

## ارائه یک مدل جهت تبیین تعارضات خانوادگی در خانواده‌های دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش‌فعالی

فاطمه بوستانی<sup>۱</sup>، مجید برزگر<sup>۲\*</sup>، سیامک سامانی<sup>۳</sup>، نادره سهرابی<sup>۴</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف طراحی و آزمون مدل علی جهت تبیین تعارضات خانوادگی در خانواده‌های دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش‌فعالی بر روی ۲۵۰ نفر از مادران مراجعه‌کننده به روانشناسان و مشاوران شهرستان شیراز که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده بودند انجام شد. روش این پژوهش همبستگی است، جهت جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه نشانه‌های بیماری درآگاتیس، مقیاس محیط خانواده موس و همکاران و سیاهه رفتاری کودک آخنباخ و همکاران استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار AMOS و SPSS استفاده گردید. یافته‌ها نشان داد که مشکلات رفتاری کودکان اثر مستقیم و معنی‌داری هم بر پریشانی مادر و هم بر تعارضات خانوادگی دارد، پریشانی مادر اثر مستقیم و معنی‌دار بر تعارضات خانوادگی دارد و همچنین اثر غیرمستقیم از مشکلات رفتاری کودکان به تعارضات خانوادگی از طریق پریشانی مادر نیز معنی‌دار به دست آمد. در کل داده‌ها نشان داد که مدل پیشنهادی با  $RAMSE=0/069$  برازش گردید. بنابراین نتایج فوق‌نشان می‌دهد که مدل فوق به دلیل توجه کردن به نقش عوامل تاثیرگذار مسیری مهم در جهت افزایش سلامت و استحکام خانواده باشد.

**واژه‌های کلیدی:** تعارضات خانوادگی، پریشانی مادر، مشکلات رفتاری کودک، نقص توجه همراه با بیش‌فعالی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

۳ دانشیار گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

۴ استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

\* نویسنده مسئول مقاله: mbarzegar55@gmail.com

## پیش گفتار

نقص توجه همراه با بیش فعالی<sup>۵</sup> یکی از رایج ترین اختلالات دوران کودکی است که با اختلالات عمده ای همراه است.

خانواده شبکه ای از ارتباطات است که در آن والدین و کودکان در فرآیندی دو سویه با هم تعامل دارند، رابطه والدین و فرزندان نظام و شبکه درهم پیچیده ای است که در اثر واکنش متقابل شکل می گیرد (Yar Mohammadian, Ghaderi, Chavoshi (2012). با تامل در کیفیت روابط والدین و کودک و موشکافی در آن می توان به نقش حساس آن ها در ارتباط با کودک پی برد (Gill et al, 2009). در واقع خانواده، تشکل طبیعی است که الگوهای ارتباطی و عملکردی را در گذر زمان به خدمت می گیرد و این الگوها ساخت خانواده را شکل می دهند و ضمن تعیین نقش اعضای خانواده، حیطة هر یک از اعضا را مشخص و تبادل نظر میان اعضا را تسهیل می کنند. برای اینکه وظایف اصلی خانواده بهتر صورت بگیرد خانواده باید دارای ساخت و عملکردی کارآمد و سالم باشد (مینوچین<sup>۶</sup> و فیشمن<sup>۷</sup>، ترجمه بهاری و سیا، ۱۳۸۴). نتایج تحقیقات به شکل گسترده بدکارکردی در خانواده های دارای کودکان ADHD را گزارش می دهند، در واقع همراهی نشانه ها و اختلال های رفتاری با این بیماری تاثیرات عمیقی بر روند زندگی این کودکان به وجود آورده است و منجر به تعارضات در ساختار خانواده می شود (Foely, 2010) (Lifford, Harold & Thapar, 2008). کودکان ADHD در مقایسه با کودکان عادی مشکلات بیشتری در روابط با خواهران و برادران خود دارند در واقع وجود این اختلال تعارض را جایگزین گرمی و صمیمیت در روابط می کند (Mikami & Pffner, 2008). در خانواده های دارای کودکان ADHD تعارضات درونی، افزایش روز افزون بیمارهای روحی، مشکلات خانوادگی، طلاق و جدایی، کم شدن روابط و تعاملات با فامیل و آشنایان به شکل گسترده ای قابل رویت می باشد. تعاملات درون خانوادگی در خانواده های دارای فرزندان ADHD با سطوح بالایی از ناسازگاری و ناهماهنگی همراه است. چرا که این کودکان از دستورات والدین و سایر اعضا تبعیت نمی کنند، تکالیف انجام نمی دهند و رفتارهای منفی بیشتری نسبت به همسالان خود دارند که این شرایط ناکارآمدی کارکردهای خانوادگی را به دنبال دارد (John, 1994). این کودکان در خطر ابتلا به اختلالاتی از قبیل نافرمانی مقابله ای، اختلال سلوک، اضطراب، اختلالات خلقی، افت تحصیلی، روابط اجتماعی منفی و روابط آسیب دیده با گروههای همتا می باشند (Hosseini, 2017).

<sup>5</sup> Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

<sup>6</sup> Minuchin

<sup>7</sup> Fishman

بنابراین، با توجه به لزوم اهمیت و توجه به ساختار خانواده و جو عاطفی و حمایتی آن در سلامت روان افراد و جامعه و با استناد به پژوهش‌هایی که در قلمرو کودکان ADHD انجام گرفته‌اند، مشخص شده است که عوامل متعددی وجود دارند که می‌توانند مستقیم و غیر مستقیم بر ساختار و تعارضات خانواده‌های دارای کودکان ADHD تاثیرگذار باشند. از جمله این عوامل فشارهای روحی روانی مادر (اضطراب، افسردگی و خشونت) و مشکلات رفتاری کودک (مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده) می‌باشد.

زندگی کردن با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به صورت عاملی استرس‌زا برای خانواده درک شده و می‌تواند همه جنبه‌های خانواده را تحت تاثیر قرار دهد. در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان می‌باشد، احتمالاً بیشترین تاثیر را خواهد پذیرفت. روابط مادر و کودک به دلیل ویژگیهای منحصر به فرد آن همواره مورد توجه متخصصان بوده است. عمق و گستردگی این پیوند بصورتی است که هر یک از طرفین قادرند در کاستن یا افزودن مشکلات دیگری نقشی حیاتی ایفا کنند. بررسیهای متعدد در زمینه تعامل کودکان بیش فعال و مادران آنها، نشانگر مشکلات ارتباطی میان آنان و شیوه‌های تربیتی ترجیحا تنبیهی است. وقتی کودک دارای اختلال باشد، به والدین بخصوص مادران فشار روانی زیادی وارد خواهد شد، چرا که بسیاری از انتظارات آنان در هم ریخته میشود و روشهای تربیتی مرسوم در این کودکان تاثیر چندانی نخواهد داشت

(Larsen Moen, 2014). مادران کودکانی که مشکلات رفتاری دارند احساس موفقیت کمتر، اثربخشی پایین و احساس خشم، افسردگی و اضطراب بیشتری نسبت به مادران کودکان سالم دارند. مادران معمولاً مسولیت مراقبت روزانه را بر عهده دارند، به ویژه زمانی که کودکان کم سن و سال تر هستند. در نتیجه هنگامی که مشکلاتی وجود داشته باشد، مادر بیشترین ناراحتی و ناکامی را احساس می‌کند.

در همین رابطه (Kashdan et al, 4004) در نتیجه پژوهش خود که به بررسی تاثیرات بیماری‌های روحی و روانی در والدین کودکان ADHD مانند اضطراب و افسردگی و تاثیر آن بر عملکرد خانواده‌ی آنها بوده است، گزارش نمودند که اضطراب و افسردگی در والدین باعث طرد و عدم پذیرش کودکان می‌شود و در عین حال عملکرد اجتماعی والدین نیز مختل می‌شود.

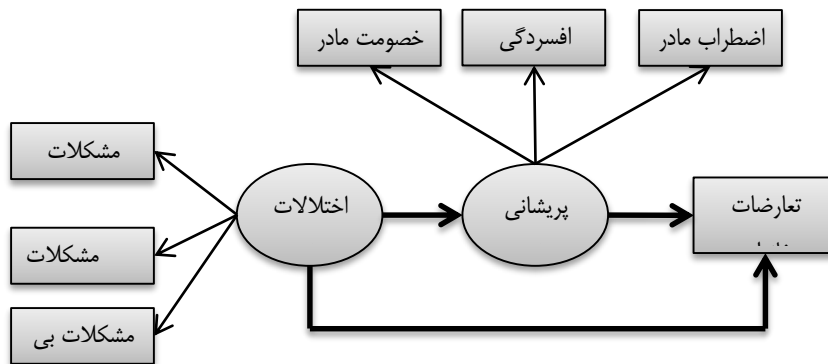
علاوه بر فشارهای روحی و روانی مادر، مشکلات رفتاری کودکان نیز به شیوه‌های مستقیم و غیر مستقیم بر تعارضات خانواده تاثیرگذار است. طبقه بندی مشکلات دوران کودکی در قالب مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده از گسترده ترین و پرکاربردترین پژوهش‌ها در زمینه اختلال‌های دوران کودکی است (به نقل از ساطوریان، طهماسیان و احمدی، ۱۳۹۵).

مشکلات رفتاری کودکان رفتارهای نابهنجاری است که تناسبی با سن کودک ندارد و به شکل شدید و مدام است و گستره آن نیز شامل مشکلات برونی سازی شده همچون بیش فعالی، پرخاشگری و نافرمانی و نیز مشکلات درونی سازی شده مانند گوشه گیری، انزوا و افسردگی است (Campbell, Shaw & Gilliom, 2000). مشکلات درونی سازی شده از نظر ماهیت درون فردی هستند و به شکل کناره گیری از تعامل های اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی متجلی می شوند (Achenbach & Rescorla, 2001). مشکلات برونی سازی شده الگوهای رفتاری سازش نیافته ای هستند که در تعارض با دیگر افراد و انتظارهایشان قرار می گیرند (به نقل از ساطوریان و همکاران، ۱۳۹۵). نشانه های این مشکلات برخلاف مشکلات درونی سازه شده، در رفتار بیرونی کودک ظاهر می شود و نمایان گر عمل منفی کودک بر محیط بیرونی هستند

(Liu, 2004). در واقع پژوهش ها حاکی از این است که یکی از عمده ترین اختلالاتی که با نقص توجه همراه با بیش فعالی تداعی می شود پرخاشگری است. تقریباً چیزی حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد کودکان ADHD علاوه بر تکانشگری، بیش فعالی و بی توجهی مشکلات رفتاری و شناختی دیگری نیز دارند به گونه ای که والدین گزارش های زیادی از پرخاشگری و نافرمانی این کودکان در ارتباطاتشان عنوان می نمایند. (Kendall, Hatton, Beckett, & Leo, 2003).

در مجموع با توجه به اینکه سلامتی و بیماری کودک در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسل های آینده اثر گذارند. لذا، بهداشت روانی و مطالعه در نحوه سازگاری کودکان به رشد و باروری آنان در زمان بزرگسالی کمک نموده و عدم توجه به شرایط رشدی دوران کودکی صدمات جبران ناپذیری بر سلامت روانی جامعه وارد می کند (Wolraich & Baumgaertel, 1997) و از سوی دیگر با توجه به شیوع و گستردگی اختلال ADHD در بین کودکان و تاثیرات دیرپای آن بر روند رشد و ساختار خانواده محقق در این پژوهش بر آن شده است که الگوی پیشنهادی را که برگرفته از پژوهش های مورد بررسی در این حوزه است، آزمون نماید. بنابراین سوال اساسی پژوهش این است که آیا داده های به دست آمده در این پژوهش می تواند الگوی پیشنهادی ارائه شده (شکل ۱) را مورد برآزش قرار دهد؟

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



شکل ۱. الگوی پیشنهادی اثر مستقیم و غیر مستقیم مشکلات رفتاری کودک بر تعارضات خانواده در خانواده‌های دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش‌فعالی با میانجی‌گری ناراحتی ما

## روش

این تحقیق از لحاظ هدف کاربردی است و از لحاظ روش تحقیق، همبستگی است. و برای تحلیل داده‌ها، از روش معادلات ساختاری استفاده شده و هم‌چنین برای محاسبه داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و AMOS استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه خانواده‌های دارای کودک نقص توجه همراه با بیش‌فعالی در شهر شیراز می‌باشد. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، دو نمونه (نمونه اعتباریابی پرسش‌نامه و نمونه فرضیه‌آزمایی) از بین خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره انتخاب شد. بدین صورت که جهت فرضیه‌آزمایی ابتدا ۱۰ مرکز از بین مراکز موجود و در درون هر مرکز ۲۵ خانواده به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از دعوت از خانواده‌ها و توضیح دادن روند پژوهش از مادران خواسته شد که به سه پرسشنامه موجود و اطلاعات دموگرافیک آن‌ها پاسخ دهند و به این صورت تعداد ۲۵۰ خانواده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر شیراز را به روش خوشه‌ای انتخاب نمودیم. ابزار پژوهش شامل:

مقیاس محیط خانواده<sup>۸</sup> (FES):

مقیاس محیط خانواده اولین بار توسط Moos & Moos (۱۹۸۱) طراحی شده است. سپس نسخه تجدید نظر شده آن در سال ۱۹۹۳ به چاپ رسید. این مقیاس یکی از ۱۰ مقیاس فضای اجتماعی<sup>۹</sup> که توسط موس و موس طراحی شده‌اند. مقیاس محیط خانواده، شامل ۱۰ زیرمقیاس است که ویژگی‌های اجتماعی محیط خانواده‌های مختلف را می‌سنجد. فرم واقعی دارای ۹۰ سؤال

<sup>۸</sup> Family Environmental Survey

<sup>۹</sup> Social climate scale

درست- غلط می باشد و دارای سه بعد است و دارای ۱۰ مقیاس فرعی است. در این پژوهش نمره کل پرسشنامه مورد محاسبه قرار گرفت. Moos & Moos (۱۹۹۴) در نتیجه پژوهش خود ضریب همسانی درونی این مقیاس را ۰/۷۵ و با روش بازآزمایی ۰/۸۵ اعلام نمودند. در پژوهش حاضر جهت محاسبه ضریب پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده که ۰/۸۳ به دست آمد.

#### پرسشنامه سیاهه ی رفتاری کودک<sup>۱۰</sup> (CBCL)

در این پژوهش برای اندازه گیری مشکلات هیجانی رفتاری کودکان از سیاهه ی رفتاری کودک (Achenbach & Rescorla, 2001) استفاده است. بخش دوم سیاهه رفتاری کودکان با داشتن ۱۱۳ ماده به سنجش مشکلات هیجانی و رفتاری می پردازد. پاسخ دهنده بر اساس وضعیت کودک هر ماده را به صورت صفر (نادرست است)، یک (گاهی درست است) و دو (غالباً درست است) درجه بندی می کند. نمره مشکلات هیجانی رفتاری از طریق جمع نمره های مشکلات رفتاری درونی سازی شده (شامل محورهای گوشه گیری، مشکلات بدنی، اضطراب و افسردگی) و مشکلات برونی سازی شده (شامل محورهای پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه)، دامنه مشکلات هیجانی رفتاری از صفر تا ۲۴۰ و گستره نمرات t برای دامنه مرزی از ۶۰ تا ۶۳ و بالاتر از نمره ۶۳ برای دامنه بالینی در نظر گرفته شده است (Achenbach & Rescorla, 2001). (Glosser, 2001) میزان اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را برای مشکلات هیجانی و رفتاری به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷ و مشکلات برونی سازی شده به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و مشکلات رفتاری درونی سازی شده ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کرد. در پژوهش حاضر جهت محاسبه ضریب پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده که به ترتیب برای مشکلات برونی سازی شده و درونی سازی شده ۰/۸۹ و ۰/۹۱ به دست آمد.

#### پرسشنامه نشانه های بیماری<sup>۱۱</sup> (BIS)

این پرسشنامه توسط Derogatis (۱۹۹۳) ساخته شده است و یک پرسشنامه گزارش شخصی است که در ۵۳ ماده به صورت پنج درجه ای لیکرت ارایه می شود و طیف وسیعی از بیماری های روانی را در بر می گیرد که در این پژوهش از خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب و خشونت استفاده شده است. در این پژوهش پس از دریافت اصل پرسشنامه و نمره گذاری آن از سازنده، ترجمه و هنجاریابی می شود و در پژوهش مورد استفاده قرار می گیرد. Derogatis (۱۹۷۳) ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی به ترتیب برای سه خرده مقیاس ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۸۴ گزارش نموده است که حاکی از ضریب پایایی بالای این پرسشنامه می باشد. در پژوهش حاضر جهت محاسبه

<sup>۱۰</sup> The Child Behavior Check List

<sup>۱۱</sup> Brief Symptom Inventor

ضریب پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده که به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و خشونت ۰/۷۱ و ۰/۷۹ و ۰/۸۱ به دست آمد.

### یافته‌ها

تحلیل داده‌ها براساس بهره‌گیری از برازش مدل با استفاده از مجذور خی، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب<sup>۱۲</sup>، شاخص نیکویی برازش<sup>۱۳</sup>، شاخص برازندگی افزایشی<sup>۱۴</sup>، شاخص برازندگی مقایسه‌ای<sup>۱۵</sup> و شاخص نیکویی برازش اصلاح شده<sup>۱۶</sup> و به بکارگیری نرم‌افزار آموس صورت گرفت.

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌گردد، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
مشکلات برونی سازی شده	۲۱/۶۴	۱/۴۲
مشکلات درونی سازی شده	۱۶/۳۶	۹/۲۹
افسردگی	۱۶/۷۹	۵/۵۳
اضطراب	۱۵/۳۲	۵/۳۰
خشونت	۱۲/۷۱	۴/۳۳
تعارضات خانواده	۴۹/۶۱	۱۵/۹۲

در جدول ۲ نیز ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش ارائه گردیده است همانطور که ملاحظه می‌شود بین مشکلات درونی سازی شده ( $r=0/14$ )، مشکلات برونی سازی شده ( $r=0/57$ )، افسردگی ( $r=0/27$ )، اضطراب ( $r=0/42$ ) و خشونت ( $r=0/43$ ) با تعارضات خانواده رابطه معنی داری وجود دارد که در سطح  $p < 0/001$  معنی دار است. سایر ضرایب همبستگی نیز در جدول ۲ ارائه شده است.

<sup>12</sup> Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

<sup>13</sup> Goodness of Fit Index (GFI)

<sup>14</sup> incremental fit index (IFI)

<sup>15</sup> comparative fit index (CFI)

<sup>16</sup> Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
تعارضات خانواده	۱					
مشکلات درونی سازی شده	*۰/۱۴	۱				
مشکلات برونی سازی شده	*۰/۵۷	*۰/۴۰	۱			
افسردگی	*۰/۲۷	*۰/۲۹	*۰/۴۰	۱		
اضطراب	*۰/۴۲	*۰/۱۸	*۰/۵۷	*۰/۶۴	۱	
خشونت	*۰/۴۳	*۰/۱۶	*۰/۵۵	*۰/۵۶	*۰/۶۳	۱

در پژوهش حاضر با توجه به مرور ادبیات پژوهش، الگویی از پیشایندهای تعارضات خانواده طراحی و تدوین شد. هدف نهایی پژوهش پس از طراحی و تدوین الگوی پیشنهادی، برازش داده‌های الگویی از روابط متغیرها در گروه نمونه بوده است. برآورد حداکثر درست نمایی ۲ برای برآورد پارامترهای به دست آمده از روابط متغیرهای پیش‌بین بکار گرفته شد. قبل از بررسی ضرایب مسیر، برازندگی الگوی اصلی بررسی شد. برای تعیین کفایت برازندگی الگوی پیشنهادی با داده‌ها، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی استفاده شد. شاخص‌های برازش داده‌های این پژوهش در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی

الگو/شاخص	X <sup>2</sup>	Df	X <sup>2</sup> /df	GFI	IFI	CFI	RAMSEA
الگوی نهایی	۱۳/۱۱	۶	۲/۱۸۵	۰/۹۸۴	۰/۹۸۸	۰/۹۸۷	۰/۰۶۹

شاخص مجذور کای، شاخص برازندگی مطلق مدل است که هرچه به صفر نزدیک‌تر باشد و به لحاظ آماری معنادار نباشد، مدل برازنده‌تر خواهد بود بر اساس جدول فوق، مقدار شاخص نیکویی برازش مجذور کای ( $\chi^2$ ) برابر با ۱۳/۱۱۰ با درجه آزادی ۶ می‌باشد. با توجه به این که مجذور کای ( $\chi^2$ ) نسبت به افزایش حجم نمونه و همبستگی‌های موجود بین متغیرها حساس است، لذا در اکثر موارد این شاخص از لحاظ آماری معنی دار است. از این رو برای آگاهی از برازش مدل از شاخص‌های دیگری استفاده گردید. بنابراین، با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳ ملاحظه می‌شود که در مدل پیشنهادی تحقیق برای کل نمونه آزمودنی‌ها شاخص نسبت مجذور کای به درجه آزادی)

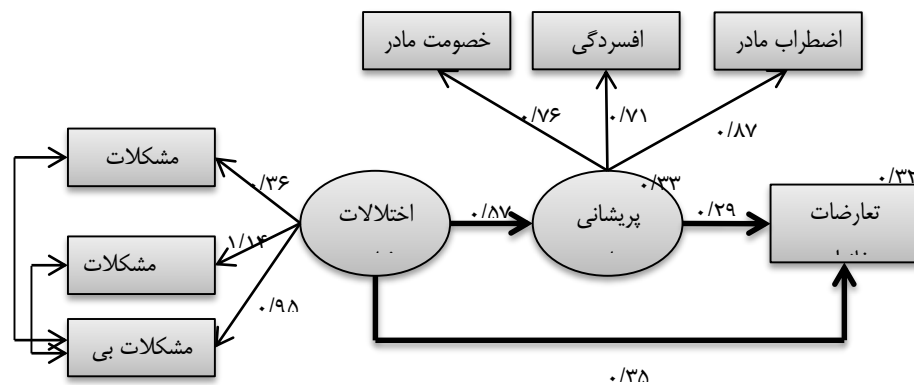


( $\chi^2/df$ ) برابر با ۲/۱۸۵، شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۸۴، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) برابر با ۰/۹۸۸، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۹۸۷ و شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۶۹ می‌باشد. شاخص‌های مذکور حاکی از این است که نحوه برازش مدل پیشنهادی پیشایندهای تعارضات خانواده قوی است و نیاز به اصلاح ندارد. لذا، مدل پیشنهادی پیشایندهای تعارضات خانواده به صورت مناسب برازش می‌شود.

شاخص مجذور کای، شاخص برازندگی مطلق مدل است که هرچه به صفر نزدیک‌تر باشد و به لحاظ آماری معنادار نباشد، مدل برازنده‌تر خواهد بود. وقتی حجم نمونه بین ۷۵ تا ۲۰۰ باشد، مقدار مجذور کای اندازه معقول برازندگی است. اما برای مدل‌های با نمونه‌های بزرگتر، مجذور کای تقریباً از نظر آماری معنادار است (هومن، ۱۳۸۴). بنابراین بسیاری از پژوهشگران مجذور کای را نسبت به درجه آزادی آن (یعنی مجذور کای نسبی) می‌سنجند (Wheaton, Muthen, Alwin, & Summers, 1997). برخی پژوهشگران بیان کرده‌اند چنانچه این شاخص کمتر از ۲ باشد برازندگی عالی، بین ۲ تا ۵ برازندگی خوب و بزرگتر از ۵ برازندگی ضعیف و نامقبول الگو را نشان می‌دهد (Tabachnick & Fidell, 2007). مندرجات جدول ۳ مقدار مجذور کای نسبی را ۲/۱۸۵ نشان می‌دهد که نشان دهنده برازش خوب مدل است. شاخص نیکویی برازش، شاخص برازندگی مقایسه‌ای و شاخص برازندگی افزایشی، شاخص‌هایی هستند که برازش مدل معین را با مدل پایه نشان می‌دهند. هرچه این شاخص‌ها به یک نزدیک‌تر باشد، برازش مدل بهتر است. البته این مقدار باید حداقل ۰/۹۰ باشد تا مدل مورد نظر پذیرفته شود (Bollen, 1990). بر اساس مندرجات جدول ۳ مقادیر شاخص نیکویی برازش، شاخص برازندگی مقایسه‌ای و شاخص برازندگی افزایشی به ترتیب ۰/۹۸، ۰/۹۸، ۰/۹۸ است که حاکی از برازش خوب مدل این پژوهش است. شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب از شاخص‌های دیگر برازندگی است. این مقدار ریشه دوم میانگین مجذورات باقی مانده است که به‌عنوان تابعی از مقدار کواریانس تفسیر می‌شود (هومن، ۱۳۸۴). بروان و کودک<sup>۱۷</sup> (۱۹۹۳، ص. ۱۳۶) مقادیر بالاتر از ۰/۱۰ را نشان دهنده برازش ضعیف، بین ۸ تا ۱۰ برازش متوسط، بین ۰/۵ تا ۰/۸ برازش قابل قبول و کمتر از ۰/۰۵ را نشان دهنده برازش عالی<sup>۱۸</sup> می‌دانند. بر اساس مندرجات جدول ۳ این مقدار ۰/۰۶۹ بدست آمد که نشان دهنده برازش خوب این مدل است. شکل ۲ ضرایب مسیر را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که ۳۰ درصد از واریانس تعارضات خانواده توسط متغیرهای پیش‌آیند تبیین می‌شود.

<sup>17</sup> Browne & Cudeck

<sup>18</sup> excellent fit



شکل ۲. ضرایب مسیر استاندارد مشکلات درونی سازی شده و مشکلات برونی سازی شده از طریق پریشانی مادر به تعارضات خانواده

جدول ۴ میزان اثرات مستقیم متغیرها در مدل اصلاح شده را نشان می‌دهد که در سطح معنی داری قرار دارد.

جدول ۴. پارامترهای اندازه‌گیری اثرات مستقیم متغیرهای تأثیرگذار بر یکدیگر

سطح معناداری	برآورد استاندارد	برآورد غیر استاندارد	پارامتر مسیره
<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۱۲	مشکلات رفتاری به پریشانی مادر
<۰/۰۰۱	۱/۲۲	۱/۰۰	مشکلات رفتاری به برونی سازی شده
<۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۱۹	مشکلات رفتاری به درون‌سازی شده
<۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰	پریشانی مادر به افسردگی
<۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۱۳	پریشانی مادر به اضطراب
<۰/۰۰۱	۰/۷۷	۰/۸۴	پریشانی مادر به خشونت
<۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱/۳۲	پریشانی مادر به تعارض در خانه
۰/۰۰۷	۰/۲۸	۰/۲۶	مشکلات رفتاری به تعارض در خانه

همان طور که در جدول ۵ قابل ملاحظه است ضریب استاندارد اثرات غیر مستقیم از مشکلات رفتاری کودکان به تعارضات خانواده از طریق پریشانی مادر ۰/۱۶ است. یعنی نشان می‌دهد که از مشکلات رفتاری کودکان به تعارضات خانواده از طریق پریشانی مادر تأثیر غیر مستقیم دارد و این تأثیر علاوه بر تأثیر مستقیم از مشکلات رفتاری کودکان به تعارضات خانواده است. بنابراین با

مشاهده معنی‌داری مشاهده می‌شود که این میزان معنی‌دار است. یعنی به ازای هر واحد تغییر در رضایت مشکلات رفتاری کودکان به پریشانی مادر به طور غیر مستقیم ۰/۱۶ واحد از طریق پریشانی مادر تغییر ایجاد می‌شود که این تغییر معنی‌دار است.

**جدول ۵. پارامترهای اندازه‌گیری اثرات غیر مستقیم در مدل اصلاح شده پیش‌بینی تعارضات خانواده به روش بوت استرپ**

پارامترها	برآورد استاندارد	برآورد غیر استاندارد	حد بالا	حد پایین	معناداری
از مشکلات رفتاری کودکان به تعارضات خانواده از طریق پریشانی مادر	۰/۱۸	۰/۱۶	۰/۱۲	۰/۲۴	۰/۰۰۲

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش طراحی و آزمون مدل علی تأثیرات مشکلات رفتاری کودکان بر تعارضات خانوادگی با واسطه پریشانی مادر بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌هایی که مشکلات رفتاری کودکان ADHD را در بروز فشارها و تنیدگی والدین خصوصاً مادر تأثیرگذار می‌دانند همسو می‌باشد و همین‌طور با نتایج پژوهش‌هایی که مشکلات رفتاری کودکان را در بروز تعارضات خانوادگی مؤثر می‌دانند نیز همسو می‌باشد.

کودکان بیش‌فعال به دلیل رفتارهایی چون پرتحرکی، کم‌توجهی، بی‌قراری و رفتارهای تکانشی ممکن است تأثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضاء و فضای کلی حاکم بر خانواده بگذارند. وجود این رفتارها منجر به بروز واکنش‌هایی مانند پرخاشگری، خصومت و تنبیهات جسمانی از جانب والدین می‌انجامد حتی اطرافیان با تنبیه کودکان تلاش می‌کنند تا توجه و رفتار او را کنترل کنند اما این امر نه تنها مؤثر واقع نمی‌شود بلکه او را برای مقابله با خواسته‌های اطرافیان بیش‌از پیش تحریک می‌کنند و باعث افزایش لجبازی و نافرمانی او نیز می‌شود (Wiener, 2004). (Ruananukun & Louthrenoo, 2008).

(Neece, Green & Baker, 2012) در نتیجه پژوهش خود عنوان نمودند مشکلات رفتاری کودکان و تنیدگی والدین تعامل دوسویه دارند و عمدتاً این تعاملات بین والدین و کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری ماهیت مختل دارد رفتار کودک در چنین شرایطی، موجب بی‌کفایتی در

کارکردهای خانوادگی خواهد شد. در تعامل والد-کودک اختلال ایجاد می کند و اضطراب والدین را افزایش می دهد. (Dadsetan, Ahmadi Azghandi, Hasanabadi, 2006) در این راستا توجه و نظارت والدین بالاخص مادر خود می تواند منبع تنیدگی در این روابط باشد.

در همین رابطه (Gagliano, Lamberti, Siracusano, Ciuffo, Boncoddò & Maggio, 2014) و (Miranda, Tárraga, Fernández., Colomer & Pastor, 2015) در نتیجه پژوهش های خود عنوان نمودند که میزان فشار و استرسی که والدین دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش فعالی تحمل می کنند بسیار بیشتر از والدین دارای کودکان با مشکلات خاص می باشد.

(Wiener, Tannock & Jenkins, 2012) همسو با این نتایج عنوان نمودند پدر و مادری که فرزندان ADHD دارند سطوح بالایی از استرس و فشار روانی را تجربه می کنند و در این میان میزان استرس مادران و پدران نیز تفاوت چندانی با هم ندارد. در واقع شرایط این کودکان و مشکلات رفتاری ناشی از آن موجب می شود که مادران کودکان مبتلا به اختلال ADHD از احساس تنهایی که یکی از عناصر افسردگی است و عدم کنترل روی موقعیت که از نشانه های اصلی اضطراب است رنج ببرند. (McBurnett, Pfiffner, 2008) کودکان مبتلا به اختلال ADHD در مقایسه با کودکان عادی، رفتارهای نامناسب بیشتری نشان می دهند، کمتر تبعیت می کنند و والدین آنها بیشتر منفی گرا هستند و کمتر در فعالیتهای اجتماعی شرکت می کنند. (Beck, 1990) مادرانی که پسران آنها درجه بیشتری از فزون کنشی داشتند به طور مشخص تری تنش بیشتری را در مقایسه با مادری که درجه کمتری از فزون کنشی دارند، تجربه می کنند. (Lesesne, Visser & White, 2003) و (Spratt, Saylor & Macias, 2007) یافته ها نشان داد که ناتوانی در تنظیم هیجان مادر با مشکلات رفتاری در کودکان مرتبط می باشد. همچنین نحوه برخورد مشکلات کودکان بیش فعال بر سلامت روان والدین تاثیر منفی می گذارد. رفتارها و مشکلات این کودکان به شکل قابل ملاحظه ای بر شرایط جسمی و ذهنی والدین خصوصا مادر به دلیل ارتباط بیشتر با کودک اثر می گذارد و باعث بروز الگوهای ناسازگارانه و ناکآمد در خانواده می شود. در واقع این مادران از احساس تنهایی که یکی از عناصر افسردگی و عدم کنترل بر روی موقعیت که از نشانه های اصلی اضطراب است رنج می برند (Stovarm, 2018).

(Musa & Shafiee, 2007) در پژوهش خود با هدف تعیین سطح استرس، اضطراب و افسردگی در مادران دارای کودکان بیش فعال و ارتباط آن با نشانه های بیش فعالی گزارش نمودند که این مادران سطوح بالاتری از استرس و اضطراب را تجربه می کنند و این میزان ناشی از رفتارهای بیرونی این کودکان می باشد.

(Sollie, Mørch & Larsson, 2016) (Silva, Lago-Urbano, Garcia & Márquez, 2017) نیز در پژوهش خود عنوان نمودند اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی به تنهایی منجر به بروز مشکلات نمی‌شود بلکه مشکلات ناشی از اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی در کودکان منجر به فشار و تنیدگی در والدین می‌شود و از سوی دیگر این فشار نیز تاثیر منفی بر زندگی اجتماعی خانواده دارد. این خانواده‌ها به دلیل داشتن مشکلات این کودکان بیشتر در انزوای اجتماعی هستند و حمایت اجتماعی کمتری از محیط دریافت می‌کنند این در حالی است که حمایت اجتماعی به عنوان یکی از منابع کاهش دهنده استرس و تنیدگی در والدین این کودکان می‌باشد.

این پژوهش با یافته‌هایی که مشکلات رفتاری کودکان دارای نقص توجه همراه با بیش‌فعالی را در میزان تعارضات خانوادگی تاثیر گذار می‌داند همسو می‌باشد. خانواده به عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان زندگی اجتماعی می‌باشد که باید به کلیه جنبه‌ها و مسایل مربوط به آن توجه نمود. وجود بیماری در یکی از اعضای خانواده و داشتن کودک دارای نقص توجه همراه با بیش‌فعالی فضای خانواده را از جنبه‌های مختلف تحت تاثیر قرار می‌دهد و به کارکرد عاطفی خانواده لطمه می‌زند و نشاط و سلامتی را از سایر اعضا خانواده سلب می‌کند (Prino, Pasta, Gastaldi & Longobardi, 2016) در واقع کودکان دارای این اختلال به تنهایی درگیر عواقب این اختلال نیستند بلکه ساختار خانواده را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهند. این کودکان به دلیل رفتارهایی چون پرتحرکی، کم‌توجهی، بی‌قراری و رفتارهای تکانشی ممکن است تأثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضا و فضای کلی حاکم بر خانواده بگذارند. (Johnstone, 1996) والدین این گروه از کودکان، واکنشهای منفی‌تری در برخورد با کودکان نشان می‌دادند و کمتر از شیوه‌های مثبت استفاده می‌کردند. اساسا نقش‌های خانوادگی زمانی به موثرترین شکل تحقق می‌یابد که دربرگیرنده تمام کارکردهای ضروری خانواده باشد و بطور عادلانه بین اعضا خانواده تقسیم شود. تفاوت خانواده‌های دارای این کودکان با خانواده‌های دارای کودکان عادی در بعد نقش‌ها می‌باشد به عبارت دیگر وجود کودک ADHD نقش‌های خانوادگی را برهم میرند و باعث اختلال در تعیین نقش‌ها می‌شود. به طور کلی، نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که تعاملات درون خانوادگی در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی، با سطوح بالایی از ناسازگاری و ناهماهنگی همراه است. این کودکان تاثیرات عمده‌ای در کارکردهای خانواده دارند چرا که والدین قادر به کنترل آنها و نظم‌دهی به موقعیت‌هایشان نیستند و در بیشتر موارد از رویه‌های تنبیهی جهت کنترل شرایط استفاده می‌کنند (Mohammad, 2013) پورا، فاطمه کسایی. از سوی دیگر با به وجود آوردن فضایی پرتنش والدین برای کاهش این تنش از یکدیگر اجتناب می‌کنند و میزان نارضایتی در روابط بالا می‌رود.

در همین رابطه ( Mikami, Piffner, 2008 ) گزارش می دهند که در خانواده های دارای کودکان ADHD تعارضات درونی، افزایش روز افزون بیماریهای روحی، مشکلات خانوادگی، طلاق و جدایی، کم شدن روابط و تعاملات با فامیل و آشنایان به شکل گسترده ای قابل رویت می باشد. (Fleck, Jacob, Philipsen, Matthies, Graf, Hennighausen & et al, 2015) سطوح بالای مشکلات کودکان ADHD با بالا رفتن فشارها و تنیدگی مادران و کم شدن عاطفه در آنها همراه هست که این به نوبه خود منجر به نارضایتی پدران از همسران خود شده است. (Bradly, 2002) والدین کودکان مبتلا به این دسته از مشکلات، مهارت های والدگری ضعیفی دارند، رفتارهای آمرانه بیشتری دارند، بیشتر با فرزند خود مخالفت می کنند، پاداش های کمتری به رفتارهای مطیعانه کودک می دهند و پاداش های آن ها، بیشتر جنبه اتفاقی دارد. (Larsen Moen, 2014) به بررسی ساختار روزانه زندگی خانواده های دارای کودکان ADHD پرداخته است. پس از بررسی های صورت گرفته، گزارش نمود. مشکلات این کودکان منجر به بهم ریختن نقش ها در خانواده ها می شود، میزان فشار و استرس در بین والدین و خواهر و برادران زیاد می شود و حمایت عاطفی که این کودکان دریافت می کنند کمتر از سایر اعضای خانواده می باشد.

در مجموع یافته های حاصل از این پژوهش تاثیر گذاری اختلال ADHD و مشکلات ناشی از آن را بر والدین و تعارضات خانوادگی را به صورت مستقیم و غیر مستقیم تایید می کند لذا با توجه به یافته های این پژوهش و سایر پژوهش هایی که در این راستا انجام شده است میتوان با رویکرد های درمانی معطوف به خانواده از جمله خانواده درمانی و... در کنار سایر درمانها جهت کاهش استرس، ، خشونت، احساس گناه وسایر مسائلی که موجب تنش در والدین این کودکان می گردد به حفظ سلامت روانی والدین و کاهش رفتارهای مخرب و علائم فزون کنشی کودک دارای ADHD کمک کرد. در واقع می توان با بالا بردن دانش عمومی خانواده ها در باره اختلال ADHD و هشیار کردن آنها نسبت به تأثیر این اختلال بر زندگی خانوادگی و شخصی، تصحیح اطلاعات غلط در باره اختلال، تغییر سوگیری های منفی نسبت به درمانگری های دارویی و حمایت از کودکان و خانواده آنها و تفهیم این امر که آنها با مشکلاتشان تنها نیستند، از فشارهای روانی والدین، خصوصا مادران کاست.

در نهایت باتوجه به اینکه پژوهش حاضر صرفا بر روی خانواده های مراجعه کننده به مراکز درمانی صوت گرفته است در تعمیم نتایج آن به سایر خانواده های دارای کودک ADHD باید جانب احتیاط رعایت شود. ابزار مورد سنجش در این پژوهش پرسشنامه های خودگزارشی است که این ابزار نیز محدودیت ای خاص خود را دارد. همچنین استفاده از روش معادلات ساختاری علیت را به اثبات نمی رساند لذا در ان خصوص نیز باید جوانب احتیاط را رعایت نمود.

## References

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research center of children.
- Beck, S. J. (1990). Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyper actives and normal control. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol, 8. p.p 150.
- Bradly, S. J. (2002). *Affect regulation and the development of psychology*. New York: Guildford.
- Bradly, S. J. (2002). *Affect regulation and the development of psychology*. New York: Guildford.
- Campbell, S.B., Shaw. D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol, 17, No, 3. p.p 93-100.
- Dadsetan, Ahmadi Azghandi, Hasanabadi. (2006). Parenting Stress and Public Health: Research on the Relationship of Parenting Stress the Public Health Nurse and Homemaker Mothers with Young Children. *Journal of psychology developmental psychology*. vol, 7, p.p 84-171.
- Derogatis, L. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual*. *Development and psychopathology*, N, 12, p.p 467-488.
- Fleck, K., Jacob, C., Philipsen, A., Matthies, S., Graf, E., Hennighausen, K., & et al. (2015). Child impact on family functioning: a multivariate analysis in multiplex families with children and mothers both affected by attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD). *attentiondeficit/hyperactivity disorder*. N, 7, p.p 211–223.
- Foley, M. (2010). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children with ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, vol, 16, No, 1. p.p 39-49.
- Gagliano, A., Lamberti, M., Siracusano, R., Ciuffo, M., Boncoddio, M., Maggio, R., & et al. (2014). A comparison between children with ADHD and children with epilepsy in self-esteem and parental stress level. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health*. vol, 10. p.p 176-183.
- Gill, A. M., Hyde, L., Shaw, D.S., Dishion, T.J., & Willson. M.W. ( 2009). *Clinical child adolescents psychology, the family check-up in early childhood: A case study of intervention*.
- Hooman, h. A. (2005) *Structural Equation Modeling Using LaserL Software*. Publish: Samt.
- Hosseini, E., (2017). Effects of music therapy on aggression and hyperactivity symptoms and attention deficit in children with attention deficit-

- hyperactivity disorder. *Journal of Psychological Methodes and Models*. 8(30): 41-52.
- John, F. (1994). *We are people first: The social and emotional lives of individuals with mental retardation*, London: Quorum.
- Johnstone, C. (1996). Parents' characteristics and parent-child interaction in families of non problem children and ADHD children with higher and lower oppositional deficit. *Behav J Abnorm Psychol*, Vol, 24, N,1, p.p 85-104.
- Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. vol, 20, No, 5. p.p 45-52.
- Kashdan, T. B., Jacob, R., Pelham, w., Lang, A., Hoza, B., Jonathan, B., & Gnagy, M. (2004). Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. vol, 3, No, 1. p.p 95-112.
- Kendall, J., Hatton, D., Beckett, A., & Leo, M. (2003). Children's accounts of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Advances in Nursing Science*. vol, 26. p.p 114-130.
- Larsen Moen, O. (2014). *Everyday life in families with a child with ADHD and public health nurses' conceptions of their role*. Distribution: Karlstad University Faculty of Health, Science and Technology Department of Health Sciences.
- Lesesne, C.A., Visser. S.,N., & White. C,P. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children. Association with maternal mental health and use of health care , N, 1. p.p 456-466.
- Lifford, K.J., Harold, G.T., & Thapar, A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol, 36, No, 2. p.p 285-296.
- Liu, J. (2004). *Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications*.
- McBurnett, K., & Pfiffner L. (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder: Concepts, controversies, new directions Psychiatry*. New York: In forma Health Care.
- Mikami, A., & Pfiffner, L. (2008). Sibling Relationships Among Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, vol, 11, No, 4. p.p 32-44.
- Mikami, A., & Pfiffner, L. (2008). Sibling Relationships Among Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. Vol,11, N,4, p.p 76-83.
- Minochin, S., Fishman, C. (2005). *Family Therapy Techniques*. Translated by: Spring, Tehran: Growth
- Miranda, A., Tarraga, R., Fernandez, M. I., Colomer, C., & Pastor, G. (2015). Parenting stress in families of children with autism spectrum disorder and ADHD. *Except Child*, vol, 82. p.p 81-95.



- Mohammad poura ,F., & Kasaei,. B (2013).Family functioning in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder Ebrahim. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, N, 84 , p.p 1864 – 1865
- Moos, R., & Moos, B. (1994). *Family Environment Scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Musa, R., & Shafiee, Z. (2007). Depressive, anxiety and stress levels among mothers of ADHD children and their relationships to ADHD symptoms. *AJP*, Vol, p.p 8-20.
- Neece, C. Green, S. & Baker. (2012). Parenting Stress and Child Behavior Problems: A Transactional Relationship Across Time. *Journal Child Adolesc Psychiatr Nurs.* vol, 22, No, 1. p.p 40-48.
- Prino, L. E., Pasta, T., Gastaldi, F. G. M., & Longobardi, C. (2016). The effect of autism spectrum disorders, down syndrome, specific learning disorders and hyperactivity and attention deficits on the student-teacher relationship. *Journal Reserch Education Psycholgi*. N,14, p.p 89–106.
- Rothmann. S. Coetzer, E.P. (2003). The big five personality dimensions and job performance, *Journal of Industrial Psychology*, Vol, 29. No, 1. p.p 68-74.
- Ruananukun, K. & Louthrenoo, O. (2008). Family functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder, *ASEAN Journal of Psychiatry*, No, 2. p.p 73-77.
- Satorian, A., Tahmassian, K. & Ahmadi. M, R. (2017). The role of parenting dimensions and child-parent relationship in children's internalized and externalized behavioral problems. *Journal of Family Research*. Vol, 12, 4, p.p 683-705.
- Silva, A., Lago-Urbano, R., Garcia. M., & Márquez. J. (2017). Child/Adolescent's ADHD and Parenting Stress: The Mediating Role of Family Impact and Conduct Problems. *Journal Front Psychol*, Vol, 8, p.p 2252.
- Sollie, H., Morch, W., & Larsson, B. (2016). Parent and family characteristics and their associates in a follow-up of outpatient children with ADHD. *Journal Child Fam Stud*. N, 25, p.p 2571–2584.
- Spratt, E.G., Saylor, C.F., & Macias, M.M.(2007). Assessing parenting stress in multiple samples of children with special needs (CSN). *Families, Systems, & Health*, Vol, 25, N, 4, p.p 435.
- Stovar, S., (2018). Effectiveness of Behavior management training for mothers of children with symptoms of attention deficit – hyperactivity on ADHD symptoms of children and mental health of mothers. *Journal of Psychological Methodes and Models*. 2(9): 17, 34.
- Wiener, S. (2004). *Textbook of Child & Adolescent psychiatry*. 3 th ed Phila - delphia: Saunders, 390-450.

Wiener, T., Tannock, R., & Jenkins, J. (2012). Parenting Stress in Families of Children With ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2(4), 18-27. vol, 2, No, 4. p.p 18-27.

Wolraich, M. & Baumgaertel, A. (1997). The Practical Aspects of Diagnosing and Managing Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical Pediatrics*. vol, 36, No, 9. p.p 497-504.

Yar Mohammadian, A., Ghaderi, Z., Chavoshi Far., (2012). The effectiveness of parental skills training on preschool's children behavior problems fro 4 -6 yers old. *Journal of Psychological Methodes and Models*. 2(6): 17-32.

