

# The Effect of Mothers Training by Barkley's Method on Parent-Child Relation Improvement of Students with Attention-Deficit Hyperactivity Disorders (ADHD)

Shirin Pooladi <sup>1</sup>, Tayyebe Sharifi <sup>2,\*</sup>, Naser Bagheri <sup>2</sup>

<sup>1</sup> MSc, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahre Kord Branch, Shahre Kord, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahre Kord Branch, Shahre Kord, Iran

\* **Corresponding author:** Tayyebe Sharifi, Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahre Kord Branch, Shahre Kord, Iran. E-mail: sharifi\_ta@yahoo.com

**Received:** 12 Apr 2017

**Accepted:** 29 Jul 2018

## Abstract

**Introduction:** Parents are the first ones to interact with child during the most critical growth years. They play a key role in child's psychosocial development. This article aimed to study the effect of mother training using Barkley's Method on parent-child relation improvement of 1st, 2nd, and 3rd grade elementary students diagnosed with ADHD of Shahre Kord, Iran.

**Methods:** This is an experimental study with pretest, posttest, and control groups. The statistical population consisted of all female and male, 1st, 2nd, and 3rd grade elementary students diagnosed with ADHD in the academic year 1394-95. A total of 38 students were enrolled as the sample using random sampling. They were split in two groups (Experiment (19) and Control (19)). Prior to the intervention, both groups completed the Parent-Child Questionnaire as the pretest. Then, the experiment group underwent a total of ten 90-minute parent training sessions. Control group did not receive any training. The data were collected using Vanderbilt ADHD Diagnostic Scale, Parent-Child Relations Questionnaire (PCR), and Clinical Interviews. To analyze the data, the SPSS software, version 23 and MANOVA was used.

**Results:** According to the findings and previous studies, it is concluded that intervention was effective in parent-child relations of students diagnosed with ADHD. This study helps to psychologists, counselors, psychiatrists, and families in achieving and understanding modification techniques and safe therapy to improve parent-child relationship.

**Keywords:** Mother Training by Barkley's Method, Parent-Child Relations, ADHD



# تأثیر آموزش مادران به روش بارکلی بر بهبود رابطه والد-کودک دانش آموزان دارای اختلال کمبود توجه-بیش فعالی

شیرین پولادی<sup>۱</sup>، طیبه شریفی<sup>۲\*</sup>، ناصر باقری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران

\* نویسنده مسئول: طیبه شریفی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران. ایمیل: sharifi\_ta@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۰۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۱/۲۳

## چکیده

**مقدمه:** والدین اولین افرادی هستند که در سنین حساس رشد کودک، بیشترین تعامل را با او دارند و نقش مهمی را در رشد روانی-اجتماعی او ایفا می‌کنند. هدف از پژوهش حاضر، تعیین تأثیر آموزش مادران به روش بارکلی بر رابطه والد-کودک دانش آموزان دارای اختلال کمبود توجه-بیش فعالی (attention deficit/hyperactiv disorder یا ADHD) پایه‌های اول، دوم و سوم ابتدایی شهرکرد بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر و پسر پایه‌های اول، دوم و سوم ابتدایی مبتلا به ADHD شهرکرد در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود. از میان آنها ۳۸ دانش آموز با روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و به دو گروه آزمایش (۱۹ نفر) و گروه گواه (۱۹ نفر) گمارده شدند. قبل از ارائه مداخله هر دو گروه آزمایش و گواه پرسشنامه رابطه والد-کودک را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. سپس، گروه آزمایش تحت مداخله آموزش والدین به روش بارکلی در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس ارزیابی تشخیصی بیش فعالی Vanderbilt-فرم معلم و فرم والدین، پرسشنامه رابطه والد-کودک-والد و مصاحبه بالینی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس یک متغیری نشان داد که این روش آموزش والدین بر تعارض ( $F = ۶۱/۲۶$  و  $P = ۰/۰۰۰$ )، نزدیکی ( $F = ۵۹/۱۲$  و  $P = ۰/۰۰۰$ ) و وابستگی ( $F = ۱۰/۰۰$  و  $P = ۰/۰۰۳$ ) و نمره کل ( $F = ۸۸/۶۶$  و  $P = ۰/۰۰۰$ ) اثر مثبت و معنی داری داشت. بنابراین یافته‌های تحقیق گویای بهبود معنی دار رابطه والد-کودک در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه می‌باشد.

**نتیجه گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و نیز در نظر گرفتن پژوهش‌های قبلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که این مداخله در بهبود رابطه والد-کودک کودکان دارای ADHD مؤثر است. پژوهش حاضر به روانشناسان، مشاوران، روانپزشکان و خانواده‌ها در دست یابی و شناخت روش‌های اصلاحی و درمانی ایمن در جهت بهبود رابطه والد-کودک کمک می‌کند.

**واژگان کلیدی:** آموزش مادران به روش بارکلی، رابطه والد-کودک، کمبود توجه-بیش فعالی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

می‌دهند کیفیت رابطه مادر-کودک نقش معناداری در پیش بینی کاهش نشانه‌های اضطرابی در کودکان پیش دبستانی دارد و افزایش میزان تعارض بین مادران و کودکان با افزایش نشانه‌های اضطرابی همراه است [۲]. همچنین، برای رسیدن به رابطه انسانی سالم، اصول و شیوه‌هایی وجود دارد که والدین باید دانایی و مهارت لازم را داشته

رشد مطلوب و سالم کودکان در تمام ابعاد مرسوم ارتباط مؤثر و مطلوب والدین با فرزندان است. روابط ناسالم والدین با کودک باعث می‌شود که کودک احساس ناامنی روانی کند. پرخاشگری، اضطراب، بی اختیاری در نگه داری ادرار و ناخن جویدن، جلوه‌هایی از عدم آموزش خانواده و عدم برقراری رابطه درست با کودکان است [۱]. بررسی‌ها نشان

باشند تا بتوانند با استفاده از این اصول، پیوند روحی و فکری با اعضای خانواده برقرار نموده و نقش تربیتی خود را اعمال نمایند، برای مثال در دوران کودکی با، محبت کردن، بازی کردن و ... می‌توان به کودک شخصیت داد و با ایجاد امنیت روحی و روانی ارتباط مؤثری با او برقرار کرد [۲]. اگر والدین به عنوان پدر یا مادر موفق به ایجاد رابطه‌ای سالم با فرزند خود شوند، آنگاه در آینده مشکلی پیش نخواهد آمد. این روابط موجب تسهیل رشد و ایجاد تغییرهای مطلوب در فرد می‌شود. منظور از ارتباط این است که والدین احساسات، انتظارات و نگرش‌های خود نسبت به فرزند را بیان می‌کنند و به طور متقابل انتظارات و احساسات فرزند و نیازهای او را درک می‌کنند و مورد توجه قرار می‌دهند [۳]. کودکی که روابطش با والدین ناسالم است احساس ناامنی روانی و عدم اعتماد به نفس و طردشدگی می‌کند. چنین کودکی نسبت به محیط اطراف خود بدبین و بی‌اعتماد است و احساس تنهایی می‌کند. تحقیقات نشان داده است که در میان عوامل گوناگونی که در پرورش شخصیت سالم در کودکان و نوجوانان مؤثر است، تأثیرات متقابل کودک و والدین و نحوه برخورد و ارتباط والدین و کودک از مهم‌ترین و بنیادی‌ترین عوامل محسوب می‌شود [۴]. Kuppens (به نقل از [۵]) برقراری محیطی گرم و صمیمی در خانواده و رابطه محبت آمیز بین والدین و فرزندان را عاملی در جهت کاهش پرخاشگری و بدرفتاری کودکان می‌داند. یکی از متداول‌ترین اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی ADHD است. زمینه یابی‌های جمعیتی حکایت از آن دارند که اختلال ADHD در اغلب فرهنگ‌ها تقریباً در ۵ درصد کودکان و ۲/۵ درصد بزرگسالان روی می‌دهد [۶]. رفتار کودک دارای ADHD، به عنوان محرک تنش را عمل می‌کند و به نوبه خود بر رفتار والدین و تعامل میان آنها (به ویژه مادر) و کودک مؤثر است [۷]. نتایج تحلیل طولی نشان دهنده اختلافاتی در جهت تأثیرات مرتبط با طرد والد-کودک و علایم اختلال ADHD کودک می‌باشد. بدین صورت که نشانه‌های ADHD بر رابطه مادر-کودک اثر می‌گذارند [۸]. نحوه واکنش والدین به رفتار این کودکان متفاوت است و گاهی به سطوح بالا و غیر ضروری ابراز عواطف منفی، تنبیه‌های سخت نسبت به کودک فارغ از کاری که انجام می‌دهد منجر می‌شود و ممکن است این کودکان از جانب والدین تشویق، تأیید، صمیمیت و محبت کمتری دریافت کنند. این نوع برخورد با کودک بر نحوه رفتار کودک با والدین نیز تأثیر می‌گذارد و ممکن است میزان نافرمانی، لجبازی، مجادله و تعارض با آنها را در او افزایش دهد [۹]. طرح‌های همبستگی پژوهش‌های اخیر نشان از آن دارند که ADHD کودکان با عملکردهای مشکل‌ساز خانواده، مانند استرس در خانواده، آسیب روانی والدین و روابط ناسازگار والد-فرزندی در ارتباط است [۱۰].

مشکلات رفتاری و نافرمانی کودک، به عنوان یکی از جدی‌ترین مشکلات این کودکان تأثیر بسیاری بر سیستم و کارکرد خانواده می‌گذارد. تأثیر غیر قابل تردید کودک بر والدین و والدین بر کودک، منطقی برای این است که آموزش والدین به عنوان روشی مناسب، چند وجهی و ابتکاری برای مدیریت رفتارهای نامطلوب کودکان قرار گیرد [۱۱].

با توجه به مطالبی که ذکر شد برای کاهش آثار تعامل‌های نامناسب والد-کودک مداخلات درمانی مؤثری مورد نیاز است. در این میان نقش اصلی بر عهده والدین به ویژه، مادران می‌باشد که به عنوان پایه‌های

اصلی خانواده در نظر گرفته می‌شوند. به دلیل تعداد و تنوع مشکلات کودکان در حوزه‌های مختلف، رویکردهای درمانی متفاوتی ارائه شده است که در میان آنها، آموزش والدین به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد خود، بر سایر روش‌ها برتری دارد. در این نوع درمان، برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل و توسط والدین که بیشترین تعامل را با او دارند، اجرا می‌شود. مزیت دیگر رویکرد آموزش والدین بر سایر روشها آن است که جنبه‌های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۲]. آموزش والدین نوعی رویکرد روانی-آموزشی است که به والدین تکنیک‌های اجرایی، رفتاری و شناختی را آموزش می‌دهد که می‌تواند در خانه و در برخورد با مشکلات رفتاری کودک مورد استفاده قرار بگیرد [۱۳]. آموزش والدین از روش‌های مطرح در درمان ADHD است و پژوهش‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهند آموزش والدین برای خانواده‌های دارای فرزند با اختلال ADHD باعث بهبود رفتار فرزندپروری والدین، کاهش استرس والدینی و کاهش رفتار آزاردهنده کودک می‌شود [۱۴، ۱۵]. همچنان که Barkley [۱۶] معتقد است که آموزش والدین موجب افزایش شناخت آنان از ماهیت اختلال شده و اعتماد به نفسشان را در خصوص نقش فرزندپروری بالا خواهد برد و نیز به آنها کمک می‌کند تا رفتارهای نامناسب فرزند خود را کنترل کرده و کاهش دهند و در تربیت آنها احساس موفقیت بیشتری داشته باشند. برنامه آموزش والدین به روش بارکلی اولین بار توسط Barkley در سال ۱۹۸۷ برای خانواده‌هایی طراحی شد که کودکان خودسر، نافرمان یا لجباز در دامنه سنی ۲ تا ۱۲ سال داشتند [۱۷]. تحقیقات دیگر اثر بخشی این روش را برای اختلال‌های دیگر کودکان مانند اختلال سلوک، اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأیید کردند [۱۸، ۱۹]. این روش آموزش والدین در چند پژوهش نتایج مثبتی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان [۲۰، ۲۱] و درمان اختلال ADHD [۲۲، ۲۳] داشته است. همچنین نتایج پژوهش معصومی زارع [۲۴] روی مادران کودکان مقطع ابتدایی نشان داد، آموزش مادران بر اساس رویکرد تلفیقی (فرزندپروری مثبت و رفتار درمانی) رابطه مادر-کودک را بهبود بخشید به صورتی که باعث بهبود رابطه والد-کودک در ابعاد تعارض و وابستگی شد اما در بعد نزدیکی یا رابطه مثبت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده نشد. محققان در مطالعه‌ای نشان دادند که اجرای برنامه گروهی والدگری مثبت به مادران کودکان دارای ADHD منجر به کاهش معنادار تعارض و وابستگی و افزایش نزدیکی و به طور کلی موجب بهبود رابطه مادر-کودک شد [۲۵]. مورد پژوهی Couch و Evans نشان داد ۵ هفته آموزش به والدین باعث بهبود عوامل رابطه والد-فرزندی گردید [۲۶].

همچنین پژوهشی نشان داد آموزش مختصر رفتاری والدین با تغییر در نقش منفی آنها باعث بهبود مشکلات رفتاری مخرب کودکان دارای ADHD شد [۲۷]. همچنین نتایج پژوهش Mikami و همکاران نشان داد مداخله آموزش والدین به روش (parental friendshi) موجب بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان، کاهش انتقاد در روابط والد-کودک و بهبود در روابط با همسالان در کودکان مبتلا به ADHD شد [۲۸].

در نهایت فراتحلیل Lee و همکاران نشان داد آموزش رفتاری والدین، مداخله‌ای مؤثر برای کودکان مبتلا به ADHD می‌باشد [۲۹]. مروری

باشند تا بتوانند با استفاده از این اصول، پیوند روحی و فکری با اعضای خانواده برقرار نموده و نقش تربیتی خود را اعمال نمایند، برای مثال در دوران کودکی با، محبت کردن، بازی کردن و ... می‌توان به کودک شخصیت داد و با ایجاد امنیت روحی و روانی ارتباط مؤثری با او برقرار کرد [۲]. اگر والدین به عنوان پدر یا مادر موفق به ایجاد رابطه‌ای سالم با فرزند خود شوند، آنگاه در آینده مشکلی پیش نخواهد آمد. این روابط موجب تسهیل رشد و ایجاد تغییرهای مطلوب در فرد می‌شود. منظور از ارتباط این است که والدین احساسات، انتظارات و نگرش‌های خود نسبت به فرزند را بیان می‌کنند و به طور متقابل انتظارات و احساسات فرزند و نیازهای او را درک می‌کنند و مورد توجه قرار می‌دهند [۳]. کودکی که روابطش با والدین ناسالم است احساس ناامنی روانی و عدم اعتماد به نفس و طردشدگی می‌کند. چنین کودکی نسبت به محیط اطراف خود بدبین و بی‌اعتماد است و احساس تنهایی می‌کند. تحقیقات نشان داده است که در میان عوامل گوناگونی که در پرورش شخصیت سالم در کودکان و نوجوانان مؤثر است، تأثیرات متقابل کودک و والدین و نحوه برخورد و ارتباط والدین و کودک از مهم‌ترین و بنیادی‌ترین عوامل محسوب می‌شود [۴]. Kuppens (به نقل از [۵]) برقراری محیطی گرم و صمیمی در خانواده و رابطه محبت آمیز بین والدین و فرزندان را عاملی در جهت کاهش پرخاشگری و بدرفتاری کودکان می‌داند. یکی از متداول‌ترین اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی ADHD است. زمینه یابی‌های جمعیتی حکایت از آن دارند که اختلال ADHD در اغلب فرهنگ‌ها تقریباً در ۵ درصد کودکان و ۲/۵ درصد بزرگسالان روی می‌دهد [۶]. رفتار کودک دارای ADHD، به عنوان محرک تنش را عمل می‌کند و به نوبه خود بر رفتار والدین و تعامل میان آنها (به ویژه مادر) و کودک مؤثر است [۷]. نتایج تحلیل طولی نشان دهنده اختلافاتی در جهت تأثیرات مرتبط با طرد والد-کودک و علایم اختلال ADHD کودک می‌باشد. بدین صورت که نشانه‌های ADHD بر رابطه مادر-کودک اثر می‌گذارند [۸]. نحوه واکنش والدین به رفتار این کودکان متفاوت است و گاهی به سطوح بالا و غیر ضروری ابراز عواطف منفی، تنبیه‌های سخت نسبت به کودک فارغ از کاری که انجام می‌دهد منجر می‌شود و ممکن است این کودکان از جانب والدین تشویق، تأیید، صمیمیت و محبت کمتری دریافت کنند. این نوع برخورد با کودک بر نحوه رفتار کودک با والدین نیز تأثیر می‌گذارد و ممکن است میزان نافرمانی، لجبازی، مجادله و تعارض با آنها را در او افزایش دهد [۹]. طرح‌های همبستگی پژوهش‌های اخیر نشان از آن دارند که ADHD کودکان با عملکردهای مشکل‌ساز خانواده، مانند استرس در خانواده، آسیب روانی والدین و روابط ناسازگار والد-فرزندی در ارتباط است [۱۰].

مشکلات رفتاری و نافرمانی کودک، به عنوان یکی از جدی‌ترین مشکلات این کودکان تأثیر بسیاری بر سیستم و کارکرد خانواده می‌گذارد. تأثیر غیر قابل تردید کودک بر والدین و والدین بر کودک، منطقی برای این است که آموزش والدین به عنوان روشی مناسب، چند وجهی و ابتکاری برای مدیریت رفتارهای نامطلوب کودکان قرار گیرد [۱۱].

با توجه به مطالبی که ذکر شد برای کاهش آثار تعامل‌های نامناسب والد-کودک مداخلات درمانی مؤثری مورد نیاز است. در این میان نقش اصلی بر عهده والدین به ویژه، مادران می‌باشد که به عنوان پایه‌های

لیکرت ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود (به نقل از ۳۰). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ارزیابی تشخیص بیش فعالی Vanderbilt (فرم معلم) در میان دانش آموزان ۶ تا ۱۲ سال شهرکرد توسط خیازی انجام شد. بر اساس نتایج به دست آمده، بارهای عاملی ماده‌های آزمون Vanderbilt از ۰/۴۵ تا ۰/۹۲ می‌باشند که ساختار چهارعاملی مقیاس ارزیابی Vanderbilt برای نمونه‌های ایرانی تأیید می‌شود. ضریب آلفای کرانباخ عوامل آزمون Vanderbilt بین ۰/۹۱ مربوط به عامل اضطراب و افسردگی تا ۰/۹۶ مربوط به عامل اغلب بی توجه بود. ضرایب پایایی بازآزمایی پرسشنامه Vanderbilt از ۰/۸۵ (عامل بیش فعال- تکانشگر) تا ۰/۹۹ (عامل اغلب بی توجه) متغیر می‌باشد. همچنین ضرایب همبستگی بین آزمون Vanderbilt و آزمون کانرز از ۰/۷۸ (عامل اغلب بی توجه) تا ۰/۸۳ (عامل بیش فعال- تکانشگر) متغیر بود [۳۰].

۲- مقیاس ارزیابی تشخیص بیش فعالی Vanderbilt - فرم والدین: این مقیاس در سال ۲۰۰۳ به وسیله Wolraich و همکاران و حمایت سازمان ملی سلامت ذهنی و روانی به منظور ارزیابی و تشخیص ADHD ساخته شده است. این مقیاس دارای ۴۵ ماده اصلی و چهار زیر مقیاس می‌باشد که عبارتند از: کمبود توجه، بیش فعالی- تکانشگری، اختلالات نافرمانی مقابله‌ای و سلوک، نشانگان اضطراب- افسردگی. این مقیاس در کودکان ۶ تا ۱۲ ساله دبستانی کاربرد داشته است و ۴۵ ماده اصلی آن بر اساس درجه بندی لیکرت چهار درجه‌ای (۰ برای هرگز تا ۳ برای خیلی زیاد) طراحی شده است. همچنین این مقیاس شامل دو خرده مقیاس مجزا جهت سنجش عملکرد تحصیلی کودک و ارتباطات از دیدگاه والدین می‌باشد که بر اساس درجه بندی لیکرت ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود [۳۱]. ویژگی‌های روان سنجی نسخه والدین این پرسشنامه را برای کودکان ۶ تا ۱۲ ساله شهرکرد مورد ارزیابی قرار داد. بر اساس نتایج به دست آمده، ساختار چهارعاملی مقیاس ارزیابی تشخیص بیش فعالی Vanderbilt (فرم والدین) در نمونه ایرانی تأیید شد. ضریب آلفای کرانباخ عوامل مقیاس ارزیابی تشخیص بیش فعالی Vanderbilt (فرم والدین) بین ۰/۷۹ مربوط به عامل اضطراب/افسردگی تا ۰/۸۷ مربوط به عامل نقص توجه و عامل بیش فعالی- تکانشگری به دست آمد و ضرایب پایایی بازآزمایی پرسشنامه Vanderbilt از ۰/۸۶ (عامل اختلال نافرمانی مقابله‌ای/ سلوک) تا ۰/۹۹ (عامل نقص توجه) متغیر بود. همچنین ضرایب همبستگی بین مقیاس ارزیابی تشخیص بیش فعالی Vanderbilt (فرم والدین) و آزمون کانرز (فرم والدین) از ۰/۷۸ (عامل اغلب بی توجه) تا ۰/۸۳ (عامل بیش فعال- تکانشگر) متغیر بود. ضرایب همبستگی بین زیر مقیاس‌ها و نمره کل مقیاس ارزیابی اختلال کمبود توجه-بیش فعالی Vanderbilt (فرم والدین) بین ۰/۶۸ (زیر مقیاس اضطراب/افسردگی) تا ۰/۹۰ (زیر مقیاس نافرمانی مقابله‌ای/سلوک) برآورد شد [۳۲].

۳- پرسشنامه رابطه کودک-والد (CPRT): این مقیاس توسط Pianta برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ ماده و سه خرده مقیاس می‌باشد که عبارتند از: عامل نزدیکی، عامل وابستگی و عامل تعارض که مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از قطعاً صدق می‌کند تا قطعاً صدق نمی‌کند را در بر می‌گیرد [۳۳]. تعارض، جنبه‌های منفی رابطه

بر پیشینه پژوهشی موجود نشان می‌دهد که در ایران درباره تأثیر آموزش والدین به روش بارکلی بر روابط والد-کودک در کودکان دارای ADHD پژوهش‌های معدودی صورت گرفته است لذا این پژوهش بر آن است با دستیابی به راهکارهای عملی از طریق آموزش والدین زمینه را برای تحقیقات آتی در حوزه آموزش‌های کاربردی و نوین در این زمینه فراهم سازد. بالاخره، پژوهش حاضر به روانشناسان، مشاوران، روانپزشکان و خانواده‌ها در دست یابی و شناخت روش‌های اصلاحی و درمانی ایمن در جهت بهبود رابطه والد-کودک کمک می‌کند تا بدین وسیله با انتخاب روش مداخله مناسب، گروه مرجع را یاری نمایند. از این رو هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش والدین به روش بارکلی بر بهبود رابطه والد-کودک دانش آموزان دارای ADHD پایه‌های اول، دوم و سوم ابتدایی شهرکرد است.

## روش کار

در این پژوهش از روش آزمایش با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه گواه و انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها استفاده شد. جامعه آماری پژوهش تمام دانش‌آموزان پایه‌های اول، دوم و سوم ابتدایی که دارای اختلال ADHD بودند و در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ در مدارس ابتدایی شهرکرد تحصیل می‌کردند تشکیل داد. نمونه‌های موردنظر، ۴۰ دانش آموز (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه) بودند که به روش نمونه گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند؛ بدین صورت که در ابتدا از دو ناحیه شهرکرد، یک ناحیه (ناحیه ۲) به روش تصادفی انتخاب شد. سپس از این ناحیه یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه نیز به روش خوشه‌ای تصادفی انتخاب گردید. برای تشخیص دقیق اختلال ADHD مقیاس ارزیابی تشخیص بیش فعالی Vanderbilt (فرم والد و فرم معلم) بر روی دانش آموزان پایه‌های اول، دوم و سوم ابتدایی اجرا شد. در این میان از ۴۰ نفر که در هر دو مقیاس میانگین نمره بالایی داشتند، توسط روانشناس، مصاحبه بالینی به عمل آمد. در نهایت، دانش آموزان مبتلا به ADHD که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، انتخاب گردیدند. معیارهای ورود شامل: نداشتن اختلال همراه، عدم استفاده از داروهای ADHD، کسب نمره لازم (بالتر از ۱/۵ انحراف معیار) در مقیاس ارزیابی تشخیص بیش فعالی Vanderbilt (فرم والد و فرم معلم)، تأیید اختلال ADHD توسط روانشناس و کسب رضایت از والدین بود. لازم به ذکر است یک نفر از گروه آزمایش به دلیل عدم توانایی برای حضور در جلسات آموزشی و یک نفر از گروه گواه به دلیل عدم پاسخگویی والد به پس آزمون‌ها، کنار گذاشته شدند. ابزارهای پژوهش شامل:

۱- مقیاس ارزیابی تشخیص بیش فعالی Vanderbilt - فرم معلم: این مقیاس در سال ۱۹۹۸ به وسیله Wolraich و همکاران به منظور ارزیابی و تشخیص ADHD کودکان ۶ تا ۱۲ ساله ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۵ ماده اصلی و چهار زیر مقیاس می‌باشد که عبارتند از: کمبود توجه، بیش فعالی/تکانشگری، اختلالات نافرمانی مقابله‌ای و سلوک، نشانگان اضطراب/افسردگی. ۳۵ ماده اصلی این مقیاس بر اساس درجه بندی لیکرت چهار درجه‌ای (۰ برای هرگز تا ۳ برای خیلی زیاد) طراحی شده. همچنین این مقیاس شامل دو خرده مقیاس مجزا جهت سنجش عملکرد تحصیلی دانش آموز (۳ ماده) و عملکرد رفتار کلاسی (۵ ماده) از دیدگاه معلم می‌باشد که بر اساس درجه بندی

آمار برای علوم اجتماعی (SPSS) نسخه ۱۶ و به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) و تحلیل واریانس یک متغیری استفاده شده است. ضمناً سطح معنی داری در این تحقیق،  $P < 0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی بیانگر سن آزمودنی‌ها در دامنه ۷ تا ۹ سال بود. ۲۵ نفر از کودکان حاضر در پژوهش دختر و ۱۳ نفر نیز پسر بودند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات تفاضل پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش استفاده شد. بدین منظور ابتدا برای نمرات حاصل از تفاضل پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش، شاخص‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات تفاضل پیش آزمون و پس آزمون خرده مقیاس رابطه والد-کودک متغیرها در گروه آزمایش و گواه

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
تعارض		
آزمایش	-۹/۳۶	۴/۸۴
گواه	۱/۱۵	۳/۴۸
نزدیکی		
آزمایش	۲۷/۷۳	۹/۲۹
گواه	۳/۴۷	۹/۸۱
وابستگی		
آزمایش	۶/۳۶	۵/۰۴
گواه	۱/۴۲	۴/۵۸
نمره کل		
آزمایش	-۴۳/۴۷	۱۴/۷۳
گواه	-۳/۷۳	۱۱

طبق یافته‌های جدول ۱ می‌توان پذیرفت که میان گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. جهت بررسی تأثیر آموزش والدین به روش بارکلی بر رابطه والد-کودک دانش‌آموزان دارای ADHD از روش تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (نزدیکی، وابستگی، تعارض) تفاوت معنی دار وجود دارد. برای بررسی بیشتر این تفاوت، تحلیل واریانس‌های یک متغیری در متن مانوا روی داده‌ها انجام شد. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس‌های یک متغیری در متن مانوا را نشان می‌دهد. همانطور که نتایج تحلیل واریانس یک متغیری در جدول ۳، نشان می‌دهد که این روش آموزش والدین بر تعارض ( $P = 0/000$ ) و  $P = 0/000$  و  $F = 59/12$ ، و  $P = 0/000$ ، و  $F = 11/00$  و  $P = 0/000$ ، و  $F = 88/66$  اثر مثبت و معنی داری داشت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش والدین به روش بارکلی باعث بهبود رابطه والد-کودک شده است.

مانند کشمکش و عصبانی شدن نسبت به یکدیگر، نافرمانی و غیر قابل پیش بینی بودن را در بر می‌گیرد. نزدیکی بر روابط نزدیک و صمیمی والد و کودک تأکید دارد و وابستگی، میزان وابستگی ناپه‌نچار مادر و کودک را مورد ارزیابی قرار می‌دهند [۱]. این پرسشنامه توسط طهماسبیان و خرم‌آبادی (به نقل از [۳۳]) ترجمه گردید و روایی محتوای آن نیز توسط متخصصین ارزیابی شد.

نحوه اجرای پژوهش نیز بدین صورت بود که پس از اخذ مجوز اجرای پرسشنامه‌ها از اداره کل آموزش و پرورش شهرکرد، مدارس و نمونه مورد پژوهش از بین مدارس و دانش‌آموزان ابتدایی شهرکرد انتخاب شد. در ابتدا پرسشنامه رابطه کودک-والد توسط تمامی آزمودنی‌ها قبل شروع مداخله و در مرحله پیش آزمون تکمیل گردید و پس از انتخاب گروه نمونه، والدین دانش‌آموزان گروه آزمایش پس از توضیحات مختصری در باره اهمیت و هدف‌های پژوهش، برای اجرای مداخله آماده شده و سپس طی ۱۰ جلسه به صورت هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه مداخله پژوهش اجرا شد، در این مدت گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات آموزشی مادران دو گروه مجدداً پرسشنامه رابطه کودک-والد را در قالب پس آزمون تکمیل کردند. خلاصه جلسات آموزش به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: آموزش علل رفتار متمرده‌گانه کودکان، توصیه برای شناسایی علل یا عوامل رفتار متمرده‌گانه که ممکن است در خانواده وجود داشته باشد و تشویق والدین به آغاز چاره‌اندیشی برای علل نافرمانی‌هایی که امکان رفع آنها در خانواده وجود دارد.

جلسه دوم: آموزش روش‌های توجه به رفتار مثبت کودک به والدین در عین نادیده گرفتن افتراقی رفتار منفی.

جلسه سوم: آموزش استفاده از مهارت‌های کارآمد توجه به منظور افزایش پیروی آئی کودک از فرامین والدین، آموزش افزایش نظارت والدین بر رفتار کودک در خانه و محله.

جلسه چهارم: آموزش اجرای روش ژتونی در خانه.

جلسه پنجم: آموزش گنجاندن استفاده از جریمه در روش ژتونی خانگی و آموزش استفاده از یک روش محروم سازی.

جلسه ششم: آموزش تعمیم محروم سازی به دیگر رفتارهای بد رفتاری‌ها.

جلسه هفتم: آموزش مدیریت کودک در مکان‌های عمومی.

جلسه هشتم: بررسی ماهیت مشکل رفتاری کودک در مدرسه و آموزش درست کردن کارت گزارش روزانه رفتار در مدرسه.

جلسه نهم: تشویق والدین به فکر درباره مشکلات رفتاری احتمالی آینده و اینکه چگونه می‌توانند با استفاده از روش‌های قبلی به این مشکلات بپردازند.

جلسه دهم: بررسی عملکرد والدین در اجرای همه رویه‌های آموزش داده شده، توجه به ادامه یا توقف اجرای روش ژتون خانگی، بررسی استفاده از کارت گزارش روزانه رفتار در مدرسه.

لازم به ذکر است که جهت رعایت اصول اخلاقی، علاوه بر گرفتن رضایت و توافق آگاهانه آزمودنی‌ها و دادن اطمینان به آنها جهت محرمانه باقی ماندن مشخصات و اطلاعات وارد شده در پرسشنامه، پس از اتمام پژوهش نیز یک دوره فشرده مداخله دو جلسه‌ای برای آزمودنی‌های گروه گواه ارائه گردید. برای انجام تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی از نرم افزار بسته

جدول ۲: تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) روی خرده مقیاس‌ها و نمره کل رابطه والد-کودک در گروه‌های آزمایش و گواه

اثر	ارزش	F	درجه آزادی	سطح معنی داری	ضریب اتا
اثر Pillai	۰/۸۰	۴۶/۴۱	۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰
اثر Hotelling	۴/۰۹	۴۶/۴۱	۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۰۹	۴۶/۴۱	۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰
Wilks' Lambda	۰/۱۹	۴۶/۴۱	۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانوا روی خرده مقیاس‌ها و نمره کل رابطه والد-کودک

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	میزان تأثیر
تعارض	۵۵۹۲/۶۵	۱	۵۵۹۲/۶۵	۶۱/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۶۳
نزدیکی	۱۰۵۲/۶۳	۱	۱۰۵۲/۶۳	۵۹/۱۲	۰/۰۰۰	۰/۶۲
وابستگی	۲۳۲/۵۲	۱	۲۳۲/۵۲	۱۰/۰۰	۰/۰۰۳	۰/۲۱
نمره کل	۱۵۰۰۰/۶۵	۱	۱۵۰۰۰/۶۵	۸۸/۶۶	۰/۰۰	۰/۷۱

## بحث

افزایش داد. در این روش به والدین آموزش داده شد تا دقایقی از روز را به بازی با کودک که یکی از مهم‌ترین راه‌های ارتباط غیر کلامی با کودکان است، بپردازند و در طول بازی خود را به کودک نزدیک کرده و رابطه خود را با وی تقویت کنند.

طبق آموزش‌های ارائه شده، کودک در زمان بازی مرکز توجه والد بوده و معمولاً والدین پیرو دستورات کودک بودند و مواردی از قبیل ارزیابی، قضاوت، تحقیر، تنبیه و توبیخ وجود نداشت. با عنایت به وجود مشکلات متعددی که اغلب والدین در زمینه تعامل با فرزندان خود داشتند، مداخله پژوهش به عنوان روش مناسبی جهت بازسازی رابطه و بهبود نزدیکی بین والد-کودک عمل نمود.

کودکان زمانی به پدر و مادر خود می‌چسبند که کمبود توجهی احساس کنند یا از چیزی بترسند. وابستگی به والدین می‌تواند حاکی از مشکلات جدی‌تری باشد که در شرایطی همچون شکست در برقراری ارتباط با والدین و تغییر در وضعیت زندگی وی نمود پیدا می‌کند و وابستگی او شدت می‌یابد [۳۶].

این شیوه مداخله با بهبود رابطه والد-کودک، آموزش والدین در مورد ابراز توجه صحیح و کافی به فرزندانشان و الگودهی و تمرین توجه به بازی مستقل کودکان، توانست وابستگی کودکان به مادرانشان را بهبود بخشد.

## نتیجه گیری

این پژوهش نشان داد استفاده از آموزش والدین به روش بارکلی می‌تواند موجب بهبود رابطه والد-کودک در کودکان دارای ADHD گردد. پیشنهاد می‌شود، از یافته‌های این تحقیق در مشاوره با والدین برای بهبود رابطه والد-کودک در مراکز مشاوره خصوصی، کلینیک‌های مخصوص کودکان و مهدهای کودک و دبستان‌ها استفاده شود.

با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخش بودن آموزش والدین در بهبود رابطه والد-کودک بود، اما تعمیم این نتایج به دیگر گروه‌ها با محدودیت‌هایی روبرو است.

برای نمونه، نتایج این پژوهش را نمی‌توان به سایر پایه‌های بالاتر مقطع ابتدایی تعمیم داد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرای مداخله تنها برای مادران می‌باشد. عدم آشنایی و همکاری پدران

نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن بود که آموزش روش بارکلی به مادران در کاهش روابط تعارض آمیز مادر-کودک، مؤثر بوده و باعث افزایش نزدیکی و کاهش وابستگی مادران و فرزندانشان بوده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیشین [۱۵، ۲۵، ۲۶] همسو بود. در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت، تعارض، شدتی که والد احساس می‌کند رابطه‌اش با یک کودک منفی است را توصیف می‌کند. رفتارهای والدین با کودک مانند کشمکش، عدم احترام به خودمختاری و خصومت والد نسبت به کودک جلوه‌هایی از وجود تعارض در رابطه والد-کودک می‌باشد [۳۴].

یکی از جنبه‌های تعارض در روابط والد-کودک و ارتباط مؤثر با فرزندان پذیرش غیرمشروط فرزندان است، بدین معنا که والدین، کودک و نوجوان را آن گونه که هست بپذیرند، هر چند ممکن است رفتار او مورد پذیرش آنان نباشد [۳۵]. یکی از هدف‌های درمانی این برنامه، طراحی بهترین تطابق بین والد و کودک می‌باشد. در این راستا والدین یاد می‌گیرند تا حد امکان رفتار غیرطبیعی کودک را از طریق اعمال محدودیت‌ها تغییر دهند و در غیر این صورت عوامل غیرقابل تغییر را بپذیرند و بکوشند تا حد امکان آنها را مهار کنند. به نظر می‌رسد ایجاد محدودیت‌ها، به خودکنترلی و مسؤولیت پذیری بیشتر کودک در قبال رفتارهای منجر می‌شوند، میزان پذیرش کودک توسط والدین را بیشتر کرده و در نتیجه رابطه والد-کودک بهبود می‌یابد. با توجه به عملکرد نامناسب رفتار کودکان دارای ADHD، والدین از روش‌های متعدد محدودیت‌ها و تنبیه‌های نادرست استفاده می‌کنند. یکی دیگر از مفاهیمی که مادران در این دوره در جلسه پنجم یاد گرفتند استفاده صحیح از روش محروم سازی به عنوان مجازات بد رفتاری انجام شده توسط کودک می‌باشد که این امر مهم به بهبود رابطه والد-کودک کمک قابل توجهی کرد.

یکی از مبانی روان شناختی ارتباط مؤثر والدین با فرزندان، فرایند همدلی است. برای همدلی ابتدا باید والدین تجربه عاطفی فرزند را دقیقاً درک کرده و سپس آنچه را فهمیده‌اند در قالب کلمات یا اشارات به فرزند منتقل کنند. طبیعی است که علایم غیرکلامی در ارتباط والدین با فرزند نقش مهمی ایفا می‌کنند [۳۵]. محتوای جلسات مداخله پژوهش حاضر به گونه‌ای بود که پذیرش و همدلی والدین با کودک را



## سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه مادران حاضر در پژوهش و معلمین و کادر دبستان‌های پیروزی و ۲۲ بهمن شهرکرد تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

می‌تواند اجرای هماهنگ و مؤثرتر اصول فراگرفته شده توسط مادران را با دشواری مواجه سازد. عدم پیگیری نتایج درمان در فواصل متفاوت جهت بررسی اثر بلند مدت مداخله از دیگر محدودیت این پژوهش بوده است. با توجه به نتایج و محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با رفع محدودیت‌های فعلی صورت بگیرد.

## References

1. Khodapanahi MK, Ghanbari S, Nadali H, Seyed MP. [Quality of mother-child relationships and anxiety syndrome in preschoolers]. *Dev Psychol*. 2012;9(33):5-13.
2. Amir-Hoseyni Z. [Principles and Practices of Effective Communication between parents and children]. *J Taahora*. 2011;11:77-108.
3. Beh-Pajooch A. [The principles of human relation with children and adolescents]. 8th ed. Tehran: Danjeh; 2012.
4. Navabi Nejad S. [Three speech about the guidance and parenting]. 8th ed. Tehran: Parents and teachers community; 2008.
5. Nejati A, Mosavi R, Roshan R, Mahmogharaei J. [Effectiveness of child-parent relationship therapy (cprrt) on the improvement of mothers' parenting of children 8-11 years with ADHD]. *J Clin Psychol*. 2016;1(29):37-49.
6. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
7. Mussen P, Kagan J, Huston A, Conger J. [Development and personality in the child]. Tehran: Markaz; 2006.
8. Lifford KJ, Harold GT, Thapar A. Parent-child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(2):285-96. doi: 10.1007/s10802-007-9177-5 pmid: 17851751
9. Barkley R. *Taking Charge of ADHD Third Edition The Complete, Authoritative Guide for Parents*. New York: Guilford Press; 2013.
10. Deault LC. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010;41(2):168-92. doi: 10.1007/s10578-009-0159-4 pmid: 19768532
11. Briesmester J, Schaefer C. *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2007.
12. Anastopoulos A, Shaffer S. Attention deficit/Hyperactivity disorder. In C. Eugend Walker & Michael C. Roberts. *Handbook of clinical child psychiatry*. Canada: John Wiley & Sons, Inc; 2001.
13. Smith MD, Barrett MS. The effect of parent training on hyperactivity and inattention in three school-aged girls with attention deficit hyperactivity disorder. *Child Fam Behav Ther* 2002;24(3):21-35.
14. Danforth J. Training parents of children with comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder. In: Briesmester J, editor. *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2007.
15. Lamb K. *Addressing the Challenges of Parenting: Parent Training With Parents of Children with ADHD*. Texas A&M University; 2006.
16. Barkely R. *Defiant children: A clinicians manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Publication; 2002.
17. Barkley R. *Defiant children: parents training program: clinicians manual for assessment and treatment of behavioral problems and disobedience of children* 1997.
18. Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 1992;20(5):503-20. pmid: 1487593
19. Sanders MR. *New Directions in Behavioral Family Intervention with Children*. New York: Plenum Press; 1996. 283-330 p.
20. Khayyer M. [The effect of parental education on children with behavior problems, attention deficit hyperactivity (ADHD)]. Marvdasht: The Islamic azad University of Marvdasht; 2013.
21. Belali R, Aghayoosefi A. [The effectiveness of parental training program on children with behavior problems]. *J Appl Psychol*. 2012;4(20):59-73.
22. Haji Seyed Javadi T, Borjali M, Borjali A. Effectiveness of Barkley's behavioral parent training in reducing symptoms of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2014;6:47-52.
23. Alizadeh H. *A Parent Training Program for Families with ADHD Children and Its Impact on Reducing Symptoms and Family Function*. *Psychol Except Individ*. 2012;2(7):43-70.
24. Masoomi Zareh M. [Effect parent group based on an integrated approach (positive parenting and behavioral therapy) to reduce the dependence on computer games and children to improve parent-child relationship]. Isfahan: University of Isfahan; 2011.
25. Shapourabadi Abedi A, Tajrishi Pourmohamadreza M, Khani Mohamad P, Farzi M. [Effectiveness of group training positive parenting program (Triple-P) on parent-child relationship in children with attention deficit/hyperactivity disorders]. *J Clin Psychol*. 2012;3(15):63-73.
26. Couch CM, Evans IM. Relationship focused parent training within a dialectical framework: a case study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2012;17(3):400-14. doi: 10.1177/1359104511415639 pmid: 21957205
27. Chronis-Tuscano A, O'Brien KA, Johnston C, Jones HA, Clarke TL, Raggi VL, et al. The relation between maternal ADHD symptoms & improvement in child behavior following brief behavioral parent training is mediated by change in negative parenting. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(7):1047-57. doi: 10.1007/s10802-011-9518-2 pmid: 21537894
28. Mikami AY, Lerner MD, Griggs MS, McGrath A, Calhoun CD. Parental influence on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Results of a pilot intervention training parents as friendship coaches for

- children. *J Abnorm Child Psychol.* 2010;38(6):737-49. doi: [10.1007/s10802-010-9403-4](https://doi.org/10.1007/s10802-010-9403-4) pmid: 20339911
29. Lee PC, Niew WI, Yang HJ, Chen VC, Lin KC. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil.* 2012;33(6):2040-9. doi: [10.1016/j.ridd.2012.05.011](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.05.011) pmid: 22750360
30. Khabbazi J. [Evaluation the psychometric properties of vanderbilt ADHD rating scale (teacher form ) in students in shahrekord]. Yasuj: University of Yasuj; 2014.
31. Wolraich ML, Lambert W, Doffing MA, Bickman L, Simmons T, Worley K. Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *J Pediatr Psychol.* 2003;28(8):559-67. pmid: 14602846
32. Khabbazi R. [Evaluation the psychometric properties of vanderbilt ADHD rating scale (parent form ) in students in shahrekord]. Isfahan: University of Najafabad; 2016.
33. Abareshi Z, Tahmasian K, Mazaheri M, Panaghi L. [The Impact of Psychosocial Child Development Training Program, Done through Improvement of Mother-Child Interaction, on Parental Self-Efficacy and Relationship between Mother and Child under Three]. *J Res Psychol Health.* 2010;3(3):49-57.
34. Driscoll K, Pianta RC. Mothers' and Fathers' Perceptions of Conflict and Closeness in Parent-Child Relationships during Early Childhood. *J Early Childhood Infant Psychol.* 2011(7):1-24.
35. Ahmadi M. [Psychological principles of effective communication with parents with children in a family environment]. *J Marifat.* 2007;104:18-25.
36. Tahmasebi F. [How to help dependent children?]. *J Payvand.* 2011:39-41.