

# مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی

محمد رضا ذوقی‌پایدار / استادیار گروه روان‌شناسی / دانشگاه بوعلی سینا همدان

معصومه قاسمی / کارشناس روان‌شناسی عمومی / دانشگاه بوعلی سینا همدان

احمد بیات\* / کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان / دانشگاه تبریز

سمانه صناعی کمال / کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی / دانشگاه تبریز

## چکیده

**زمینه:** بیش‌فعالی یکی از رایج‌ترین اختلال‌های رفتاری است که سلامت روان والدین، به‌ویژه مادران را به‌عنوان فردی که نخستین ارتباط را با کودک دارد، به خطر می‌اندازد. هدف این پژوهش مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بود. **روش:** روش پژوهش حاضر، از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری تمامی مادران در شهر همدان در سال ۱۳۹۰ بود. ۲۰۰ نفر از مادران کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی و مادران کودکان عادی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از بین مدارس ابتدایی ناحیه یک همدان در ۲ مرحله انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه کانرز (فرم والد) و سیاهه نشانه‌های اختلال‌های روانی به‌دست آمد و به کمک نسخه ۱۸ برنامه اسپاس تحلیل شد. روش آماری مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها، تحلیل واریانس چندمتغیره بود.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین میزان سلامت روان مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی و مادران دارای کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بین میزان شکایات جسمی، وسواس - اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی و مادران دارای کودکان عادی تفاوت معنادار وجود داشت ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی نسبت به مادران دارای کودکان عادی سلامت روانی پایین‌تری دارند. دشواری‌های زندگی با یک کودک دارای اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بر سلامت روان مادران این کودکان بی‌تاثیر نیست، بنابراین توصیه می‌شود مداخله‌های پیشگیرانه، آموزشی و درمانی برای بهبود سلامت روان این گروه از مادران ارایه شود. **واژه‌های کلیدی:** سلامت روان، مادران، اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی

## مقدمه

روان‌شناختی است که کینز<sup>۲</sup> آن را ترکیبی از احساسات مثبت (بهزیستی عاطفی) و عملکرد مثبت (بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی) تعریف کرده است (۲). خانواده یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی است که می‌تواند نیازهای انسان را ارضا کند. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است (۳). در تمامی فرهنگ‌ها و جوامع، خانواده کانون شکل‌گیری هویت و رفتار است

یکی از مسایل مهم در زندگی بشر سلامت روان<sup>۱</sup> و شناخت شیوه دستیابی به آن است. موضوع سلامتی از شروع پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی همواره مورد توجه انسان بوده است (۱). سلامت روان یکی از مباحث مهمی است که در رشد و بالندگی خانواده و جامعه موثر است و از جمله کلیدی‌ترین مفاهیم

1. Mental Health

\* Email: bayata61@yahoo.com

2. Keyes

احساس خصومت از جانب والدین نسبت به کودک می‌انجامد. این واکنش‌ها سرانجام منجر به حادث شدن مشکلات کودک می‌شود. به این ترتیب چرخه معیوبی به وجود می‌آید؛ به صورتی که به تدریج تشخیص دقیق علت و معلول بسیار بعید به نظر می‌رسد (۵). از آنجا که مشکلات رفتاری کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی زیاد است، والدین آن‌ها تنیدگی بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند. تنیدگی در زمینه خانوادگی، به ویژه زمانی که تنیدگی مزمن و پایدار در رشد باشد، اثرات قابل توجهی بر بهزیستی والدین، کودکان و رابطه والد - کودک دارد.

پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۲</sup> (۷) ویژگی‌های تشخیصی اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی را به این شرح آورده است: خصیصه‌های اصلی اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی الگوی پایدار بی‌توجهی یا بیش‌فعالی - تکانشگری است که در عملکرد یا تحول فرد اختلال ایجاد می‌کند. خصیصه بیش‌فعالی از نظر رفتاری در اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی به عنوان نوعی سرگردانی در تکلیف، نداشتن ثبات، دشواری در نگهداری توجه و آشفتن بودن آشکار می‌شود. بیش‌فعالی برمی‌گردد به فعالیت حرکتی بیش از اندازه هنگامی که مناسب نیست یا ناآرامی بیش از حد، ضربه زدن یا زیاد حرف زدن. خصیصه تکانشگری مربوط به اعمال شتاب‌زده است که در یک لحظه و بدون اندیشه رخ می‌دهد و ظرفیت بالایی برای آسیب زدن به افراد دارد. تکانشگری ممکن است تمایل فرد به پاداش‌های فوری یا ناتوانی در به‌تاخیر انداختن لذت را منعکس کند. رفتارهای تکانشی ممکن است به عنوان دخالت‌های بی‌مورد اجتماعی یا به عنوان تصمیم مهم گرفتن بدون در نظر گرفتن پیامدهای بلندمدت دیده شود (۷). به طور کلی اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی، یک اختلال تحولی است. این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی - رفتاری دوران کودکی است و دامنه شیوع آن (اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی) ۲ به یک تا ۹ به یک گزارش شده است (۸). در کودکان، بی‌توجهی

و روابط افراد و اعضای خود را به طور متقابل متاثر می‌سازد (۴). خانواده شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن والدین و کودکان در فرآیندی ۲ سویه با هم تعامل دارند. در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات شگرفی بر یکدیگر داشته باشند. با تامل در کیفیت روابط والدین با کودک و موشکافی در آن می‌توان به نقش حساس مادر در ارتباط با کودک پی برد. در دهه‌های اخیر روان‌شناسان تأکید بسیاری بر روابط کودک با مراقبان داشته‌اند؛ آن‌ها واکنش‌های متقابل را اساس رشد عاطفی و شناختی کودکان ذکر کرده‌اند. رشد شخصیت کودک به شیوه رفتار مادر و ساختمان منش او بستگی دارد. نظراتی که برگرفته از دیدگاه روان‌تحلیلی است، فرض را بر این قرار داده که کنش‌های متقابل ابتدایی میان مادر و فرزند از کیفیتی برخوردار که لازمه رشد اولیه کودک است (۵).

حضور کودک با مشکلات و اختلال‌های رفتاری که یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین آن‌ها اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی<sup>۱</sup> است در هر خانواده، ساختار آن خانواده را تحت تأثیر و سلامت روانی خانواده به خصوص والدین را تحت الشعاع قرار می‌دهد. در محیط خانواده که به واقع جامعه‌ای محدود است، کنش و واکنش‌های میان اعضا تأثیر بسزایی در افزایش یا کاهش مشکلات موجود دارد. تولد کودکی با مشکلات سازگاری در هر خانواده‌ای با نوعی تنش همراه است و در چنین موقعیتی اگرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بیند اما مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند دچار اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب روانی قرار می‌دهد (۶). همان‌طور که واکنش‌های مادر قدرت اثرگذاری بسیاری بر کودک دارد، رفتارها و خلق و خوی کودک نیز می‌تواند بر رفتار و عواطف مادر نسبت به فرزندش تأثیر فراوان داشته باشد. کودکان بیش‌فعال به دلیل مشکلاتی چون پرتحرکی، بی‌قراری و کم‌توجهی تأثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضای خانواده و فضای کلی حاکم بر این محیط می‌گذارند. وجود چنین رفتارهایی در کودک، به بروز واکنش‌هایی مانند پرخاشگری، تنبیه فیزیکی و

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

ناگهانی (تکانشی) بیشتر و شدیدتر از کودکان دیگر وجود دارد، همچنین ممکن است در گروهی از آنها، بیشتر علایم پرتحرکی و رفتارهای ناگهانی و در گروهی دیگر، بیشتر نشانه‌های بی‌توجهی دیده شود (۱۲). این کودکان بیش از سایر همسالان خود مشکلات تحصیلی دارند، از اجتماع طرد می‌شوند یا دچار رفتارهای ضداجتماعی در طول سال‌های مدرسه شده و با مشکلات بسیاری در سال‌های پس از آن روبه‌رو می‌شوند که در پسرها شایع‌تر از دخترهاست (۱۳).

بر اساس نظریه‌های روان‌شناختی و پژوهش‌های انجام‌شده در این رابطه، تاثیرات کودکان بیش‌فعال بر سایر اعضای خانواده، به‌ویژه مادر پذیرفته‌شده‌است. از آنجا که مادر نخستین مراقب کودک است و مراحل اولیه رشد، تاثیر قطعی بر شخصیت انسان دارد و چون بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ریشه در این تعامل دارند، تعامل بین مادر و فرزند مورد توجه خاص بوده است (۱۲)، زیرا این ارتباط چنان نزدیک و درهم‌تنیده است که هرگونه تغییر در یکی، بر دیگری نیز اثر می‌گذارد (۱۴) و در این میان، مادر به‌عنوان عضوی از این مجموعه که دارای بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک است، می‌تواند در معرض خطر بیشتر این گونه مشکلات باشد (۱۵). همچنین از آنجا که مادر مهم‌ترین نقش را در پرورش روانی و عاطفی کودک بر عهده دارد، کانون سلامتی یا بیماری به‌شمار می‌رود (۱۶). تاثیر کودکان بیش‌فعال بر خانواده‌ها نیز مشخص است. والدین کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزندپروری را تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت دارند (۱۷). بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده، افسردگی (۱۸) و تنیدگی (۱۹) در مادران کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی نسبت به مادران بدون اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بیشتر است (۲۰). والدین دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی به دلیل این که با چالش‌های فرزندپروری بیشتری روبه‌رو هستند، تنیدگی فراتر از والدین کودکان سالم را تجربه می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این والدین بیش از والدین کودکان سالم به اختلال‌های خلقی و اضطرابی، احساس عدم کفایت در فرزندپروری،

مربوط به دشواری در توجه کردن، گوش دادن به دستورات و تمرکز کردن است که باعث می‌شود کودک پس از چند دقیقه از تکلیف خسته شود، دست خط ضعیف داشته باشد و هماهنگی و برنامه ریزی حرکتی ضعیفی از خود نشان دهد؛ فهمیدن در فرآیند یادگیری بسیار دشوار است و گاهی اوقات رؤیاپردازی او خیلی زمان می‌برد. تکانشگری مربوط است به ظهور نابهنگام، عمل بدون تفکر، نداشتن آگاهی و حساسیت نسبت به چیزهای اطراف خود، جدال یا واکنش بیش از حد نسبت به مسایل جزئی، عجله کردن در یک تکلیف و حرکت از یک تکلیف ناتمام به تکلیفی دیگر. بیش‌فعالی یعنی دشواری در انتظارکشیدن برای نوبت، فعالیت بیش از حد یا بی‌قراری، پرخاشگری، درگیر شدن در اعمال خطرناک بدون در نظر گرفتن پیامدها، بیش از حد حرف زدن و شاید مشکل داشتن در ساکت و آرام بازی کردن (۹). البته بیش‌فعالی در بزرگسالان هم دیده می‌شود. بارکلی<sup>۱</sup> ۹ نشانه تشخیصی را برای بزرگسالی پیشنهاد کرده است که شامل حواس پرتی، تصمیم‌گیری تکانشی، سازماندهی ضعیف به تکالیف، تکمیل نکردن تکلیف، انطباق ضعیف با تعهداتی که پیش‌تر تنظیم شده است، مشکل در پایان دادن برنامه‌هایی که در حال حاضر انجام می‌دهد، مشکل در توجه کردن به تکلیف، شروع کردن کارها قبل از این که آنچه را که لازم است کاملاً متوجه شود و افزایش احتمال رانندگی سریع می‌باشند (۱۰). بنابراین تشخیص و مدیریت صحیح این اختلال رفتاری در دوران کودکی از اهمیت بالایی برخوردار است.

مشکلات خانوادگی، تنیدگی زیاد، حمایت ناچیز و آسیب روانی والد مانند افسردگی، پرخاشگری، مصرف بیش از حد الکل و تعارض زناشویی رابطه نزدیکی با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی دارند. پژوهش‌ها نشان داده است که نوع رابطه والدین و کودک دچار اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی مهم‌ترین و اساسی‌ترین عنصر است (۱۱). آشکار است که مادر از بابت کج خلقی‌ها، ناسازگاری‌ها و سرکشی‌های فرزندش بیشترین آسیب را متحمل می‌شود. کودک با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی، کودکی است که در او پرتحرکی، بی‌توجهی و رفتارهای

والدینی در آن‌ها کاهش می‌یابد. مصرف الکل در آن‌ها افزایش یافته، تماس‌های خانوادگی گسترده کاهش می‌یابد و تعارض زناشویی، جدایی و طلاق و افسردگی میان والدین افزایش می‌یابد (۲۷). مطالعات نشان داده است که آموزش مدیریت والدینی تاثیر قابل توجهی بر تعامل والد-کودک در والدین دارای کودک با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی دارد، بنابراین برای کمک به خانواده‌های درگیر این اختلال می‌توان از این روش استفاده کرد (۲۸).

نتایج پژوهش بارکلی (۲۹) و آناستوپولوس<sup>۱</sup> (۳۰) نشان می‌دهد که ارتباط مادران نوجوان دچار اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی با فرزندان خود منفی‌تر از مادران دیگر است و هنگام بروز اختلاف چشمگیرتر می‌شوند (۲۹). همچنین مادران کودکان بیش‌فعال پاسخ منفی‌تری به انطباق آن‌ها نسبت به مادران کودکان عادی دارند. پژوهش هان‌شان می‌دهد که مادران کودکان بیش‌فعال به‌طور کلی در طول بازی منفی‌ترند و به تعاملات اولیه کودک کمتر پاسخ‌دهنده هستند (۳۰). همچنین مادران پسران بیش‌فعال سطح بالاتری از درگیری در راه‌حل تکلیف را نشان می‌دهند و مشکلات رفتاری بیشتری را در مقایسه با گروه دیگر گزارش کرده‌اند، آن‌ها کنترل بیشتری اعمال می‌کنند و دستورات و کنترل بیشتری را در بازی کودکان، تعاملات اجتماعی و فعالیت‌های عملگرآ تحمیل می‌کنند. به‌طور کلی شواهد حاکی از آن است که اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی با آشفتگی‌های خانوادگی و زناشویی، روابط ناکارآمد والد-کودک، شناخت‌نداشتن والدین از رفتار کودک، خودکارآمدی ضعیف در فرزندپروری، تنیدگی فرزندپروری بالا و آسیب روانی والدین همراه است (۳۱). براساس پیشینه نظری و پژوهشی در حیطه سلامت روان مادران کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی، فرضیه زیر تدوین می‌شود: بین سلامت روان مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی و مادران دارای کودکان عادی تفاوت وجود دارد. فرضیه ذکرشده در مورد تمامی مولفه‌های سیاهه اختلال‌های روانی<sup>۲</sup> تنظیم شد و مورد آزمون قرار گرفت

رضایت‌نداشتن از نقش والدینی خود، فشار مالی و افزایش مصرف الکل دچار می‌شوند (۲۱). همچنین رفتارهای ناسازگارانه کودک (همچون تکانشگری، تبعیت‌نکردن از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک‌پذیری) احساس بدی را در والدین (همچون خشم، عصبانیت، درماندگی، خستگی و کاهش تحمل) به‌وجود می‌آورد (۲۲). والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان سالم دارای تنش زیاد و توانایی سازگاری کمتری بوده و مستعد احتمال بروز رفتار منفی در برخورد با فرزندان‌شان هستند (۲۳). مادران کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی در موقعیت‌های آزمایشی، کمتر آغازکننده رابطه با کودک خود هستند و در صورت آغازگری کودک پاسخ مثبت کمتری به او می‌دهد. این مادران بیشتر کنترل‌کننده و دستوردهنده هستند و کمتر از روش‌های فرزندپروری مثبت استفاده می‌کنند (۲۴).

وجوه رفتاری متعدد اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی می‌تواند به افسردگی مادران، اضطراب و محدودشدن نقش والدینی، احساس لیاقت و کفایت‌نداشتن در امر تربیت فرزند، دلبستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، روابط منفی‌تر این کودکان با خواهران و برادران‌شان، بالا رفتن سطح تنش در خانواده، بالاتر بودن میزان طلاق و ازهم‌گسیختگی روابط خانوادگی منجر شود (۲۵). مادران کودکان بیش‌فعال دارای عزت‌نفس پایین‌تر، احساس گناه فزاینده و انزوای بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی هستند. پژوهش‌های تعامل والدین و فرزند بین خانواده‌های کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی در ایران نیز نشان‌دهنده است که این والدین بیشتر از والدین کودکان عادی، از شیوه‌های فرزندپروری خودکامه و استبدادی استفاده می‌کنند، دارای اعتمادبه‌نفس کمتری هستند، از شیوه‌های تنبیهی بیشتری استفاده می‌کنند و روابط گرم کمتری با فرزندان خود دارند (۲۶). پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده‌اند که مادران کودکان مبتلا به این اختلال در مقایسه با مادران گروه گواه گرایش بیشتری به افسردگی دارند. والدین کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی تنیدگی والدینی بیشتری را تجربه می‌کنند و حس شایستگی

1. Anastopoulos

2. SCL-90

است. در پژوهش حاضر از نسخه ۴۸ ماده‌ای آن استفاده شد. این نسخه به ارزیابی ۵ مولفه شامل سلوک، روان‌تنی، تکانشگری- بیش‌فعالی، اضطراب و مشکلات یادگیری می‌پردازد و به وسیله والد تکمیل می‌شود. والد سوالات را در فرم‌هایی که براساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده است با استفاده از ۴ گزینه، نمره‌گذاری می‌کند. نمرات بالای ۶۰ را بالاتر از حد متوسط نامیده‌اند، بنابراین در این پژوهش، نقطه برش جهت غربال کودکان دچار اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی با استناد به مطالعه خوشابی، ۶۰ در نظر گرفته شد. پایایی این ابزار برای نمره کل ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس‌های سلوک، روان‌تنی، تکانشگری- بیش‌فعالی، اضطراب- خجالتی و مشکلات یادگیری به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۶۰، ۰/۸۰، ۰/۵۲ و ۰/۸۴ به دست آمد که به جز اضطراب- خجالتی در بقیه موارد در حد مطلوب است. تمامی ضرایب در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های سلوک، روان‌تنی، تکانشگری- بیش‌فعالی، اضطراب- خجالتی و مشکلات یادگیری به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۱، ۰/۷۰، ۰/۹۰ و ۰/۶۳ بود (۳۲)، اعتبار این ابزار توسط موسسه علوم شناختی ۰/۸۵ گزارش شده است (۳۳).

سیاهه نشانه‌های اختلال‌های روانی شامل ۹۰ سوال برای ارزشیابی علایم روانی است که توسط آزمودنی تکمیل می‌شود و ۹ بعد (شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی) را می‌سنجد. فرم اولیه این آزمون توسط دروگاتیس<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۷۳) معرفی شد. دروگاتیس و همکاران (۱۹۷۶) اعتبار درونی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفا، مطلوب گزارش کرده‌اند. نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در مورد این ابزار نیز حاکی از روایی همزمان و اعتبار (به روش بازآزمایی) مناسب این ابزار در جمعیت ایرانی است. در پژوهش اسماعیلی (۱۳۷۶) نیز، واریانس روایی سازه این ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی تاییدی و اکتشافی، حاکی از آن است که این ابزار از روایی سازه خوبی در جمعیت ایرانی برخوردار است (۳۴).

و با آزمون این فرضیه‌ها، هدف پژوهشی مبنی بر مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی بررسی شد.

## روش

### نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع علی- مقایسه‌ای و جامعه آماری آن تمامی مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی و مادران دارای کودکان عادی شهر همدان در سال ۱۳۹۰ بود. ۲۰۰ نفر از مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی و مادران دارای کودکان عادی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی در ۲ مرحله انتخاب شدند (۹۶ مادر کودک دچار اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی و ۱۰۴ مادر کودکان عادی/ ۱۰۰ مادر از بین پسران و ۱۰۰ مادر از بین دختران). در مرحله نخست انتخاب مدارس ابتدایی از بین کل مدارس همدان (به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده)، در ۵ مجموع مدرسه ابتدایی (طالقانی، مظلومیان، فردوسی، مینو و ملک‌محمدی) از ناحیه یک همدان انتخاب شد و در مرحله دوم از بین دانش‌آموزان مدارس انتخاب‌شده به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده از هر مدرسه تعدادی دانش‌آموز به عنوان آزمودنی انتخاب شدند. برای تشخیص کودکان با اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی نمره آزمون کانرز (فرم والد) را مورد توجه قرار دادیم. پژوهشگران همچنین با توجه به حضور این کودکان در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و نیز به تشخیص روان‌پزشک و روانشناس آن مراکز از نظر ابتلا یا عدم ابتلای کودک به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی، اقدام به انتخاب آزمودنی‌ها کردند.

### ابزارها

داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه کانرز (فرم والد) برای تشخیص کودکان با اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی از کودکان عادی و نیز سیاهه نشانه‌های اختلال‌های روانی برای اندازه‌گیری سلامت روان مادران گردآوری شد. مقیاس کانرز دارای ۲ نسخه ۹۳ ماده‌ای و ۴۸ ماده‌ای

1. Derogatis

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی گروه‌های مورد مطالعه از نظر مولفه‌های سلامت روان

جنسیت		پسر (۱۰۰ نفر)		دختر (۱۰۰ نفر)		کل (۲۰۰ نفر)	
گروه‌ها	ADHD (۵۲ نفر)	عادی (۴۸ نفر)	ADHD (۴۴ نفر)	عادی (۵۸ نفر)	ADHD (۹۶ نفر)	عادی (۱۰۶ نفر)	
شاخص‌ها	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	
شکایات جسمانی	۱/۰۶	۰/۸۷	۱/۲۵	۰/۸۵	۰/۳۴	۰/۴۷	۰/۴۵
وسواس و اجبار	۱/۸۹	۰/۹۵	۱/۷۸	۰/۹۲	۰/۴۸	۰/۵۲	۰/۵۰
حساسیت بین فردی	۱/۹۲	۰/۹۴	۱/۹۴	۰/۸۸	۰/۴۴	۰/۴۴	۰/۴۱
افسردگی	۲/۰۵	۰/۹۹	۱/۴۵	۰/۹۴	۰/۲۸	۰/۴۷	۰/۴۶
اضطراب	۱/۹۷	۰/۹۲	۱/۸۶	۰/۸۹	۰/۲۸	۰/۳۴	۰/۳۳
خصومت	۱/۶۵	۰/۹۵	۱/۵۱	۰/۹۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۸
ترس مرضی	۰/۸۵	۰/۸۶	۰/۹۰	۰/۷۹	۰/۲۵	۰/۳۳	۰/۳۲
افکار پارانوئید	۱/۱۲	۰/۹۷	۱/۰۴	۰/۹۳	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۴۴
روان‌پریشی	۱/۱۳	۰/۸۳	۱/۴۸	۰/۸۱	۰/۱۸	۰/۲۱	۰/۲۳
جمع	۱/۵۲	۰/۹۲	۱/۴۷	۰/۸۸	۰/۳۴	۰/۴۰	۰/۳۹

## یافته‌ها

جدول ۱ نشان دهنده شاخص‌های توصیفی این مطالعه است. مولفه‌های سلامت روان مادران کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی و عادی به تفکیک جنسیت فرزندان آن‌ها در این جدول آورده شده است. میانگین مولفه‌های سلامت روان مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی نسبت به مادران کودکان عادی بالاتر است؛ یعنی نشانه‌های آسیب‌های روانی در مادران کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بالاتر است. همچنین، با توجه به جنسیت کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی، می‌توان گفت میانگین نمرات نشانه‌های آسیب روانی مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی دختر کمتر از مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی پسر است. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است که ابتدا باید پیش‌فرض‌های آن محقق شود. نخستین پیش‌فرض همگنی واریانس خطاست که با آزمون لون محاسبه می‌شود. مقدار F محاسبه شده برای سلامت روان (۰/۳۴۸) در سطح ( $P < ۰/۰۵$ ) معنادار نبود، بنابراین پیش‌فرض اول محقق شد. دومین پیش‌فرض مربوط به همگنی کوواریانس‌هاست. برای بررسی پیش‌فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون ام. باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که تفاوت کوواریانس‌ها معنادار نیست؛ پس پیش‌فرض همگنی کوواریانس‌ها نیز برقرار است، زیرا  $F (۱/۲۷۸)$  مربوط به آزمون M Box در سطح ( $P > ۰/۰۵$ ) معنادار نیست ( $P = ۰/۲۶۳$ ). همچنین نتایج حاصل از آزمون بارتلت پیش‌فرض همبستگی متعارف بین واریانس مولفه‌های سلامت روان را تأیید می‌کند. این مولفه‌ها می‌توانند به صورت یک متغیر ترکیبی وزنی بررسی شوند، زیرا شاخص بارتلت (خی دو) برابر است با  $۱۴۷/۳۲۲$  که در سطح  $P < ۰/۰۵$  معنادار است ( $P = ۰/۰۰۱$ ). پس از محقق شدن پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیره به بررسی تفاوت بین مولفه‌های سلامت روان آزمودنی‌ها در ۲ گروه مورد بررسی پرداخته می‌شود.

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره

نام آزمون	ارزش	F	معناداری	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۲۶۷	۶/۷۸۴	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷

مندرجات جدول تحلیل واریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که بین مادران دارای کودکان با اختلال بیش‌فعالی - کم توجهی و مادران کودکان عادی از نظر مولفه‌های سلامت روانی تفاوت معنادار وجود دارد، زیرا طبق شاخص اثر پیلاپی،  $F$  محاسبه شده (۶/۷۸۴) در سطح

$P > 0/05$  معنادار است ( $P = 0/001$ ). همچنین ضریب اتای محاسبه شده (۰/۲۶۷) مقدار قابل قبولی ارزیابی می‌شود، یعنی بیش از ۲۶ درصد تفاوت بین مادران دارای کودکان با اختلال بیش‌فعالی - کم توجهی و مادران کودکان عادی ناشی از تفاوت آن‌ها در مولفه‌های سلامت روانی است.

جدول ۳- آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها برای مولفه‌های سلامت روان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	تا
شکایات جسمانی	۳۵۸/۲۸	۱	۳۵۸/۲۸	۸/۸۲۱	۰/۰۰۱	۰/۲۲۵
وسواس و اجبار	۲۶۴/۶	۱	۲۶۴/۶	۶/۲۳۴	۰/۰۱۵	۰/۰۹۷
حساسیت بین فردی	۲۹۴/۷۴	۱	۲۹۴/۷۴	۷/۹۲۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۴
افسردگی	۱۹۸/۵۸	۱	۱۹۸/۵۸	۵/۲۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۰۱
اضطراب	۳۳۰/۶۹	۱	۳۳۰/۶۹	۸/۶۴۶	۰/۰۰۱	۰/۱۷۹
خصوصیت	۳۱۰/۷	۱	۳۱۰/۷	۶/۲۱۹	۰/۰۰۱	۰/۰۹۹
ترس مرضی	۴۰۳/۴۷	۱	۴۰۳/۴۷	۷/۱۱۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷
افکار پارانوئید	۲۸۱/۹۳	۱	۲۸۱/۹۳	۶/۲۳۴	۰/۰۳۲	۰/۰۸۹
روان‌پریشی	۱۸۵/۲۸	۱	۱۸۵/۲۸	۵/۷۴۱	۰/۰۴۱	۰/۰۷۴

جدول فوق اثرات بین آزمودنی‌ها را برای مولفه‌های شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصوصیت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی نشان می‌دهد. میزان  $F$  برای مولفه‌های مذکور به ترتیب ۸/۲۸۱، ۶/۳۲۴، ۶/۲۳۴ و ۷/۹۲۷، ۵/۲۴۵، ۸/۶۴۶، ۶/۲۱۹، ۷/۱۱۷، ۶/۲۳۴ و ۵/۷۴۱ است. تفاوت تمام این مولفه‌ها بین مادران کودکان با اختلال کم توجهی - بیش‌فعالی با مادران کودکان عادی از نظر آماری معنادار به دست آمد ( $P > 0/05$ ).

کم توجهی - بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان عادی، سلامت روانی پایین تری دارند. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در این زمینه (۳، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۱۷، ۳۵، ۳۶، ۳۸، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ و ۴۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت شرایط خاص یک کودک با اختلال کم توجهی - بیش‌فعالی سلامت روانی مادر را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این تاثیر هم ناشی از مشکلات خود کودک است و هم ناشی از تنش‌ها و فشارهای روانی است که به واسطه وجود چنین کودکی از سوی دیگران متوجه مادر می‌شود. به‌طور کلی مادران با داشتن یک کودک بیش‌فعال احساس ناکارآمدی می‌کنند، از تحرک بیش‌از اندازه او خسته و عصبی می‌شوند، همیشه نگران دردها و مشکلات ناشی از بیش‌فعالی فرزند خود هستند و احساس شکست می‌کنند. از طرفی وجود کودک با اختلال کم توجهی - بیش‌فعالی در خانه یا

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت میان سلامت روانی و مولفه‌های آن بین مادران کودکان با اختلال کم توجهی - بیش‌فعالی با مادران کودکان عادی تفاوت وجود دارد. بنابراین، مادران کودکان با اختلال

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت میان سلامت روانی و مولفه‌های آن بین مادران کودکان با اختلال کم توجهی - بیش‌فعالی با مادران کودکان عادی تفاوت وجود دارد. بنابراین، مادران کودکان با اختلال

مادری قوی، آرام و اطمینان‌بخش، به‌دور از نگرانی و اضطراب‌های مداوم، تکیه‌گاهی امن برای سایر اعضای خانواده خواهد بود و این همان چیزی است که باید با ارایه خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی منظم و مداوم و آموزش برنامه‌های فرزندپروری مثبت، آموزش مدیریت رفتاری به والدین و آموزش برنامه تربیت‌سازنده به آن دست‌یافت.

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که میزان شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی در مادران دارای کودکان دارای اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی نسبت به مادران کودکان عادی بیشتر است. این نشانه‌های مرضی به نوعی در ارتباط با مشکلاتی است که وجود یک کودک نابهنجار برای مادر به‌وجود آورده است و علاوه بر مادر، کل نظام خانواده را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود مطالعه متغیرهای خانوادگی را با توجه به مشکلات رفتاری کودکان، از جمله بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و سایر اختلال‌های برون‌نمود مدنظر قرار دهند.

صداقت پاسخ‌دهندگان به پرسش‌نامه‌ها و دخالت تعصبات آن‌ها در پاسخ به پرسش‌ها، این که آیا آن‌ها به پرسش‌ها جواب واقعی داده‌اند یا سعی کرده‌اند خودشان را بهتر نشان دهند، همگی احتمال سوگیری در پاسخ به پرسش‌نامه‌ها را برای تشخیص بیش‌فعالی کودکان بیشتر کرده است. احتمال این که برخی از والدین در درک و فهم محتوای سوال‌های پرسش‌نامه مشکل داشته‌اند نیز وجود دارد. زیاد بودن تعداد سوال‌های هر پرسش‌نامه رغبت آزمودنی‌ها را برای پاسخ کاهش می‌داد که خود عاملی برای همکاری نکردن مناسب آزمودنی‌ها بود و از جمله محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌رود. از آن‌جا که این پژوهش در شهر همدان اجرا شده است، در تعمیم نتایج آن به سایر شهرها و استان‌ها باید با احتیاط عمل کرد.

سایر موقعیت‌های اجتماعی موجب نگاه‌ها، برداشت‌ها و قضاوت‌های خاص دیگران در مورد مادر می‌شود. همسران به‌طور معمول دچار تنش و درگیری‌هایی می‌شوند که ریشه اغلب آن‌ها مشکلات ناشی از بیش‌فعالی کودک است. همچنین انتظارات و توقعاتی که زوجین از هم دارند به‌خوبی برطرف نمی‌شود. مشکلاتی که کودک بیش‌فعال در محیط مدرسه به‌وجود می‌آورد نیز خانواده را درگیر می‌کند، در جامعه ما مادران بیشتر از پدران برای بررسی مشکلات تحصیلی کودک خود به مدرسه مراجعه می‌کنند، بنابراین تمامی موارد ذکر شده به‌طور مستقیم و غیرمستقیم تهدیدکننده سلامت روان مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی است.

کودکانی که دچار اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی تشخیص داده می‌شوند به‌طور معمول دستورات والدین خود را نادیده می‌گیرند و توجه کمتری به کارها و تکالیف روزمره که برای آن‌ها طراحی شده دارند. تعامل منفی بین والدین و کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی موجب ناکامی و پرخاشگری، ناسازگاری و نبود تعادل بین اعضای خانواده می‌شود. افسردگی، تعارضات زناشویی و طلاق در خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بیشتر از سایر خانواده‌هاست. بدرفتاری‌های این کودکان بر تعامل والد-کودک تاثیر منفی دارد و ممکن است باعث احساس درماندگی در خانواده‌ها شود (۴۴). با این اوصاف تصویر ذهنی از چنین مادری را می‌توان این‌گونه ترسیم کرد: فردی خسته، مضطرب و افسرده با شکایات متعدد از جهت وجود بیماری، دلگیر از همه و سرانجام خسته از کودک و در حالت شدیدتر حتی متفر از او، پیش‌رو است که نمی‌توان از او انتظار داشت انگیزه و انرژی لازم را به‌منظور پیشبرد زندگی و حل مسایل به‌کاربندد. او فردی است نیازمند به کمک، همیاری و همدلی، مشکل‌مادر، مشکل‌کل اعضای خانواده است و این به جهت موقعیت خاص او در چارچوب خانواده است. بدیهی است وجود



## منابع

1. Parcham A & Qhare-oud M. Mental health from the perspective of psychology and Islam. Journal of Minhaj. 2010; 6 (11), 49-77. [Persian]
2. Bahrami Ehsan H & Rezapour-e-Mirsaleh Y. Relationship between coping styles, religious orientation and personality dimensions and mental health of mothers of children with mental retarded. Research in Exceptional Children. 2010; 10 (3), 245-258. [Persian]
3. Narimani M, Aghamohammadian, HR & Rajabi S. Comparing the mental health in mothers of exceptional children with normal children. Journal of Mental Health. 2009; 9 (33, 34), 15-24. [Persian]
4. Miey-Karani S. Comparing the mental health of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder with parents of normal children regarding socio-economic status, Fars city. Thesis in Master of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid-Beheshti University(2004). [Persian]
5. Bakhtiari B. Comparing personality traits in mothers of ADHD and normal boys primary school, Tehran, B.A. Thesis in Psychology, Faculty of Psychology and Education, Tehran University(2009). [Persian]
6. Michaeli-Monee F. Structural relationships between psychological well-being and perceived emotional intelligence, the ability to control negative thinking and depression in mothers of children with mental retardation and comparing it with normal children. Research in Exceptional Children. 2009; 9 (2), 103-120. [Persian]
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition (DSM-5). (2013). American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing.
8. Alijani A, Rahmana M & Ghahari Sh. The effectiveness of mother's cognitive- behavioral group interventions on the number of ADHD children's behavioral problems. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2013; 84, 874-878.
9. Yahya F, & Sochos A. Adult attachment and constructive communication in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Procedia- Social and Behavioral Sciences, 2013; 97, 167-173.
10. Marshall R, Neill P & Theodosiou L. Prevalence of attention deficit hyperactivity symptoms in parents of children diagnosed with the condition. Procedia- Social and Behavioral Sciences, 2011; 15, 3056-3058.
11. Gharibi H & Gholizadeh Z. Phenomenology of Mothers' Experiences in Living with Children with ADHD Disorder. Procedia- Social and Behavioral Sciences, 2011; 30, 1630-1634.
12. Alizadeh H. Parents-children interaction: evolution and pathology. Journal of Psychological Researches. 2001; 6 (3, 4), 102-82. [Persian]
13. Hajebi A, Hakim-Shoushtari M & Khaj-Aldin L. Impact of behavioral management training to parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology of Iran. 2003; 43, 435-440. [Persian]
14. Salehi M, Salaryfar MH & Hadian M. Comparing the mental health of mothers of children with psychiatric disorders with the control group. Journal of Thought and Behavior. 2004; 10 (1, 2), 78-84. [Persian]
15. Sadat-Jafary B, Mousavi R, Fathy-Ashtiyani A & Khushabi K. The effectiveness of the positive parenting program on the mental health in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Family Research. 2010; 6 (24), 497-510. [Persian]
16. Mohammad-Esmaeel E & Sadat-Mousavi H. Maternal mental health survey students with behavioral disorders. Research in Exceptional Children. 2003; 3 (2), 105-116. [Persian]
17. Moharreri F, Shahrivar Z & Tehrani-Doust M. The impact of positive parenting education program to the mothers on the behavioral problems of children with disorder ADHD. Journal of Mental Health Principles. 2009; 11 (1), 31-40. [Persian]
18. Cunningham CE & Barkley RA. The interactions of normal and hyperactive children with their mothers in free play and structured tasks. Child Development. 1979; 50 (1), 217-224.
19. Campbell SB. Mother- child interaction. American journal of Orthopsychiatry. 1975; 45 (1), 51-57.
20. Hashemian M. Comparing the depression, stress and marital satisfaction in mothers of children with ADHD and mothers of children without ADHD. Thesis in Master of Science in Psychology, Faculty of Psychology and Education, Tehran University, 2006. [Persian]
21. Roshanbin M, Pouretamad HR & Khushabi K. Review the effectiveness of the positive parenting program on the stress among parents with children (from 4 to 10 years old) with ADHD. Journal of family studies. 2007; 3 (10), 263-572. [Persian]
22. Kimiyaei A & Beigi F. Comparing the family functions mothers of healthy and ADHD children. Journal of Behavioral Sciences. 2010; 4 (2), 141-147. [Persian]

23. Dortaj F & Mohammadi A. Comparing the performance of the families with and without ADHD children. *Journal of Family Research*. 2010; 6 (22), 211-226. [Persian]
24. Posht-Mashhady M, Mohammad-Khani P, Pourshahbaz A & Khushabi K. Effectiveness of combined therapy including attachment therapy and parenting education in insecure mothers on the symptoms of children with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 1 (3), 63-76. [Persian]
25. Houshvar P, Behnia F, Khushabi K, Mirzaee H & Rahgozar M. Effectiveness of group training for parents of children 4 to 10 years old with ADHD on behavioral disorders in their children. *Journal of Rehabilitation*. 2009; 10 (3), 24-30. [Persian]
26. Borjali M, Alizadeh H, Ahadi H, Farokhi N, Sohrabi F & Mohammadi, M R. Review and comparing the effect of encouraging education, behavioral method and medications on self-control skills in children with ADHD. *Journal of Health and Psychology*. 2010; 1 (1), 63-92. [Persian]
27. Kakavand AR. ADHD (theory and therapy). Karaj: Sarafraz Publications2006) .).
28. Nazemi F, Mohammad-khani P & Khoshabi K. Parent management training used in abusive parent- child interaction in children with ADHD. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5, 244-249.
29. Mash EJ & Johnston C. A comparison of the mother- child interactions of younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Children Development*. 1982; 53 (5), 1371-1381.
30. Karahmadi M, Tabaeiyan R & Afkhami-Aghda M. Comparing interaction patterns in children with parent in ADHD children and control group. *Journal of University of Medical Sciences and Health Services, Yazd*. 2007; 15 (1), 44-48. [Persian]
31. Johnston Ch & Mesh E J, translators: Qadiri F & Najafi Ma. Families of children with ADHD. *Journal of special education*. 2006; (54, 55), 3-16.
32. Shaheiyani A, Shahim S, Bashash L & Yousefi F. Standardization, factor analysis and reliability of the Connors scale (parents short form) for children 6 to 11 years old in Shiraz. *Journal of Psychological Studies*. 2007; 3 (3), 97-118. [Persian]
33. Salehi B, Moradi Sh, Teimuri Ebrahimi S, Rafiei M. Comparing prevalence of ADHD in male and female primary school students, Arak. *Journal of Science in Molecular Medicine*. 2011; 16, 45-54. [Persian]
34. Fathy-Ahtiyani A & Dastani M. Psychological tests (to evaluate personality and mental health). Tehran: Besat Publication2009) .).
35. Beh-Pazhouh A, Motevalipour A, Farzaneh V, Rostami R & Habibi-Asgarabad M. (1389). Coping skills training on parenting stress in mothers of ADHD children. *Journal of Family Research*. 2010; 21 (6), 99-114. [Persian]
36. Beirami M. The impact of parenting skills training to mothers of school age children with externalization disorders on mental health and educational practices of them. *Journal of Mental Health Principles*. 2009; 11 (2), 105-114. [Persian]
37. Pourahmadi E, Jalali M, Shaeiri MR & Tahmasian K. The effect of short-term positive parenting program on the positive change parenting styles in mothers of ODD children. *Journal of Family Research*. 2008; 20 (5), 519-532. [Persian]
38. Teimouri S & Ataefar R. The relationship between maternal stress and emotional and behavioral disorders. *Journal of thought and behavior*. 2010; 16 (4), 17-26. [Persian]
39. Rahimzadeh S, Pouretamad HR, Samiei-Karani S & Mohammadi L. Evaluation the mental health of parents having ADHD children and offer interventional practices. *Journal of Iranian Psychology*. 2008; 16 (4), 355-365. [Persian]
40. Riahi F & Amini F. Behavioral problems in children and its association with maternal mental health. *Journal of Pars Medical Sciences*. 2012; 18, 46-52. [Persian]
41. Zargarynzhad Gh & Yekeh-Yzdandoust R. (1385). The effect of parental education on ADHD children's behavioral problems. *Journal of Psychological Studies*. 2006; 2, 29-48. [Persian]
42. Moshkbid-Haghighi M, Delavar A, Shafiabadi A & Tabrizi, M. The effect of family education in reducing parental stress in mothers of ADHD children. *Journal of Islamic Azad University of Bojnourd*. 2008; 16 (4), 182-208. [Persian]
43. Yousefi Sh, Soltanifar A & Teimuri S. Comparing parenting stress in mothers of ADHD and normal children. *Journal of Mental Health Principles*. 2009; 11 (2), 115-122. [Persian]
44. Parand A, Afrooz Gh, Mansour M, Shokouhi-Yekta M, Besharat M & Khoshabi K. Developing Stress Management Program for Mothers of Children with ADHD and its Effectiveness on Their Mental Health. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5, 1135-1139.