، بیس - زانگ و فارستر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

آموزش مدیریت والدین (PMT)<sup>۳</sup> به شیوه‌هایی اطلاق می‌شود که در آنها یکی از والدین یا هر دو تا در خصوص تعامل جداگانه با کودکشان آموزش می‌بینند (کازدین<sup>۴</sup>، ۱۹۸۵؛ بک ولس، ۱۹۸۲). اساس PMT بر این دیدگاه استوار است که اختلالات رفتاری کودکان در نتیجه تعاملات غلط بین کودک و والدین به‌وجود آمده و تداوم می‌یابد (پیترسون، ۱۹۸۹ به نقل از فتحی، ۱۳۷۴).

در طول سال‌ها، این مسأله کشف شد که سبک کنترل والدین آثار مهمی در رشد همه‌جانبه و رفتار کودک از لحاظ زیستی-روانی و اجتماعی دارد (تاپلاک، کانرز، شوستر و کنزویک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). آموزش مدیریت والدین یکی از روش‌هایی است که در درمان این اختلال بر سایر روش‌ها برتری دارد (فابیو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹).

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که تغییر تعامل‌های رفتاری والدین در بهبود علائم کودکان مبتلا به ADHD موثر است به‌طور مثال (آناستوپولوس، شلتون و دوپال<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳؛ استری هورن و ویدمن<sup>۸</sup>، ۱۹۸۹؛ تهرانی‌دوست، شهریور، محمودی قرائی و علاقبندراد، ۱۳۸۷ و مفتاق، محمدی، غنی‌زاده، رحیمی و نجیمی، ۱۳۹۰) نشان دادند که والدین کودکان

1- Brock, Jimerson & Hasen  
3- Parent management training  
5- Toplak, Connors, Shuster & Knezevic  
7- Anastopoulos, Shelton & Dupaul

2- Cukiert, Burattini, Cukiert, Baldochi,  
Base-Zang & Fortser  
4- Kzadin  
6- Fabio  
8- Stray horn & Weidman

مبتلا به ADHD نسبت به کودکان غیرمبتلا نیاز به مهارت‌های والدین اختصاصی‌تری دارد. آموزش والدین بیش از سایر مداخله‌های خانوادگی عمومیت دارد و اثرات مثبت درمانی آن در پیگیری‌های بعدی نیز دیده می‌شود. رجب‌پور، مکوند حسینی و رفیعی‌نیا (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان دادند که اثربخشی برنامه آموزش مهارت مراقبت کودک به والدین هم نشانه‌های نقص توجه و بیش‌فعالی و هم نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و پرخاشگری را بهبود می‌بخشد.

هم‌چنین، هوف داکر، ون دروین مالدرز، امل کمپ، میندرا و ناتا<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) طبق بررسی‌های خود نتیجه گرفتند که آموزش مدیریت والدین رفتار به والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD و کاهش مشکلات درون‌گرایانه (شامل اضطراب، افسردگی و...) این کودکان می‌تواند در کنار درمان‌های رایج بالینی نقش بسیار تأثیرگذاری را ایفا کند.

گرچی، سیف، دلاور و کریمی (۱۳۸۴)؛ زرگری‌نژاد و یکه‌یزدان‌دوست (۱۳۸۶) و طالعی، طهماسب و وفائی (۱۳۹۰) طی مطالعه‌ای با هدف بررسی اثربخشی آموزش والدین و فرزندپروری مثبت، نتیجه گرفتند که آموزش والدین قادر به کاهش مشکلات رفتاری در کودکان ADHD است. هم‌چنین موجب بهبود تعاملات بین والدین و کودکانشان می‌شود. در پژوهش دیگری ناظمی، محمدخانی و خوشابی (۲۰۱۰) نشان دادند که آموزش مدیریت والدین باعث می‌شود تا مادران بتوانند بدون استفاده از راه‌های آزارنده به‌وسیله رفتارهای مثبت به حل مشکلاتشان با کودکان ADHD بپردازند.

تعاملات والدین کودک در خانواده‌های کودکان ADHD از طریق سطح بالایی از رفتارهای منفی و کنترل‌کننده متمایز می‌شود و با توجه به اثراتش بر روی مقاومت و نگهداری نشانه‌ها تأثیر می‌گذارد. همانطور که بر روی فشارها و ناهماهنگی‌های خانواده تأثیر می‌گذارد. اگر چه عدم استفاده از داروهای محرک در کودکان باعث کاهش رفتار اجباری در کودکان و والدینشان می‌شود. رویکردهای آموزش والدین مستقیماً رفتارهای

1- Hoofdakker, Van dervenn mulders, Emmelkamp, Mindera & Nauta

اجباری را مورد هدف قرار نمی‌دهند. بلکه دامنه وسیعی از مهارت‌های والدینی و متغیرهای خانوادگی را برای مدیریت کودکان ADHD در یک موقعیت بسیار متنوع آشکار می‌کنند. بنابراین آموزش والدین یک فعالیت کلینیکی کلیدی برای خانواده‌ها می‌باشد (بارتا و الندیک، ۲۰۰۴).

با توجه به موارد فوق، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی صورت گرفت.

### روش

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و از لحاظ شیوه جمع‌آوری اطلاعات از نوع تحقیقات تجربی است و با توجه به اینکه انتخاب و جایگزین آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل به‌طور تصادفی صورت پذیرفت، از نوع تحقیقات تمام آزمایشی به‌شمار می‌رود.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر پایه پنجم ابتدایی دبستان‌های مدارس دولتی مناطق ۱، ۳ و ۴ شهر تبریز درسال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بود. تعداد دانش‌آموزانی را که توسط پرسشنامه (کانرز فرم معلم) مورد سنجش قرار گرفتند ۸۳۳ نفر تشکیل داده است که بر اساس اجرای آزمون کانرز معلم و نتایج و مصاحبه بالینی با یکی از والدین آنها و مشاهده و قضاوت بالینی کودک، ۴۸ نفر تشخیص اختلال ADHD را دریافت کردند. از بین ۴۸ نفر تشخیص داده شده، در نهایت ۴۰ نفر از این دانش‌آموزان بر اساس ملاک‌های ورود به‌طور تصادفی انتخاب شدند.

روش نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. به این ترتیب که در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ از بین پنج ناحیه آموزش و پرورش شهر تبریز (که به گزارش اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی ۲۲۷۸۱ نفر دانش‌آموز پایه پنجم بودند)، سه ناحیه (۱، ۳ و ۴) به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس از بین مدارس پسرانه و دخترانه این سه ناحیه، به‌جز مدارس تیزهوشان و غیرانتفاعی، ۱۰ دبستان به

صورت تصادفی انتخاب شدند و پس از کسب مجوزهای لازم به دبستان‌های انتخاب شده، با همکاری معلمان پایه پنجم ابتدایی، ۸۳۳ دانش آموز توسط پرسشنامه نشانه‌شناسی ADHD (کانرز فرم معلم) مورد سنجش قرار گرفتند.

پس از تشخیص نهایی و انتخاب کودکان دارای ADHD که ۴۸ نفر بودند، به شیوه تصادفی ۴۰ نفر از دانش آموزان دارای اختلال فوق به‌عنوان حجم نمونه برای تحقیق انتخاب و در دو گروه ۲۰ نفره (گروه آزمایش و گواه) به صورت تصادفی گمارده شدند. سپس افراد راه‌یافته به دو گروه نمونه به‌طور تصادفی در سه گروه (بیش‌فعال، کم توجه و ترکیب بیش‌فعال / کم‌توجه) قرار گرفتند. برای حجم نمونه حد نصاب‌هایی ارائه می‌شود که خوب است محقق در تخمین حجم نمونه، آنها را در نظر داشته باشد تا حداقل حجم نمونه از آن کمتر نشود. در تحقیق تجربی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) به‌صورت تصادفی توصیه شده است (دلاور، ۱۳۸۱). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از کودکی که براساس ملاک‌های تشخیص اصلی بر طبق ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/تکانشگری-نقص توجه بودند، دانش‌آموزان مقطع پنجم ابتدایی که در محدوده سنی ۱۰ تا ۱۲ سال بودند، نداشتن هر نوع مشکلات حرکتی و جسمی، سطح اقتصادی و اجتماعی حداقل متوسط و ضریب هوشی بالای ۸۰.

### ابزارهای اندازه‌گیری

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای مختلفی استفاده شده است که به صورت مختصر در ذیل آورده شده‌اند:

مقیاس درجه‌بندی کانرز فرم معلم: پرسشنامه فوق یکی از ابزارهای مهم ارزیابی رفتار کودکان در سطح جهان است که توسط کانرز در سال ۱۹۷۸ فراهم آمد. پرسشنامه دارای ۳۹ گویه می‌باشد و سه حیطه رفتار کلاسی، شرکت در گروه و نگرش به مراجع قدرت را می‌سنجد. ضریب همبستگی این آزمون بین ۰/۲۹ تا ۰/۸۶، ضریب پایایی ۰/۷۵ و روایی ملاکی همزمان آن (r=۰/۸۴) گزارش شده است (شههیم، یوسفی و شهائیان، ۱۳۸۶).

مقیاس درجه‌بندی کانرز فرم والدین: آزمون کانرز والدین توسط کیت کانرز در سال ۱۹۶۰ به منظور کمک به شناسایی کودکان بیش فعال آغاز شد. مقیاس فوق برای ارزیابی وضعیت رفتاری کودکان و نوجوانان ۳ تا ۱۷ ساله از نظر شدت علائم ADHD طراحی شده<sup>۱</sup> (گویت، کانرز، اولریچ، ۱۹۷۸). فرم والدین کانرز (CPRS-48) دارای ۴۸ گویه است که به وسیله والدین کودک تکمیل می‌گردد که به بررسی رفتار کودک در ۶ قلمرو مشکلات سلوک، مشکلات یادگیری، مشکلات روان‌تنی، مشکلات بیش‌فعالی-تکانش‌گری، مشکلات اضطرابی و شاخص بیش‌فعالی می‌پردازد (گویت، کانرز و اولریچ، ۱۹۷۸). همبستگی درونی مقیاس فوق بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳، ضریب پایایی ۰/۷۰ و روایی ملاکی همزمان آن ( $p < ۰/۰۰۱$ ,  $r = ۰/۶۷$ ) گزارش شده است (شهائیان، شهیم، بشاش و یوسفی، ۱۳۸۶).

مقیاس خشم کودکان: این پرسشنامه ابزار خودگزارشی است که برای بررسی موقعیت‌های مختلفی که موجب بروز خشم در کودکان می‌شود، توسط نیاسون در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است، این آزمون برای سنین ۶ تا ۱۶ سال تهیه شده پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس ناکامی، پرخاشگری بدنی، روابط با همسالان و روابط با مراجع قدرت می‌باشد. ضریب باز آزمایی مقیاس فوق ۰/۶۵ تا ۰/۷۵، ثبات درونی آن ۰/۸۵ تا ۰/۸۶ و روایی آن ۰/۹۳ گزارش شده است.

### روند اجرای پژوهش

جمع‌آوری اطلاعات و اجرای مقیاس‌ها به صورت گروهی در محل تحصیل دانش‌آموزان صورت گرفته است. به این شیوه که پس از تشخیص کودکان بیش‌فعال و کم‌توجه (توسط اجرای آزمون کانرز فرم معلم و مصاحبه)، بارضایت والدین برای همکاری در پژوهش، به منظور جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه کانرز فرم والدین در اختیار هر دو والد (والدین کودکان ADHD با همکاری مدیر به مدرسه دعوت شدند) قرار گرفت. از والدین قبل از اجرای مداخلات آزمایشی، اجرای مقیاس کانرز والدین به عنوان پیش‌آزمون (برای

1- Goyette, Connors & Ulrich



ثبت خط پایه) و پس از مداخلات آزمایشی، اجرای همان مقیاس به‌عنوان پس‌آزمون صورت گرفت. هم‌چنین به دانش‌آموزان (نمونه‌های انتخاب شده) پرسشنامه سنجش انگیزش تحصیلی هارتر و آزمون خشم کودکان برای هر دو گروه ارائه شد. برای جلوگیری از دخالت متغیرهایی مثل سرعت و درک خواندن و به منظور هماهنگی بیشتر و اطمینان از فهم درست سوال‌ها، سوال‌ها یک به یک برای گروه خوانده می‌شد تا همه دانش‌آموزان هماهنگ باهم در تکمیل پرسشنامه‌ها پیش بروند.

سپس مطابق با برنامه آموزشی مهارت‌های کنترل کودک، هشت جلسه آموزشی در دو ماه اجرا گردید. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه ۱/۵ ساعته و به‌صورت هفتگی (شفاهی و کتبی) تحت آموزش قرار گرفت که عناوین جلسات آموزشی به‌شرح زیر است:

جلسه اول توضیح ADHD، شناختن عوامل موثر بر رفتار کودکان و آشنایی والدین با روش‌های مثبت رفتار و کاربرد تحسین و توجه؛ هدف اصلی این جلسه تغییر نگرش والدین به مشکلات کودک است.

جلسه دوم کاربرد پاداش و امتیازها؛ در این جلسه به ویژگی‌های تشویق‌های موثر در کودکان ADHD اشاره می‌شود. هدف توضیح تقویت مثبت و شناساندن انواع تقویت‌کننده‌ها است.

جلسه سوم استفاده از تحسین القایی؛ روش‌های افزایش رفتارهای مطلوب از طریق فنون ارائه تحسین القایی.

جلسه چهارم استفاده موثر از بی‌توجهی یا بی‌اعتنایی؛ هدف از کاربرد این روش مهارت اطاعت و اصلاح رفتار به والدین و نیز مداخلات مربوط به کاهش رفتارهای نامطلوب.

جلسه پنجم استفاده از محروم کردن برای رفتارهای پرخطر و پرخاشگرانه؛ محروم کردن فقط برای رفتارهای پرخاشگرانه کودکان ADHD استفاده می‌شود که برای کاهش مشکلات خطرناک و جدی به کار می‌رود.

جلسه ششم استفاده از حذف پاداش‌ها و امتیازها؛ برای جلوگیری از بدرفتاری‌های

شدید به کار می‌رود.

جلسه هفتم کاربرد تنبیه بدنی: هدف از آموزش این مهارت این است که این موضوع را برای والدینی که زدن را به‌عنوان روش اولیه انضباط به کار می‌برند روشن کنیم، که شش مهارت قبلی تنبیه بدنی را در حد زیادی کاهش می‌دهد (منظور ما از تنبیه بدنی زدن روی کفل‌ها کاملاً کنترل شده است).

جلسه هشتم استفاده از تسلیم، انجام تکلیف (ارتباط خانه و مدرسه) و جمع‌بندی آموخته‌ها: در این جلسه، مهارت‌هایی که والدین در جلسات قبل آموخته‌اند توسط آنها مرور می‌شود و همچنین مهارت تسلیم و انجام تکالیف درسی نیز همراه با پس‌آزمون اجرا می‌شود. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این طرح پژوهشی از روش آماری چندمتغیره مانوا (آنالیز واریانس و آزمون تعقیبی توکی) استفاده شده است.

### نتایج

در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون تکانشگری، کم‌توجهی، اضطراب، پرخاشگری بدنی و روابط با همسالان در سه گروه نقص توجه/بیش‌فعالی، نقص توجه، بیش‌فعالی و گروه‌های کنترل آنها نشان داده شده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون تکانشگری، کم‌توجهی، اضطراب، پرخاشگری بدنی و روابط با همسالان در سه گروه نقص توجه/بیش‌فعالی، نقص توجه، بیش‌فعالی و گروه‌های کنترل آنها

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
تکانشگری	گروه آزمایش نقص توجه/بیش‌فعال	۱۰	۱۳/۱۰	۱/۸۵
	گروه آزمایش نقص توجه	۶	۷/۱۶	۱/۱۶
	گروه آزمایش بیش‌فعال	۴	۱۲/۵۰	۲/۰۸
	گروه کنترل نقص توجه/بیش‌فعال	۹	۱۱/۲۲	۲/۷۷
	گروه کنترل نقص توجه	۷	۱۴/۵۷	۱/۵۱
	گروه کنترل بیش‌فعال	۴	۱۰/۲۵	۲/۵۰
کم‌توجهی	گروه آزمایش نقص توجه/بیش‌فعال	۱۰	۴۰/۹	۱/۳۴
	گروه آزمایش نقص توجه	۶	۸۳/۸	۱/۸۳

۱/۷۰	۵/۲۵	۴	گروه آزمایش بیش فعال	
۲/۱۴	۸/۸۸	۹	گروه کنترل نقص توجه/ بیش فعال	
۱/۶۷	۸/۸۵	۷	گروه کنترل نقص توجه	
۱/۵۰	۵/۲۵	۴	گروه کنترل بیش فعال	
۳/۵۶	۹/۶۰	۱۰	گروه آزمایش نقص توجه/بیش فعال	اضطراب
۲/۱۶	۷/۶۶	۶	گروه آزمایش نقص توجه	
۱/۷۰	۶/۲۵	۴	گروه آزمایش بیش فعال	
۳/۷۳	۹/۷۷	۹	گروه کنترل نقص توجه/ بیش فعال	
۱/۲۷	۷/۴۲	۷	گروه کنترل نقص توجه	
۲/۴۸	۸/۵۲	۴	گروه کنترل بیش فعال	
۳/۴۱	۲۷/۸۷	۱۰	گروه آزمایش نقص توجه/بیش فعال	پرخاشگری
۳/۶۲	۲۸/۰۶	۶	گروه آزمایش نقص توجه	بدنی
۳/۴۱	۲۸/۵۰	۴	گروه آزمایش بیش فعال	
۶/۵۳	۲۶/۲۰	۹	گروه کنترل نقص توجه/ بیش فعال	
۳/۹۲	۲۴/۶۵	۷	گروه کنترل نقص توجه	
۴/۳۴	۲۶/۲۵	۴	گروه کنترل بیش فعال	
۴/۴۴	۲۳/۶۷	۱۰	گروه آزمایش نقص توجه/بیش فعال	روابط با همسالان
۲/۵۰	۲۰/۶۶	۶	گروه آزمایش نقص توجه	
۲/۱۶	۲۵/۰۰	۴	گروه آزمایش بیش فعال	
۵/۲۵	۲۳/۶۲	۹	گروه کنترل نقص توجه/ بیش فعال	
۴/۵۶	۱۸/۸۵	۷	گروه کنترل نقص توجه	
۳/۶۹	۲۰/۵۰	۴	گروه کنترل بیش فعال	

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد پس از آزمون تکانشگری، کم توجهی، اضطراب، پرخاشگری بدنی و روابط با همسالان در سه گروه نقص توجه/ بیش فعالی، نقص توجه، بیش فعالی و گروه‌های کنترل آنها

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
تکانشگری	گروه آزمایش نقص توجه/بیش فعال	۱۰	۱۰/۵۰	۱/۲۵
	گروه آزمایش نقص توجه	۶	۷/۸۳	۱/۴۷
	گروه آزمایش بیش فعال	۴	۱۰/۵۰	۰/۵۷
	گروه کنترل نقص توجه/ بیش فعال	۹	۱۱/۴۴	۲/۶۰
	گروه کنترل نقص توجه	۷	۸/۸۵	۱/۷۷
	گروه کنترل بیش فعال	۴	۱۰/۰۰	۲/۹۴

۲/۱۸	۶/۹۰	۱۰	گروه آزمایش نقص توجه/بیش فعال	کم توجهی
۱/۸۳	۸/۸۳	۶	گروه آزمایش نقص توجه	
۱/۷۰	۵/۲۵	۴	گروه آزمایش بیش فعال	
۲/۱۴	۸/۸۸	۹	گروه کنترل نقص توجه/بیش فعال	
۱/۶۷	۸/۸۵	۷	گروه کنترل نقص توجه	
۱/۵۰	۵/۲۵	۴	گروه کنترل بیش فعال	
۱/۷۶	۷/۳۰	۱۰	گروه آزمایش نقص توجه/بیش فعال	اضطراب
۲/۱۶	۷/۶۶	۶	گروه آزمایش نقص توجه	
۱/۷۰	۶/۲۵	۴	گروه آزمایش بیش فعال	
۳/۴۰	۹/۵۳	۹	گروه کنترل نقص توجه/بیش فعال	
۱/۲۷	۷/۴۲	۷	گروه کنترل نقص توجه	
۲/۵۸	۸/۴۴	۴	گروه کنترل بیش فعال	
۲/۹۰	۲۹/۰۰	۱۰	گروه آزمایش نقص توجه/بیش فعال	پرخاشگری
۳/۶۲	۲۷/۸۱	۶	گروه آزمایش نقص توجه	بدنی
۱/۲۱	۳۰/۷۱	۴	گروه آزمایش بیش فعال	
۴/۰۱	۲۶/۶۳	۹	گروه کنترل نقص توجه/بیش فعال	
۳/۸۴	۲۴/۶۹	۷	گروه کنترل نقص توجه	
۴/۳۴	۲۷/۲۵	۴	گروه کنترل بیش فعال	
۲/۹۳	۲۴/۲۰	۱۰	گروه آزمایش نقص توجه/بیش فعال	روابط با همسالان
۴/۱۳	۲۴/۶۶	۶	گروه آزمایش نقص توجه	
۲/۰۶	۲۵/۲۵	۴	گروه آزمایش بیش فعال	
۱۱/۰۴	۲۶/۷۷	۹	گروه کنترل نقص توجه/بیش فعال	
۴/۵۶	۱۸/۸۵	۷	گروه کنترل نقص توجه	
۳/۶۹	۲۰/۵۰	۴	گروه کنترل بیش فعال	

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد میانگین و انحراف استاندارد پس از آزمون تکانشگری، کم‌توجهی، اضطراب، پرخاشگری بدنی و روابط با همسالان در سه گروه نقص توجه/بیش‌فعالی، نقص توجه، بیش‌فعالی و گروه‌های کنترل آنها آمده است. جدول‌های شماره ۱ و ۲ نشان‌دهنده این است که در بین گروه‌های آزمایش (نقص توجه/بیش‌فعال، گروه نقص توجه و گروه بیش‌فعال) با گروه‌های کنترل آنها تفاضل پیش‌آزمون پس‌آزمون معیار بوده است.

جدول (۳) تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی معنی‌داری آموزش مدیریت والدین بر هر یک از مولفه‌های مقیاس کانزدرگروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
تکانشگری	۵۲/۵۶	۵	۱۱/۹۱	۳/۱۷	۰/۰۱
کم‌توجهی	۸۴/۱۲	۵	۱۶/۸۲	۴/۴۳	۰/۰۱
اضطراب	۴۱/۵۴	۵	۸/۳۰	۱/۵۴	۰/۰۱
گروه‌ها روان‌تنی	۱۲/۹۵	۵	۲/۵۹	۰/۵۳	۰/۰۱
سلوک	۶۳/۰۴	۵	۱۲/۶۰	۱/۰۳	۰/۰۱
پرخاشگری بدنی	۱۲۶/۳۹	۵	۲۵/۲۷	۲/۰۴	۰/۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد آموزش مدیریت والدین روی کاهش تکانشگری، کم‌توجهی، اضطراب و پرخاشگری بدنی در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی و هر دو با هم تأثیر مثبتی دارد.

جدول (۴) جدول آزمون تعقیبی توکی بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مولفه‌های مقیاس کانز

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	میانگین تفاوت‌ها	سطح معناداری
تکانشگری	گروه آزمایش نقص توجه/بیش‌فعال - گروه کنترل نقص توجه/بیش‌فعال	گروه کنترل نقص توجه	-۴/۹۴	۰/۰۱
	گروه آزمایش نقص توجه	گروه کنترل بیش‌فعال	-۱/۰۲	۰/۰۱
	گروه آزمایش بیش‌فعال - گروه کنترل بیش‌فعال	گروه کنترل بیش‌فعال	-۱/۶۴	۰/۰۱
کم‌توجهی	گروه آزمایش نقص توجه/بیش‌فعال - گروه کنترل نقص توجه/بیش‌فعال	گروه کنترل نقص توجه	-۱/۹۸	۰/۰۲
	گروه آزمایش بیش‌فعال	گروه کنترل بیش‌فعال	-۱/۰۲	۰/۰۲
	گروه آزمایش نقص توجه - گروه کنترل بیش‌فعال	گروه کنترل بیش‌فعال	-۳/۲۰	۰/۰۱
اضطراب	گروه آزمایش نقص توجه/بیش‌فعال - گروه کنترل نقص توجه/بیش‌فعال	گروه کنترل نقص توجه	-۲/۲۳	۰/۰۱
	گروه آزمایش بیش‌فعال	گروه کنترل بیش‌فعال	-۱/۸۶	۰/۰۳
	گروه آزمایش نقص توجه - گروه کنترل بیش‌فعال	گروه کنترل بیش‌فعال	-۲/۱۰	۰/۰۱
پرخاشگری	گروه آزمایش نقص توجه/بیش‌فعال - گروه کنترل نقص توجه/بیش‌فعال	گروه کنترل نقص توجه	-۲/۳۶	۰/۰۱

بدنی	توجه/بیش فعال	۳/۱۱-۰/۰۱	۰/۰۱
	گروه آزمایش نقص توجه- گروه کنترل نقص توجه	۳/۴۶-۰/۰۱	۰/۰۱
	گروه آزمایش بیش فعال- گروه کنترل بیش فعال		

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌گردد در بین گروه‌های آزمایش (نقص توجه/بیش فعال، گروه نقص توجه و گروه بیش فعال) با گروه‌های کنترل آنها تفاوت معنادار در متغیرهای تکانشگری، کم‌توجهی، اضطراب و پرخاشگری بدنی در سطح  $(p \leq 0.05)$  وجود دارد و این نشان‌دهنده این است که آموزش مدیریت والدین روی کاهش تکانشگری، کم‌توجهی، اضطراب و پرخاشگری بدنی در کودکان دچار نقص توجه/بیش فعالی، نقص توجه و بیش فعال تأثیر بسزایی دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان بیش فعال و کم توجه انجام گرفت. نتایج تحلیل چندمتغیره نشان داد که با در نظر گرفتن نمره پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی، مداخلات آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان بیش فعال و کم‌توجه موثر است.

نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر ضمن تأیید تحقیقات دیگر مثل (فهلینگ، روبرتز، هامفریز و داو، ۱۹۹۱؛ ماکین بام و گودمن<sup>۲</sup>، ۱۹۷۱؛ بارکلی، ادواردز لانری، فلنچر و میتوا، ۲۰۰۱؛ خوشابی، قدیری و جزایری، ۱۳۸۵، نجفی و فیروزبخش، ۱۳۸۷؛ هوشور، بهنیا، خوشابی، میرزایی و رهگذر، ۱۳۸۸؛ محرری، شهرپور و تهرانی‌دوست، ۱۳۸۸؛ جعفری، آشتیانی و طهماسیان، ۱۳۹۰؛ مفتاق، محمدی، غنی‌زاده، رحیمی و نجیمی، ۱۳۹۰) نشان دادند، که درمان‌روانی آموزشی، تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر نشانه‌های اصلی (مشکلات بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری) اختلال ADHD داشته و علاوه بر این تأثیر قابل توجهی بر اختلالات همبود با اختلال ADHD داشتند. (هوف داکر و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسپیکرز، ۲۰۱۰ و طالعی، طهماسب و وفائی، ۱۳۹۰) طبق بررسی‌های

1- Fehings, Roberts, Humphries &amp; Dawe

2- Meichenbaum &amp; Goodman

خود نتیجه گرفتند که آموزش مدیریت والدین رفتار به والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD و همچنین در ایجاد تعاملات مثبت بین والدین و فرزندشان در کنار درمان‌های رایج بالینی نقش بسیار تأثیرگذاری را ایفا کند.

همچنین این فرضیه «آموزش مدیریت والدین کاهش اضطراب در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی را به دنبال دارد» مورد تأیید قرار گرفت. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر ضمن تأیید تحقیقات دیگر مثل (هوش‌ور، بهنیا، خوشابی، میرزایی و رهگذر، ۱۳۸۸؛ بهبهانی، محمدی و رحیمی، ۱۳۸۹؛ موریس، مسترز و ون دن برگ، ۲۰۰۳؛ خدایناهی، قنبری، نادعلی و موسوی، ۱۳۹۱ و جاکوپس، ۲۰۱۲) منطبق است و حاکی از آن است آموزش مدیریت والدین باعث کاهش اضطراب در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی می‌شود. در توجیه این تأثیر می‌توان گفت که آموزش والدین در نحوه مدیریت مشکلات رفتاری کودکان، می‌تواند رفتارهای کودکان پیش از دبستان را که نشانه‌های اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی دارند، اصلاح کند.

همین‌طور فرضیه «آموزش مدیریت والدین کاهش پرخاشگری در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی را به دنبال دارد» مورد تأیید قرار گرفت. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر ضمن تأیید تحقیقات دیگر مثل (ناظمی، محمدخانی و خوشابی، ۲۰۱۰؛ صادقی و همکاران، ۱۳۹۰؛ مفتاق و همکاران، ۱۳۹۰؛ رجب‌پور، مکوند حسینی و رفیعی‌نیا، ۱۳۹۱) منطبق است و حاکی از آن است آموزش مدیریت والدین کاهش پرخاشگری در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی را موجب می‌شود. در توجیه این مطلب می‌توان گفت که کودکان بیش‌فعال به دلیل بیش‌فعالی که دارند معمولاً نسبت به سایر کودکان دیگر در مدارس یا خانه یا نسبت به همبازی‌های خودشان پرخاشگری نشان دهند، توجه والدین به این کودکان و کنترل کردن فعالیت‌های کودکان می‌تواند از پرخاشگری کودک جلوگیری کنند و همچنین با دادن تکالیف و تمرین بیشتر و استفاده از محروم‌سازی می‌توانند تکانشگری و پرخاشگری را کاهش دهند.

از محدودیت‌هایی که در بررسی نتایج این پژوهش باید در نظر گرفته شود مختص بودن نمونه مورد بررسی به شهر تبریز و دانش‌آموزان پنجم ابتدایی می‌باشد که به همین دلیل قابلیت تعمیم نتایج آن محدود می‌باشد. استفاده صرف از پرسشنامه جهت جمع‌آوری اطلاعات، محدودیت زمانی برای ارائه آموزش‌ها، و تعداد جلسات کوتاه از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌باشد. این محدودیت‌ها احتمالاً نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها، یافته‌های این پژوهش نتایج مهم و معنی‌داری را در زمینه اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کم‌توجهی به دست می‌دهد. از این رو، بر اساس نتایج، توجه به آموزش مدیریت والدین می‌تواند در بهبود مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کم‌توجهی مفید و مؤثر واقع شود و راهنمای مشاوران و درمانگران جهت رفع مشکلات رفتاری این کودکان باشد و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی درباره اثربخشی این روش در کودکان دارای اختلالات دیگر و مقاطع تحصیلی دیگر انجام شود. در پایان از جناب آقای دکتر سلیمانزاده (متخصص کودکان) که در این پژوهش صمیمانه نهایت همکاری را با محقق داشتند قدردانی می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۲/۰۴/۲۹

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۲/۱۰/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۳/۰۲/۱۵

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



## References

## منابع

- بهبهانی، مرجان؛ محمدی، نوراله و رحیمی، چنگیز (۱۳۸۹). اثر آموزشی گروهی مهارت‌های شناختی- رفتاری بر اضطراب آشکار کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، *مجله مطالعات آموزشی و یادگیری*، ۲، ۱-۲.
- تهرانی‌دوست، مهدی؛ شهریور، زهرا؛ محمودی قرائی، جواد؛ علاقبندراد، جواد (۱۳۸۷). تأثیر آموزش تربیت‌سازنده فرزندان به والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۴، ۳۷۹-۳۷۱.
- جعفری، بهناز؛ فتحی آشتیانی، علی و طهماسیان، کارینه (۱۳۹۰). بررسی تأثیر برنامه گروهی فرزند پروری مثبت در نشانه‌های اصلی ADHD. *مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، شماره ۷، صص ۱۳۸-۱۲۳.
- خداپناهی، محمد کریم؛ قنبری، سعید؛ نادعلی، حسین و موسوی، پریسا (۱۳۹۱). کیفیت روابط مادر- کودک و نشانگان اضطرابی در کودکان پیش دبستانی، *مجله روانشناسی تحولی*، ۳۳، ۱۳-۵.
- دلاور، علی (۱۳۸۱). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، تهران: نشر ویرایش.
- رجب‌پور، مجتبی؛ مکوندحسینی، شاهرخ و رفیعی‌نیا، پروین (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی والد- کودک بر پرخاشگری کودکان پیش دبستانی، *مجله روانشناسی بالینی*، ۱، ۶۵-۷۴.
- زرگری‌نژاد، غزاله و یکه‌یزدان‌دوست، رخساره (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه موردی)، *مجله مطالعات روانشناختی*، ۳، ۲۹-۴۸.
- شهائیان، آمنه؛ شهیم، سیما؛ بشاش، لعیا و یوسفی، فریده (۱۳۸۶). هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز، *مجله مطالعات روانشناختی دانشگاه الزهراء*، ۳، ۹۷-۱۲۰.
- شهیم، سیما؛ یوسفی، فریده و شهائیان، آمنه (۱۳۸۶). هنجاریابی و ویژگی‌های روانسنجی مقیاس درجه‌بندی کانرز- فرم معلم، *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۱ و ۲، ۲۶-۱.
- صادقی، اکبر؛ شهیدی، شهریار و خوشابی، کتابون (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، *مجله خانواده‌پژوهی*، ۲۶، ۱۸۵-۱۷۵.
- طالعی، علی؛ طهماسیان، کارینه؛ وفائی، نرگس (۱۳۹۰). اثر بخشی آموزش فرزندپروری مثبت بر خود اثرمندی والدینی مادران، *مجله خانواده‌پژوهی*، ۲۷، ۳۳۳-۳۱۱.

عابدی، احمد؛ جمالی، سمیه؛ فرامرزی، سالار؛ آقایی، الهام، بهروز، منیر (۱۳۹۱). فراتحلیل جامع مداخلات رایج در مورد اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، *مجله روانشناسی معاصر*، ۱، ۳۴-۱۷.

علیزاده، حمید (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی-فزون جنبشی*، تهران: انتشارات رشد.

فتحی، نادر (۱۳۷۴). تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

کاپلان و سادوک (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی*، ترجمه فرزین رضاعی، جلد سوم، تهران: انتشارات ارجمند.

گرچی، یوسف؛ سیف، علی‌اکبر؛ دلاور، علی؛ کریمی، یوسف (۱۳۸۴). مقایسه اثر بخشی کاربرد روش‌های اصلاح رفتار والدین و معلمان و ترکیب هر دو در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه دانش‌آموزان دوره ابتدایی، *مجله دانش‌پژوه در روانشناسی*، ۲۱۲۲-۱.

محرری، فاطمه؛ شهریور، زهرا؛ تهرانی‌دوست، مهدی (۱۳۸۸). تأثیر آموزش برنامه تربیت سازنده به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی، *مجله علمی پژوهی اصول بهداشت روانی*، شماره ۱، صص ۳۱-۴۰.

مفتاق، سیدداود؛ محمدی، نوراله؛ غنی‌زاده، احمد؛ رحیمی، چنگیز؛ نجیمی، آرش (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روش‌های مختلف درمان در اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی کودکان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۱۴۸، ۹۶۵-۹۷۶.

ناظمی، محمدخوانی، پروانه؛ خوشابی، کتابون (۲۰۱۰). استفاده از اداره‌گردانی والدینی برای تعاملات آزارنده والد- کودک در کودکان مبتلا به ADHD، *مجله علوم رفتاری و اجتماعی*، ۵، ۲۴۹-۲۴۴.

نجفی، مصطفی؛ فروزبخش، احمد (۱۳۸۷). بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر علائم کودکان بیش‌فعال / کم‌توجه، چکیده مقالات سومین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران.

هوش‌ور، پارسا؛ بهنیا، فاطمه؛ خوشابی، کتابون؛ میرزایی، هوشنگ و رهگذر، مهدی (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی بر اختلالات رفتاری فرزندان، *مجله توانبخشی*، ۳، ۳۰-۲۴.

American psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed, Text revision) (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American psychiatric Association.

- Anastopoulos, A.D., Shelton, TL., DuPaul, GJ., Guevremont, DC. (1993). Parent training for Attention deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal of Psychology*, 21: 581-596.
- Barretta, M., Paula. Ollendick. H, thomus. (2004). *Intervention that work with children and adolescents pervention and treatment*. Copy right John Wily & Sons Ltd.
- Barkley, RA. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.
- Barkly, R A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., Metevia, L. (2001). The efficacy of problem- solving communication training alone. *Behavior Management*, 24: 124- 135.
- Biederman, J., Faraone, SV. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366: 237-48.
- Brock, ES., Jimerson, SH., Hasen, RL. (2009). Identifying, assessing, and treating ADHD at school. New Yourk: Springer.
- Crick, NR., Ladd, GW. 1990. Children's perceptions of the outcomes of social strategies: Do the ends justify being mean. *Developmental Psychology*, 29: 612-20.
- Cukiert, A., Burattini, J., Cukiert, CM., Baldochi, M., base-zung, C., Fortser, CR. (2009). Centro-median stimulation yields additional seizure frequency and attention improvement in patiens previously submitted to callosotomy. *Journal of British Epilepsy Association*, 18: 588-592.
- Dineen, P., Fitzgerald, M. (2010). P01-192 Executive function in routine childhood ADHD assessment. (2010). *Journal of European psychiatry*, 25, 402.
- Fabio, GA., Pelham, WE., Coles, EK., Ganagy, EM., Chronis Tusciano, A., Oconner, BC. (2009). Ameta-analysis of behavioral treatment for attention deficit/hyperactivity disorder. *Cilincial psychology Reviw*, 29: 129-40.
- Fehlings, DL., Roberts, W., Humphries, T., Dawe, G. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior? *Journal of Dev behav pediater*, 4: 8- 223.
- Henderson, K. (2003). Identifying and treating attention deficit hyperactivity disorder: a resource for school and home. U.S. Department of Education Office of Special Education and Rehabilitative Services, Washington, D.C.

- Hoofdakker, B.J., Van der veen mulders, L., Emmelkamp, P.M., Mindera, R.B., Nauta, M.H. (2007). Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice. *A randomized controlled study*, 46, 71-1263.
- Jakobsen, IS., Horood, J., Fergusson, DM. (2012). Child hood anxiety/ withdrawal, Adolescent parent-child attachment and later risk of depression and anxiety disorder. *Journal of child & family studies*, 2: 303-310.
- Johansen, E B., Aase, H., Meyer, A., Sagvolden. (2002). ADHD behavior explained by dysfunctioning reinforcement and extinction processes. *Behavioral Brain Research*, 130: 37-45.
- Meichenbaum, DH., Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self- control. *Journal of Abnormal psychology*, 2: 26-115.
- Muris, P., Meesters, C., Vandenberg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self- reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of child & family studies*, 12: 171-183.
- Sanchez, B. (2005). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Psychology Today*. University of West Alabama. Copy right 1991-2006 Sussex Publishers.
- Shelton, TL., Barkley, RA. (1994). Critical Issues in the assessment of attention deficit disorder in children. *Topic in language disorder*, 14: 26-41.
- Spijkers, W. (2010). *Effectiveness of a parenting program in a public health setting. Department of health sciences*, University of Groningen, Netherlands. From the web: <http://www.biomed central.Com>.
- Stray horn, M., Weidman, CS. (1989). Reduction of attention deficit and internalizing symptoms in preschooler through parent-child interaction training. *Journal of American of child & Adolescent psychiatry*, 28: 888-896.
- Toplak, ME., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B., Parks, S. 2008. Review of cognitive, cognitive- behavioral, and neural-based intervention for Attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Clin psychol Rev*, 5: 23-801.