



# Investigation of Effectiveness of Mothers' Training on Reduction of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms on Children and Mothers' Depression

Leila Bakhshi Sourashjani<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> 1 Assitant Professor, Psychology Department, Behbahan Branch, Islamic Azad University, Behbahan, Iran

\* **Corresponding author:** Leila Bakhshi Sourashjani, Assitant Professor, Psychology Department, Behbahan Branch, Islamic Azad University, Behbahan, Iran. E-mail: bakhshi.la@gmail.com

**Received:** 13 May 2017

**Accepted:** 17 Oct 2017

## Abstract

**Introduction:** Due to its unique characteristics among various therapeutic approaches, parents' training is a supplement to psychotherapeutic interventions, where parents and other care-takers are trained against behavioral problems of their children. The present study investigated the effectiveness of cognitive behavior therapy along with behavior management of mothers in reduction of mothers' depression and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among children aged 7 to 10.

**Methods:** The study used an experimental method with a pretest-posttest-follow-up scheme with control group at elementary schools of Behbahan, during year 2014. The statistical society was made up of several mothers with depression, who had 7- to 10-year-old children with the ADHD disorder. In this context, using a multistage random sampling approach, 24 depressed females with ADHD children were randomly chosen among 320 mothers with depression. These mothers were divided to two test and witness groups. Research tools involved diagnostic interviews, Beck Depression Inventory, and Conners' Parent questionnaire, the validity and reliability of which have been confirmed. The experimental group received 18 sessions of group interventions. Data analysis was done using the SPSS software version 21 and descriptive statistics methods (mean and standard deviation) and inferential statistics (covariance analysis).

**Results:** At the significance level of  $P < 0.05$ , results of covariance analysis in posttest showed a reduction in the average scores of mothers' depression, compared to the control group ( $P < 0.001$ ,  $F = 81.27$ ), yet no significant change occurred in the average scores of ADHD disorder among children ( $P = 0.375$ ,  $F = 0.821$ ). Average scores of mothers' depression and ADHD disorder in the follow-up stage in the test group had a significant decrease, compared to the control group ( $P < 0.004$ ,  $F = 10.32$  and  $P < 0.001$ ,  $F = 27.87$  respectively).

**Conclusions:** With regards to the findings on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and behavior management of the mothers on the reduction of mothers' depression and attention deficit hyperactivity disorder symptoms among children, it is suggested that training and therapeutic programs should be used with further emphasis on the relationship between mothers and elementary school-aged children so that different behavioral, therapeutic, and educational problems in children can be prevented and mothers' and children's well-being can be improved.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy, Parent Management Training, Depression Mother, Children Attention Deficit-Hyperactivity



# بررسی اثر بخشی آموزش مادر بر کاهش اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در کودک و افسردگی مادر

لیلا بخشی سورشجانی<sup>۱\*</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بهبهان، دانشگاه آزاد اسلامی، بهبهان، ایران

\* نویسنده مسئول: لیلا بخشی سورشجانی، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بهبهان، دانشگاه آزاد اسلامی، بهبهان، ایران. ایمیل:

bakhshi.la@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۲۳

## چکیده

**مقدمه:** روش آموزش والدین به دلیل ویژگی‌های منحصر بفرد خود در میان روش‌های درمانی، یک وجه مکمل مداخله‌های روان‌درمانی است که در آن به والدین و دیگر مراقبان، فنون مقابله با مشکلات رفتاری کودکان آموزش داده می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری توأم با مدیریت رفتار مادر بر افسردگی مادران و نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان ۱۰-۷ سال انجام شده است.

**روش کار:** این مطالعه از نوع آزمایشی، طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پی‌گیری با گروه کنترل است که در مدارس ابتدایی شهرستان بهبهان و در سال ۱۳۹۳ انجام شده است. جامعه آماری شامل مادران افسرده کودکان ۱۰-۷ سال مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی بود. شرکت‌کنندگان پژوهش ۲۴ نفر از مادران مبتلا به افسردگی می‌باشند که از بین ۳۲۰ نفر از مادران دانش‌آموزان انتخاب شدند، که کودکان آنان اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی داشتند. این نمونه با روش تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل مصاحبه تشخیصی، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کانرز والد بود که روایی و پایایی آن‌ها تأیید شد. گروه آزمایش ۱۸ جلسه مداخله گروهی دریافت کردند. توصیف داده‌ها توسط میانگین و انحراف معیار و تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

**یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها در سطح معنی‌داری  $P < 0/05$  انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس در پس‌آزمون نشان داد، میانگین نمره افسردگی مادران در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته ( $F = 81/27, P < 0/001$ )، اما میانگین نمره‌ها در اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان کاهش معنی‌داری نیافت ( $F = 0/821, P = 0/357$ ). میانگین نمره‌های افسردگی و اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در مرحله پی‌گیری در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معنی‌دار نشان داد (به ترتیب  $F = 27/87, P < 0/001$ ;  $F = 10/32, P < 0/004$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر اثر درمان شناختی-رفتاری توأم با مدیریت رفتار مادر بر کاهش افسردگی مادر و علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی و درمانی با تأکید بیشتر بر چگونگی ارتباط مادر و کودک برای مادران با کودکان دبستانی استفاده گردد تا از بروز بسیاری از مشکلات رفتاری، درمانی و تحصیلی در کودکان پیشگیری نموده و باعث سلامت مادر و کودک شود.

**واژگان کلیدی:** درمان گروهی شناختی-رفتاری، آموزش مدیریت رفتار مادر، افسردگی مادر، اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی (DSM5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Fifth Edition ADHD: Attention-) منظور از اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی

اختلال افسردگی یکی از اختلالات خلقی ناتوان‌کننده است که با احساس غمگینی دایمی، احساس ناامیدی نسبت به آینده و اشتغال ذهنی مداوم با افکار منفی همراه است (۱). طبق معیار پنجمین ویرایش

مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی انجام گردیده بیانگر آن است که این آموزش باعث کاهش مشکلات رفتاری در کودکان نگردیده است (۲۷-۲۹). اما در ارتباط با اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مادر بر علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی، برخی مطالعات اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری مادران بر کاهش علائم اختلال نارسائی توجه- بیش فعالی کودکان آن‌ها را تأیید نموده‌اند (۳۰-۳۴). در پژوهش حاضر، مادران افسرده به‌صورت گروهی مورد درمان شناختی - رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار مادر قرار گرفتند و تأثیر این درمان در مرحله اول بر خود آنان و در مرحله بعد بر کودکان سنجیده شده است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار مادر بر کاهش افسردگی مادران و علایم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان آنان است. نکته برجسته در این پژوهش استفاده از روش آموزش مدیریت رفتار مادر به‌صورت توأم با روش درمان شناختی-رفتاری می‌باشد که تاکنون پژوهشی به اثربخشی توأم این دو شیوه در کاهش افسردگی مادران و علائم اختلال نارسائی توجه-بیش‌فعالی نپرداخته است.

### روش کار

طرح پژوهش حاضر با توجه به موضوع و هدف، روش پژوهش آزمایشی (طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون) با گروه کنترل است. در این پژوهش پیش‌آزمون‌های افسردگی و علائم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی به‌عنوان متغیرهای تصادفی کمکی Covariate و پس‌آزمون‌های آن‌ها به‌عنوان متغیرهای وابسته تلقی شدند. متغیر مستقل پژوهش، جلسه درمان شناختی-رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار والد می‌باشد که با الگوبری از مدل بک Beck و آموزش مدیریت رفتار بارکلی Barkly انجام شد. در این پژوهش برنامه درمان مادر، شامل ۱۸ جلسه است، دو جلسه در هفته و زمان هر جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه است. که در نه جلسه اول درمان شناختی - رفتاری بک اجراء و از جلسه دهم از برنامه آموزش مدیریت رفتاری والدین بارکلی استفاده شد. این برنامه درمانی از آموزش مدیریت رفتار والد بارکلی و مدل بک اقتباس شده است (۳۵، ۳۶). جهت اجرای تحقیق، پس از مراجعه به اداره آموزش و پرورش بهبهان و هماهنگی با مدیران مدارس به شیوه جداگانه با معلمان جلسه‌ای در ارتباط با پژوهش تشکیل گردید. جامعه آماری شامل کلیه مادران دانش‌آموزان دختر و پسر در پایه‌های اول تا سوم ابتدایی شهر بهبهان می‌باشند که در سال تحصیلی ۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش دو نمونه انتخاب گردید: نمونه اعتباریابی و نمونه آزمون فرضیه. جهت سنجش اعتبار و پایایی ابزارهای پژوهش ۷۲ نفر از مادران دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهرستان بهبهان به روش تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و مقیاس‌های کانرز والد و نشانه‌شناسی مرضی کودک به آنان داده شد که ۵۰ نفر مقیاس‌ها را تکمیل نمودند. در این نمونه ۲۰ نفر دانش‌آموز در دامنه سنی ۸-۷ ساله، ۳۰ نفر دانش‌آموز در دامنه سنی ۱۰-۹ سال، و در نمونه اعتباریابی مادران ۱۰ نفر در دامنه سنی ۳۰-۲۵؛ ۱۲ نفر، ۳۵-۳۱؛ ۱۲ نفر، ۴۰-۳۶؛ و ۱۶ نفر؛ ۴۵-۴۱ بودند. به منظور انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد، و از کل ۲۶ مدرسه ۶ مدرسه به تصادف انتخاب گردید (۳ مدرسه دخترانه و ۳

Deficit Hyperactivity Disorder) الگوی پایداری از نارسایی توجه با مجموعه علائمی با محدودیت میدان توجه که با سطح رشد فرد ناهماهنگ است و به ضعف تمرکز، رفتار ناگهانی و بیش‌فعالی منجر می‌گردد، اطلاق می‌شود به‌عبارت دیگر مشخصه اصلی این اختلال وجود الگوی پایدار فقدان توجه و بیش‌فعالی -تکانشگری است که در مقایسه با افرادی که در همان سطح رشد هستند وسیع‌تر است (۲). افسردگی مادر به‌عنوان یک عامل خطر برای رشد آسیب‌های روان‌شناختی در نظر گرفته شده‌است (۳). با توجه به نقش زن در خانواده و این‌که مسئولیت فرزندان بیشتر به عهده مادر است، خلق افسرده در او می‌تواند به سلامت روانی اعضای خانواده آسیب برساند. افسردگی مادر اثر نامطلوبی بر سلامت و بهزیستی کودکان دارد (۴). در سطح خانواده به‌خصوص شناخت وضعیت خلقی مادر جهت تبیین مشکلات رفتاری کودک و درمان مشکل خلقی مادر به منظور کاهش اختلالات رفتاری در کودک مهم است. مطالعات خانوادگی انجام شده وجود یک ارتباط خانوادگی بین افسردگی مادر و علایم اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی را نشان می‌دهد (۵). نارسایی توجه-بیش‌فعالی از متداول‌ترین شرایط مزمن روانی در خلال کودکی است که با نشانه‌های بی‌توجهی، فزون‌کنشی و برانگیختگی مشخص می‌شود (۶). این کودکان توجه بر تکلیف برای‌شان دشوار است و برای تمام شدن تکلیف نمی‌توانند نقش خود را متمرکز سازند (۲). عوامل محیطی و زیست‌شناختی در ایجاد اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی تأثیر متقابل دارند، در اوایل زندگی شروع می‌شود و بیشترین زمان که کودکان نشانه‌های شدید اختلال را بروز می‌دهند ۱۰-۷ سالگی است. نشانه‌های آن در خانه، مدرسه و موقعیت‌های اجتماعی آشکار می‌شود (۷). بررسی رابطه بین نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان با افسردگی والدین نشان داد که مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه-بیش‌فعالی نسبت به کودکان عادی افسرده‌تر بودند (۸). شیوه رفتار مادر افسرده به‌دلیل ضعف در کنترل رفتار خود و به‌دنبال آن رفتار فرزند، در درازمدت از پیش‌بین‌های قوی رفتار منفی در کودک می‌باشد و بنابراین کاربرد شیوه درمانی مناسب برای مادر افسرده در ایجاد امنیت روانی در کودک و تأمین سلامت او مؤثر است (۹). با مرور بر تاریخچه روش‌های به کار گرفته شده در بهبود افسردگی، درمان شناختی-رفتاری (Cognitive Therapy) یکی از روش‌های نسبتاً موفق در بهبود این اختلال در مادران می‌باشد (۱۰-۱۴). نتایج انجام فراتحلیلی بر درمان شناختی-رفتاری در مقابل درمان‌های معمول برای اضطراب و افسردگی نشان داد که درمان شناختی-رفتاری، اندازه اثر بیشتری نسبت به درمان‌های دیگر دارد (۱۵). با توجه به این‌که والدین در جریان شکل‌پذیری شخصیت کودک نقش مهمی دارند و مشکلات رفتاری کودک نشان‌دهنده مشکلات سایر اعضای خانواده و به‌ویژه والدین است، این موضوع متخصصان را بر آن داشت که والدین را در بخشی از فرایند درمان شرکت دهند و با دادن آموزش ویژه به آنان مشکلات رفتاری کودکان را تحت درمان قرار دهند (۱۶). روش آموزش والدین به دلیل ویژگی‌های منحصر به‌فرد خود در میان روش‌های درمانی یک وجه مکمل مداخله‌های روان‌درمانی است (۱۷). مطالعات متعددی اثربخشی آموزش مدیریت رفتار مادر را در درمان علایم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی نشان داده‌اند (۱۸-۲۶). از سوی دیگر هم برخی از پژوهش‌هایی که در زمینه اثربخشی آموزش مدیریت رفتار مادر بر

مدرسه پسرانه). سپس با مراجعه به مدارس و بعد از هماهنگی با مدیران مدارس به کلاس‌ها مراجعه و بر اساس جدول اندازه نمونه معرف از جامعه، جدول کرجسی و مورگان (Krejcie & Morgan)، از کل دانش‌آموزان تعداد ۳۲۰ دانش‌آموز انتخاب شد، بعد پرسشنامه افسردگی مادر و بیش‌فعالی کانرز والد، که در پاکت‌های در بسته گذاشته شده بودند به دانش‌آموزان داده شد. ۳۰۰ مادر پرسشنامه‌ها را تکمیل و عودت دادند که نمونه اولیه را تشکیل دادند. ۴۳ نفر از آزمودنی‌ها که نمره آن‌ها در نقطه برش پرسشنامه افسردگی ۱۹ و بالاتر و در پرسشنامه کانرز والد ۶۳ و بالاتر بود برای بررسی دقیق‌تر اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در کودک با بررسی ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به مصاحبه دعوت شدند، و از بین این ۴۳ نفر ۲۴ نفر به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند، برای صحت تشخیص اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در کودک مصاحبه تشخیصی با معلم و مشاهده رفتار کودک در مدرسه انجام شد. سپس افراد انتخاب‌شده به دو گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۸ جلسه تحت درمان گروهی شناختی-رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار قرار گرفت. به‌منظور بررسی تداوم اثر متغیر مداخله بر متغیر وابسته، مرحله پی‌گیری طی دوره سه ماهه انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: موافقت کتبی مادر کودک برای شرکت آگاهانه و متعهدانه در پژوهش، افسردگی مادر، داشتن فرزند با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی بر اساس پرسشنامه کانرز، مصاحبه تشخیصی و مشاهده رفتار کودک در مدرسه، سن مادر با دامنه ۴۵-۲۵ سال، سن کودک با دامنه ۱۰-۷ سال و عدم شرکت مادر در برنامه‌های مشابه. معیارهای خروج از پژوهش شامل ابتلاء به هر نوع اختلال عصبی عمده دیگر، بیماری‌های شناخته شده طبی، سایکوز، عقب ماندگی‌های ذهنی و عدم حضور در ۴ جلسه از جلسات برنامه می‌باشند.

به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار؛ و آمار استنباطی، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شده است. سطح معنی داری برای آزمون فرضیه‌ها  $P < 0.05$  در نظر گرفته شده است. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به آزمون فرضیه‌ها برای اطمینان از این که داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیر بنایی تحلیل کوواریانس را برآورده می‌سازند یا خیر، داده‌ها از نظر مفروضه‌هایی چون خطی بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد آزمون قرار گرفت. یافته‌ها آشکار نمود که مفروضه‌های فوق برقرارند، لذا آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد. جهت معنی‌داری اثر متغیر مستقل، چهار آزمون مورد استفاده قرار گرفت که عبارتند از: اثر پیلای Pillai's trace، لاندای ویلکز Wilks' Lambda، اثر هتلینگ Hotelling's trace و بزرگ‌ترین ریشه روی Roy's largest root. اجرای این پژوهش پس از کسب مجوز کتبی از مسئولین اداره آموزش و پرورش شهرستان بهبهان، از جمله کارشناس تحقیقات، کارشناس آموزش ابتدایی و حراست؛ و با هماهنگی مدیران مدارس انجام شده است. برگزاری جلسه توجیهی اولیه با مشارکت مادران و دادن این اطمینان که اطلاعات مربوطه جمع‌آوری شده در مورد آن‌ها و فرزندان‌شان محرمانه باقی خواهد ماند و یادآوری این نکته که در

هر زمان اختیار انصراف همکاری را دارند از جمله نکات رعایت شده اخلاق در پژوهش بود. پس از بیان موضوع و هدف پژوهش در این جلسه توجیهی، مادران آگاهانه و با رضایت خویش در انجام پژوهش مشارکت نمودند. داده‌های مورد نیاز پژوهش با استفاده از دو پرسشنامه و یک مصاحبه تشخیصی جمع‌آوری گردید. پرسشنامه افسردگی بک، این پرسشنامه یک ابزار مداد کاغذی است، شامل ۲۱ گویه می‌باشد، که‌ای تی بک، در سال ۱۹۶۱ معرفی کرد (۳۷). هر گویه ۴ گزینه دارد و آزمودنی هر عبارت که به بهترین وجه توصیف‌کننده وضعیت اوست را علامت می‌زند، به هر پرسش نمره‌های بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۶۳ خواهد بود (۳۸)، نقطه برش در این پژوهش ۱۹ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷، ضریب پایایی و تنصیف آن ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۳ گزارش شده است (۳۹). برای روایی آن از پرسشنامه چندوجهی مینه سوتا (MMPI) استفاده شد که ضریب همبستگی به‌دست آمده بین دو مقیاس فوق برابر ۰/۶۰ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای ثبات درونی را ۰/۷۹ گزارش شده است (۴۰). مقیاس درجه‌بندی کانرز (Cannors) والد-تجدید نظر شده، فرم کوتاه، این مقیاس در دو فرم والدین و معلم ابتداء در سال ۱۹۶۹ به منظور شناسایی کودکان فزون کنش طراحی شد. فرم کوتاه والدین مرکب از ۲۷ پرسش است که توسط والدین تکمیل خواهد شد. دارای چهار عامل است که عبارتند از: مخالفت جویی، مشکلات شناختی - بی‌توجهی، بیش‌فعالی و شاخص ADHD. در این مقیاس درجه‌بندی والدین از ۰ تا ۳ می‌باشد. ضرایب پایایی درونی با دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ و ضریب پایایی باز آزمایی با ۸ هفته فاصله ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. اعتبار سازه با استفاده از روش تحلیل عوامل به‌دست آمده و اعتبار افتراقی آن‌ها با بررسی آماری توانایی پرسشنامه در تمایز افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه از عادی و دیگر گروه‌های بالینی قویاً تأیید شده است، نمره معیار مساوی یا بیشتر از ۶۵ معمولاً نشانگر مشکلات قابل توجه بالینی در آن می‌باشد (۲۹). اعتباریابی پرسشنامه درجه‌بندی کانرز والد توسط پژوهشگر در این پژوهش بر اساس اعتبار سازه ۰/۸۲ و پایایی آن بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شده است. مصاحبه تشخیصی برای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، سوالاتی که در زمینه شناسایی کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی پرسیده می‌شود، در ارتباط با توجه، کنترل تکانه‌ها و سطح فعالیت یا کنترل رفتاری، یادگیری حروف یا اعداد. آیا انتظار از کودک در کلاس درس متناسب با سن کودک است؟ چه مقدار از رفتار مخرب کودک ناشی از ناپختگی است؟ آیا رفتارهای کودک در اکثر زمینه‌ها ناپخته است؟ آیا قوانین کلاس واضح است (۴۱).

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش در جدول ۱ نشان می‌دهد نمرات افسردگی و نارسایی توجه-بیش‌فعالی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی، نارسایی توجه - بیش‌فعالی در گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

شاخص آماری	متغیرها
	بیش‌فعالی-نارسایی توجه
پیش‌آزمون	
آزمایش	
میانگین	۶۹/۲۵
انحراف معیار	۷/۲۳
تعداد	۱۲
کنترل	
میانگین	۷۳/۴۱
انحراف معیار	۸/۱۸
تعداد	۱۲
پس‌آزمون	
آزمایش	
میانگین	۵۵
انحراف معیار	۱۳/۸۱
تعداد	۱۲
کنترل	
میانگین	۵۷/۰۸
انحراف معیار	۱۶/۲۸
تعداد	۱۲
پیگیری	
آزمایش	
میانگین	۳۵/۴۱
انحراف معیار	۱۰/۱۶
تعداد	۱۲
کنترل	
میانگین	۵۲/۱۶
انحراف معیار	۱۵/۸۵
تعداد	۱۲

جدول ۲: نتایج آزمون‌های معنی‌داری تحلیل کوواریانس چندمتغیره در مرحله پس‌آزمون

اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر
اثر بیلابی	۰/۷۹۷	۳۷/۳۹**	۲	۱۹	۰/۷۹۷
لمبدای ویلکز	۰/۲۰۳	۳۷/۳۹**	۲	۱۹	۰/۷۹۷
اثر هتلیتنگ	۰/۹۳	۳۷/۳۹**	۲	۱۹	۰/۷۹۷
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۹۳	۳۷/۳۹**	۲	۱۹	۰/۷۹۷

\*\* P < ۰/۰۱

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تأثیر روش درمان شناختی-رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار والد در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
افسردگی	۳۱۷۱/۳۹	۱	۳۱۷۱/۳۹	۸۱/۲۷**	۰/۷۹
نارسایی توجه - بیش‌فعالی	۱۶۲/۹۸	۱	۱۶۲/۹۸	۰/۸۲۱	۰/۰۳۸

\*\* P < ۰/۰۱, P = ۰/۳۷۵

جدول ۴: نتایج آزمون‌های معنی‌داری تحلیل کوواریانس چندمتغیره در مرحله پیگیری

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۶۴۴	۱۷/۱۸**	۲	۱۹	۰/۶۴۴
اثر لمبدای ویلکز	۰/۳۵۶	۱۷/۱۸**	۲	۱۹	۰/۶۴۴
اثر هتینگ	۰/۸۰	۱۷/۱۸**	۲	۱۹	۰/۶۴۴
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۸۰	۱۷/۱۸**	۲	۱۹	۰/۶۴۴

\*\*  $P < 0.01$ 

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تأثیر روش درمان شناختی-رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار والد در مرحله پیگیری

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر
افسردگی مادر	۲۵۷۵/۶	۱	۲۵۷۵/۶	۲۷/۸۷**	۰/۵۷
نارسایی توجه - بیش‌فعالی	۱۸۳۹/۹	۱	۱۸۳۹/۹	۱۰/۳۲**	۰/۳۳

\*\*  $P < 0.01$ 

جدول ۶: نتایج آزمون t زوجی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش

مرحله	میانگین نمره‌ها	تفاوت میانگین‌ها	t	معنی‌داری
افسردگی مادر	۸/۸۳	۱/۱۷	$t = 0.59$	۰/۵۵۶
پس‌آزمون	۷/۶۶			
پیگیری				
نارسایی توجه بیش‌فعالی کودکان	۵۵	۱۹/۵۹	$t = 3.24$	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	۳۵/۴۱			
پیگیری				

وجود دارد. به‌منظور بررسی اثربخشی شیوه مداخله از مدل تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد (جدول ۵).

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت معنی‌دار ( $P < 0.01$ ,  $F = 27.87$ ) بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی مادر را نشان می‌دهد. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۰/۵۷ از تفاوت دو گروه در مرحله پیگیری از طریق مداخله آزمایش تبیین می‌شود. لذا می‌توان نتیجه گرفت که روش مداخله شناختی - رفتاری توأم با مدیریت رفتار مادر باعث کاهش معنی‌دار افسردگی مادر گروه آزمایش در مرحله پیگیری گردیده است. همچنین، بین میانگین‌های نمره‌های پیگیری نارسایی توجه بیش‌فعالی در دو گروه تفاوت معنی‌دار ( $P < 0.01$ ,  $F = 10.32$ ) وجود دارد. اندازه اثر آن برابر با ۰/۳۳ و نشان‌دهنده آن است که ۳۳ درصد از واریانس نمره‌های دو گروه ناشی از مداخله آزمایش بوده. می‌توان نتیجه گرفت که روش مداخله شناختی - رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار مادر باعث تداوم کاهش افسردگی مادر و علائم نارسایی توجه - بیش‌فعالی کودک در مرحله پیگیری شده است. به‌منظور مقایسه میانگین نمره‌های مرحله پیگیری با پس‌آزمون گروه آزمایش و تعیین استمرار نتایج درمانی بعد از پیگیری سه ماهه، از آزمون t زوجی استفاده شد. نتایج این مقایسه در جدول ۶ آمده است و بیانگر آن است که تأثیر درمان شناختی-رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار والد در درمان افسردگی مادر پایدار مانده است ( $t = 0.59$ ,  $P < 0.556$ ).

نتایج آزمون‌های معنی‌داری تحلیل کوواریانس چندمتغیره روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای افسردگی مادر و نارسایی توجه - بیش‌فعالی کودکان در جدول ۲ نشان داده شده است.

نتایج آزمون‌های چهارگانه نشان می‌دهد که بین گروه‌های، آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته شامل افسردگی مادر و نارسایی توجه - بیش‌فعالی کودکان تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بررسی این تفاوت‌ها در جدول ۳ آمده است.

با توجه به مقادیر میانگین این متغیرها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، مشاهده می‌شود که در متغیر افسردگی اجرای درمان شناختی-رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار والد باعث کاهش معنی‌دار افسردگی مادران ( $F = 81.27$ ,  $P < 0.001$ ) در پس‌آزمون شده و میزان تأثیر آن ۷۹ درصد بوده است. در متغیر علائم نارسایی توجه - بیش‌فعالی، بین میانگین‌های برآورد شده گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار ( $F = 0.375$ ) =  $P < 0.821$ ) وجود ندارد. به‌علاوه اندازه اثر نشان می‌دهد که ۰/۳۸ از تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون در متغیر علائم نارسایی توجه - بیش‌فعالی مربوط به مداخله آزمایش است. یافته‌های حاصل از آزمون‌های معنی‌داری تحلیل کوواریانس مرحله پیگیری در جدول ۴ آمده است.

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته شامل افسردگی مادر و نارسایی توجه - بیش‌فعالی کودک تفاوت معنی‌دار

فرزندان خود ندارند. افسردگی مادر با رفتارهایی از قبیل بی‌توجهی، منفی‌گرایی، فقدان توجه و پاسخ به رفتارهای کودک همراه است این‌گونه رفتارهای مادر با روش‌های ناکارآمد برخورد با فرزند همراه است و باعث مشکلات رفتاری در کودک می‌شود، برای تثبیت تغییرات ایجادشده در نحوه تفکر و رفتار مادران با روش‌های شناختی - رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار مادر به گذشت زمان نیاز است و کوتاه بودن مدت درمان و انجام پس‌آزمون در معنی‌دار نشدن تفاوت بین دو گروه مؤثر است، چرا که تغییر در کودک مستلزم درونی شدن تغییراتی است که در مادر ایجاد شده است بنابراین برای انتقال این تغییرات از مادر به کودک نیاز بیشتری به گذشت زمان وجود دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهشی مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت رفتار والد و درمان رفتاری-شناختی مادر بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در کودکان همخوان است (۱۸-۲۶) و بیانگر اثربخشی آموزش مدیریت رفتار مادر افسرده بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی می‌باشد. از دلایل کاهش علائم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودک را می‌توان ناشی از کاهش میزان افسردگی مادر و کاهش دیدگاه منفی و بدبینانه او دانست، که بر نوع شناخت و گزارش مادر از مشکلات رفتاری کودک تأثیر به‌سزایی دارد. توجه به سیر نزولی میانگین نمرات کودک در گروه آزمایش بیانگر نتایج مثبت درمانی مادر بر کودک است. اما این نتیجه با یافته‌های گرجی (۲۷)، قشنگ (۲۸) و زرگرنژاد (۲۹) هماهنگ نمی‌باشد. یکی از دلایل عدم همخوانی فوق‌الذکر این است که پژوهشگران نامبرده وضعیت روانی مادر و افسرده‌بودن او را در شرکت‌کنندگان در نظر نگرفته‌اند. با توجه به این‌که مادر در جریان شکل‌پذیری شخصیت کودک نقش مهمی دارد و مشکلات رفتاری کودک می‌تواند ناشی از مشکلات خلقی مادر باشد، درمان مادران مبتلاء به افسردگی و اضطراب، مانع از مبتلاءشدن کودکانشان به مشکلات روانی می‌شود (۴۲).

### نتیجه‌گیری

مادر افسرده به‌دلیل اعتماد به نفس پایین و عدم آگاهی از چگونگی برخورد با کودک مبتلاء به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی با استفاده از روش‌های غلط تربیتی فشار بیشتری را متحمل می‌شود، با ارائه درمان شناختی- رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار، مادر با گذشت زمان به راهکارهای صحیح‌تری در مواجهه با مشکلات رفتاری کودک دست پیدا می‌کند. نتایج این پژوهش، تأثیر روش غیرمستقیم کاهش علائم اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی کودکان از طریق مادر را آشکار و تأیید می‌کند. از محدودیت‌های این پژوهش محدودبودن جامعه آماری پژوهش به مادران ساکن در شهر بهبهان می‌باشد که امکان تعمیم نتایج را به سایر افراد مبتلاء، با محدودیت مواجه می‌سازد. در پایان با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد، پژوهش حاضر در نمونه‌های دیگر، روی سایر کودکان با اختلالات رفتاری دیگر با وجود مادران افسرده و بر مادران با اختلالات خلقی دیگر انجام شود و در نهایت به‌عنوان الگوی مداخله خانواده محور، تحت یک الگوی جدید در تربیت، مشاوره و درمان زنان افسرده و کودکان جهت بهبود وضعیت روانی و تربیتی در مادر و کودک مورد توجه قرار گیرد. همچنین، برگزاری

عدم تفاوت معنی‌دار بین میانگین نمره‌های پیگیری و پس‌آزمون افسردگی مادر، نشان دهنده آن است که تغییرات حاصل از درمان شناختی-رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار والد تا مرحله پیگیری استمرار داشته است. در حالی‌که، وجود تفاوت معنی‌دار ( $t = 3/24, P < 0/01$ ) بین میانگین‌های نمره‌های پیگیری و پس‌آزمون نارسایی توجه بیش‌فعالی کودکان، حاکی از تغییرات در مرحله پیگیری است و این‌که درمان توأم با آموزش در کاهش این اختلال در طی پیگیری طی دوره سه ماهه از کارایی برخوردار می‌باشد.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار مادر بر افسردگی مادر و علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد درمان فوق باعث کاهش علائم افسردگی مادر در مرحله پس‌آزمون شده‌است و این کاهش در دوره سه‌ماهه پیگیری هم‌چنان ادامه داشته‌است، و بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری نمود که اجرای درمان شناختی-رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار مادر منجر به کاهش افسردگی شده‌است. این نتایج با یافته‌هایی که بیان می‌کنند درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش اختلال افسردگی مادران می‌شود، همسو است (۱۰-۱۴). به‌نظر می‌رسد اجراء آموزش مدیریت رفتار به مادران، باعث افزایش آگاهی و شناخت مادران به رفتار کودک شده است و آنان خود را کمتر مسبب مشکل رفتاری کودک می‌دانستند، پس توأم شدن آموزش مدیریت رفتار مادر با درمان شناختی - رفتاری در تفاوت نمره در مراحل پس‌آزمون، پیش‌آزمون و پی‌گیری در گروه آزمایش مؤثر بوده است و باعث کاهش میانگین نمره‌های افسردگی شده و این نوع تعاملات باعث احساس کارآمدی در مادر افسرده گردیده است. درمان شناختی - رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار مادر، او را مجهز به یک نظام شناختی و رفتاری خاص برای کنترل رفتار خود خواهد کرد، طی جلسات درمانی و آموزش مادران افسرده از طریق به چالش انداختن و بحث کردن در خصوص خلق‌شان دریافتند که بایستی به تغییر الگوها و شناخت‌های خود بپردازند تا بتوانند بر افسردگی خود غلبه کنند و این موضوع سبب می‌گردد، اثرگذاری سریع روش درمان شناختی-رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار مادر بر کاهش افسردگی مادران در پس‌آزمون تا مرحله پی‌گیری تداوم یابد. به‌علاوه نتایج پژوهش بیانگر آن بود که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون از لحاظ میانگین متغیر وابسته علائم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان تفاوت وجود ندارد، اما در مرحله پیگیری بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود داشت. که با یافته‌های پژوهشی که در مرحله پیگیری تداوم اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری را مطرح نموده‌اند همسو است (۳۰-۳۴)، و این اهمیت زمان در تغییر باورها را نشان می‌دهد، چرا که برای ایجاد باور به گذشت زمان نیاز است و بیانگر درمان مادر می‌باشد. در تبیین عدم تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها از نظر میانگین علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی در مرحله پس‌آزمون می‌توان گفت، مادران افسرده به دلیل وضعیت خلقی‌شان حمایت‌های لازم را از

## سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکتری رشته روان‌شناسی با شماره ۹۴۲۱۰۵۴ نویسنده مقاله از دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولین اداره آموزش و پرورش شهرستان بهبهان، معلمان دلسوز و مادران گرامی که در انجام این مطالعه کمال همکاری را داشته‌اند، نهایت تشکر و قدردانی را دارم.

کلاس‌های آموزشی برای زنان به‌منظور آموزش مهارت‌های زندگی به آنان جهت بالا بردن کیفیت در روابط با همسر و فرزندان، پیشنهاد می‌گردد. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند مورد استفاده مسئولین سلامت روان در جامعه، روانشناسان، روان‌پزشکان، و سازمان‌های آموزشی و تربیتی در امر پیشگیری و درمان قرار گیرد.

## References

- Gilder M, Me Yu R, Guth D, Cowen P. [Philip Oxford Psychiatry Textbook]. Tabriz: Research Deputy in Medical Sciences University of Tabriz; 1992.
- Ganji M. Psychopathology Based on DSM5. Tehran: Savalan Publications; 2012.
- Shay N. The connection between maternal depression, parenting, and child externalizing disorders Iowa: University of Iowa; 2009 [cited 2017]. Available from: <http://ir.uiowa.edu/etd/433>.
- Kahn RS, Brandt D, Whitaker RC. Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004;158(8):721-9. DOI: 10.1001/archpedi.158.8.721 PMID: 15289242
- Faraone SV, Biederman J. Do Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Major Depression Share Familial Risk Factors? J Nerv Ment Dis. 1997;185(9):533-41. DOI: 10.1097/00005053-199709000-00001
- Trenton N. Kids, parents often both on ADHD medications 2008 [cited 2017 May 26]. Available from: <http://www.msn.com>.
- Barkley RA. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. Brain Dev. 2003;25(2):77-83. PMID: 12581803
- Margari F, Craig F, Petruzzelli MG, Lamanna A, Matera E, Margari L. Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Res Dev Disabil. 2013;34(3):1036-43. DOI: 10.1016/j.ridd.2012.12.001 PMID: 23291521
- Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: a randomized preventive trial. J Consult Clin Psychol. 2006;74(6):1006-16. DOI: 10.1037/0022-006X.74.6.1006 PMID: 17154731
- Meighani G, Pakdaman A. Diagnosis and management of supernumerary (mesiodens): a review of the literature. J Dent (Tehran). 2010;7(1):41-9. PMID: 21998774
- Hassan SA. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on depression among Iranian women around menopause. Aust J Basic Appl Sci. 2011;5(11):991-5.
- Kuyken W, Dalgleish T, Holden ER. Advances in cognitive-behavioural therapy for unipolar depression. Can J Psychiatry. 2007;52(1):5-13. DOI: 10.1177/070674370705200103 PMID: 17444073
- Mohr DC, Hart SL, Goldberg A. Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. Psychosom Med. 2003;65(4):542-7. PMID: 12883103
- Aghaei A, Jalali D, Aminzadeh M. Comparing efficacy of group cognitive-behavioral psychotherapy, fluoxetine and Hypiran in treatment of depression in women. J Res Cogn Sci. 2009;2(14):131-41.
- Watts SE, Turnell A, Kladnitski N, Newby JM, Andrews G. Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. J Affect Disord. 2015;175:152-67. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.025 PMID: 25618002
- Kazdin A. Psychotherapy for children & adolescents. New York: Oxford University Press Inc; 2002.
- Hoath FE, Sanders MR. A feasibility study of Enhanced Group Triple P—positive parenting program for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Behav Change. 2002;19(4):191-206.
- van Loon LM, Granic I, Engels RC. The Role of Maternal Depression on Treatment Outcome for Children with Externalizing Behavior Problems. J Psychopathol Behav Assess. 2011;33(2):178-86. DOI: 10.1007/s10862-011-9228-7 PMID: 21765595
- Bahmani T, Alizadeh H. Impact of Mother Management Training on Parenting Styles and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Children. J Except Individ. 2000;1:27-44.
- Singh NN, Lancioni GE, Winton ASW, Singh J, Singh AN, Adkins AD, et al. Training in Mindful Caregiving Transfers to Parent-Child Interactions. J Child Fam Stud. 2009;19(2):167-74. DOI: 10.1007/s10826-009-9267-9
- 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
- Letarte MJ, Normandeau S, Allard J. Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service. Child Abuse Negl. 2010;34(4):253-61. DOI: 10.1016/j.chiabu.2009.06.003 PMID: 20356626
- Raghibi M, Fouladi S, Bakhshani NM. Parent training and behavior therapy on behaviors of children with attention deficit-hyperactivity disorder. Health Scope. 2014;3(2).
- Johnson B. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children—Role of Behaviour Therapy and Parent Training Program. BMH Med J. 2014;1(2):27-9.
- Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. J Consult Clin Psychol. 1990;58(6):775.
- Skotarczak L, Lee GK. Effects of parent management training programs on disruptive behavior for children



- with a developmental disability: a meta-analysis. *Res Dev Disabil.* 2015;38:272-87. DOI: [10.1016/j.ridd.2014.12.004](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.12.004) PMID: 25577178
27. Gorji Y, Seif A, Delavar A, Karimi Y. Comparison of Efficacy of Methodologies of Modification of Parental and Tutorial Behaviors and Their Combination for Reduction of Attention Deficit and Hyperactivity Symptoms Among Preliminary School Students. *Q Sci Res Appl Psychol.* 2005;23:1-22.
  28. Ghashang N. Effect of Motherly Education on Reduction of Mother-Child Tensioned Relations [Master Thesis]. Tehran: Shahid Beheshti University; 2003.
  29. Zargarinezhad G, Yekkeh Yazdan Doust R. Efficacy of Parental Education on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Among Children. *J Psychol Stud.* 2006;3(2):29-48.
  30. Rasouli R, Omidian M, Sameei F. Efficacy of Cognitive-Behavioral Education of Mothers on Reduction in Children's Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Increase in Parental Happiness. *Q Fam Consult Psychother.* 2012;10(3):269-77.
  31. Alijani A, Rahman M, Ghahari S. The Effectiveness of Mother's Cognitive-behavioral Group Interventions on the Number of ADHD Children's Behavioral Problems. *Proc Soc Behav Sci.* 2013;84:874-8. DOI: [10.1016/j.sbspro.2013.06.665](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.665)
  32. Poshtmashhadi M. Efficacy of Combinational Interference of Cognitive-Behavioral Therapy and Teaching Child Upbringing to Unsafe and Concerned Mothers on Reduction in the Child Hyperactivity, Attention Deficit, Stress, Anxiety, and Parental Attachment. *Q J Clin Psychol.* 2009;1(3):63-76.
  33. Golmohamadi M, Yonesii J, Yasemi Nejad P. Role of Group Training of Parents with CBT in Reduction of Conduct Disorder in 6- to 10-year-old Boys. *Q J Res Scope Except Child.* 2013;1:63-92.
  34. Borjali A, Alizadeh H, Ehadi H, Faroki N, Sohrabi F, Mohamadi M. Investigation and Comparison of Effects of Encouragement, Behavioral Training, and Pharmacotherapy on Promotion of self-control Skills in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Res Fam Res.* 2011;1-2(12):156-77.
  35. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112(3):180-6. DOI: [10.1111/j.1600-0447.2005.00559.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00559.x) PMID: 16095472
  36. Hardiwidjaja SI, Morgan A, Ellison GW, Myers LW, Pierce WG, Barkley DS. Huntington's disease and leucocyte adherence inhibition. (LAI). *Clin Exp Immunol.* 1981;45(3):583-9. PMID: 6461450
  37. Marnat G. [Guideline of Psychometrics for Clinical Psychologists, Consultants, and Psychiatrists]. Tehran: Roshd 2004.
  38. Saatchi M, Kamkari K, Asgarian M. Psychological Tests. Tehran: Virayesh 2011.
  39. Rajabi G, Attari Y, Haghghi J. Factor Analysis of the questions in Beck Questionnaire on the male students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Educ Sci Psychol Ma.* 2000;3(3-4):49-66.
  40. Sardouei A. [An Introduction to Normalization of Revised Beck Depression Questionnaire] [Master Thesis]. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 1994.
  41. Atmar RL. Noroviruses - State of the Art. *Food Environ Virol.* 2010;2(3):117-26. DOI: [10.1007/s12560-010-9038-1](https://doi.org/10.1007/s12560-010-9038-1) PMID: 20814448
  42. Antshel K, Joseph G. Maternal stress in nonverbal learning disorder 2006 [cited 2017]. Available from: <http://www.Sciencedirect.com>.