

تاثیر درمان شناختی رفتاری گروهی در افسردگی و سلامت روان مادران دارای کودک دختر نقص توجه/ADHD

سارا مرادی^۱، زهره نصراللهی^۲، لیلا آنی زاده^۳

۱- دکترای تخصصی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (نویسنده مسئول)

۲- آموزگار ابتدایی، کارشناسی حسابداری صنعتی، دانشگاه علمی کاربردی واحد بروجرد

۳- آموزگار ابتدایی، کارشناس الهیات (فقه و مبانی حقوق اسلامی)، دانشگاه پیام نور واحد ملایر

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی درمان شناختی رفتاری گروهی در افسردگی و سلامت روان مادران دارای کودک دختر بیش فعال بود. روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از حیث روشی نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک دختر مبتلا به اختلال بیش فعالی در دوره ابتدایی منطقه ۲ شهر اصفهان، که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل هستند، بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۳ مدرسه انتخاب، سپس ۳۰ نفر از ۸۳ مادر مراجعه کننده به مراکز که کودکان آنها بر پایه ملاک‌های تشخیص راهنمای تشخیصی DSM-IV و آماری اختلال‌های روانی- نسخه چهارم و مقیاس کانرز والدین، دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی انتخاب و در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (گروه آزمایش = ۱۵ نفر/ گروه کنترل = ۱۵ نفر). ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی بک، سلامت روان (GHQ) و بیش فعالی کانرز فرم والدین بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که روش درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی مادران کودکان بیش فعال/ نقص توجه مؤثر بوده، و باعث کاهش میزان افسردگی آنها شده است ($P < 0.005$). همچنین نشان داد که تاثیر درمان شناختی- رفتاری در سلامت روان مادران کودکان بیش فعال/ نقص توجه مؤثر بوده است ($P < 0.005$)، یعنی میزان سلامت روان آنها در پس آزمون گروه آزمایش افزایش یافته است. بنابراین استفاده از این رویکرد درمانی برای بهبود افسردگی و سلامت روانی مادران دارای کودک بیش فعال/ نقص پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری گروهی، افسردگی، سلامت روان، بیش فعالی/ نقص توجه

مقدمه

اختلال نقص توجه- بیش فعالی یک اختلال رشدی عصبی مزمن است که در اوایل کودکی شروع می‌شود و به وسیله اختلال در توجه، فقدان سازمان دهی و یا بیش فعالی/ تکانش گری تعریف می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال در بیش از ۶۰ درصد موارد تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد (رعنائی، غنائی، چمن آباد، کیمیایی و منصوری، ۱۳۹۶) و سبب اختلال فرد و خانواده‌اش و همچنین پیامدهای اقتصادی می‌شود (فابیانو، اسپاتز، آلو و همکاران، ۲۰۱۵). اختلال نقص توجه/ بیش فعال، اختلالی است که با سه ویژگی اصلی، یعنی نقص توجه، بیش فعالی و تکانشگری توصیف می‌شود. این اختلال یکی از شایع ترین اختلالات رشدی است، که معمولاً نشانه‌های آن قبل از ۱۲ سالگی بروز می‌کند و این نشانه‌ها حداقل در دو محیط حضور دارند (ویراست پنجم نظام بین المللی طبقه بندی اختلالات روانی، ۲۰۱۳؛ به نقل از گنجی، ۱۳۹۴). این اختلال ۳ تا ۵ درصد کودکان ۶ تا ۱۶ سال را تحت تاثیر قرار می‌دهد که این میزان سبب شده است که این اختلال به عنوان شایع ترین اختلال شناخته شود (نریمانی و سلیمانی، ۱۳۹۳). در طور سالهای گذشته تعداد کودکان با تشخیص اختلال نقص توجه/بیش فعالی افزایش یافته است و بعضی گزارش‌ها نرخ شیوع این اختلال را تا حد ۱۱ درصد اعلام کرده اند (وروتی، مواورو و پانزارینو، ۲۰۱۸).^۴

علاوه بر آنچه گفته شد، بیماری و ناتوانی در یکی از بستگان نزدیک به عنوان یک منبع عمده پریشانی برای سرپرستان خانواده است و اغلب سلامت و بهزیستی آنها را به خطر می‌اندازد (اسچولز، مس گینینگ و ژانگ، ۲۰۰۸). بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی در معرض خطر بالایی برای مشکلات روانشناختی، جسمی، استرس خانوادگی و والدینی، روابط والد فرزندی در هم گسیخته، افزایش تعارض‌های زناشویی، جدایی و طلاق و همچنین کاهش خودکارآمدی، رضایت والدینی (سلرز، موقان و پیکلس، ۲۰۱۵). در این بین مادر به عنوان عضوی از این مجموعه که بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک را دارد، می‌تواند در معرض خطر بیشتر این گونه مشکلات باشد. بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد داد مادران کودکانی که مشکلات رفتاری دارند احساس موفقیت کمتر، اثربخشی پایین و احساس خشم، اضطراب و افسردگی بیشتری نسبت به کودکان سالم دارند. کانینگهام و بویل (۲۰۰۲) در پژوهش خود نشان دادند مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی/ نقص توجه نسبت به گروه مادران دارای کودکان بدون مشکل رفتاری، افسردگی بیشتری از خود نشان می‌دهند. این مادران دچار والدگری منفی و اختلالات روانی می‌شوند (کدخدائی، احمدی و عابدی، ۱۳۹۶).

^۱Attention Deficit-Hyperactivity Disorder

^۲Fabiano, Schatz, Aloe et al

^۳Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5

^۴Verrotti, Moavero & Panzarino

^۵Schulz, McGinnis & Zhang

^۶Sellers, Maughan & Pickles

افسردگی مادران استفاده از روش‌های تنبیهی، به خصوص جسمی آن را در این کودکان افزایش می‌دهد (ویمبس، دوسون و اگان، ۲۰۱۷). نتایج تحقیقات نیز^۷ نشان می‌دهد که کودکان بیش فعال باعث اختلافات بیشتر زناشویی شده و یک منبع اضطراب برای والدینشان می‌باشد (درخشان پور، خاکی، شاهینی و همکاران، ۱۳۹۵). این والدین سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزندپروری را تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت دارند (آناستوپولو، گوورمونت و شلتون، ۱۹۹۲). نتایج یک تحقیق دیگر نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به ADHD در مقایسه با کودکان عادی شاهد دارای مادرانی با دوره‌های افسردگی اساسی و یا علائم اضطرابی در طی یک سال گذشته بودند و پدران آنها نیز سابقه ADHD را گزارش کرده‌اند (بارکلی، ۲۰۱۴).^۹

کودکان بیش فعالی به دلیل مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری، نافرمانی و قانون شکنی نیز به عنوان یکی از جدی‌ترین مشکلات این کودکان، تأثیرات منفی بسیاری بر سیستم خانواده و سلامتی والدینشان بر جای می‌گذارد (کردستانی، ۱۳۹۳). در بحث سلامت روان، رابطه مادر و کودک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا این ارتباط چنان نزدیک و در هم تنیده است، زیرا این ارتباط چنان نزدیک و در هم تنیده می‌شود که هرگونه تغییر در یکی، بر دیگری نیز اثر می‌گذارد و این تعامل ادامه خواهد یافت. اختلال‌های روانشناختی مادر بر رابطه او با فرزندش تأثیر می‌گذارد و تغییر رفتار کودک، مادر را متأثر می‌نماید (فرخزادی، محمدی، علیپور و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج پژوهشی که توسط صالحی، سالاری فر و هادیان (۱۳۸۳) در زمینه مقایسه سلامت روانی مادران و کودکان دچار اختلال روانپزشکی با کودکان انجام شده است نشان داد که مادران کودکان مبتلا به اختلال روانپزشکی از افسردگی و اضطراب بیشتر و کارکرد اجتماعی و سلامت روانی پایین تر برخوردارند.

یافته‌های تحقیقات اهمیت، ضرورت تشخیص و دخالت زود هنگام در کودکان مبتلا به ADHD را نشان می‌دهد در امر مداخلات درمانی، کار کنترل با شروع درمان دارویی آغاز می‌گردد. درمان دارویی این اختلال، شامل محرک‌های سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد. داروها در اکثر بیماران، بیش‌فعالی، حواس پرتی رفتارهای آنی و انفجاری را کم می‌کنند (سادوک، ۱۳۹۵). داروهای محرک هرچند منابع کوتاه مدت ایجاد می‌کند ولی در دراز مدت فایده‌ای ندارد و در واقع اکثر مطالعات طولی که تا به امروز صورت گرفته است، به تفاوت‌های معنی‌دار بین گروه‌های کودکان مبتلا به ADHD و بالعکس دست نیافته‌اند (بخشایش و میرحسینی، ۱۳۹۳).

درمان‌های روانشناختی متفاوتی برای بزرگسالان و والدین ایجاد شده است که درمان شناختی- رفتاری یکی از مهم‌ترین آنها می‌باشد (راماسی، ۲۰۱۰). مبنای نظری درمان^۸ شناختی- رفتاری بر این اصل^۱ استوار است که خودکنترلی رفتاری در نتیجه افزایش مهارت‌های شناختی و فراشناختی بهبود یافته و فرد با استفاده از این مهارت‌ها می‌تواند تکانه‌های خود را کنترل کند و رفتارهای خود را در جهت دهد (قضایی، حمید و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۹۱). در رویکرد شناختی- رفتاری، تأکید

^۷Wymbs, Dawson & Egan

^۸Anastopoulos, Guevremont & Shelton

^۹Barkley

^۱Saduk

^۸Cognitive behavioral therapy

^۱Ramsay

زیادی بر آموزش مفاهیم به طور عملیاتی می‌شود و اعتباریابی درمان به طور تجربی صورت می‌گیرد. بنابراین تأکید درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و همچنین، ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی (درمانگاه یا مطب) می‌باشد؛ چرا که مهم‌ترین شیوه تثبیت شده درمان ADHD، ایجاد و حفظ یک محیط مناسب CBT و دارو درمانی است (کرباسی عامل و کرباسی عامل، ۱۳۹۶). از سوی دیگر درگیر کردن والدین در این نوع درمان را شاید بتوان ناشی از آن دانست که والدین زمان قابل توجهی را صرف نظارت بر فعالیت‌های کودکانشان می‌کنند و در این زمان‌ها ممکن است فشار بیشتری بر والدین به خصوص مادران وارد شود. مطالعات صورت گرفته در این حیطه به صورت مسائلی مانند انواع درمان‌های مبتنی بر رویکرد CBT انجام شده است. قدرتی میکوهی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای براساس والدین مؤثر بود. بوستانی، شفیع آبادی و خبازی راوندی (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای اثربخشی درمان شناختی والد محور را در نشانه‌های اختلال نارسایی توجه بیش فعالی کودکان پسر را مورد بررسی قرار داد. نتایج این مطالعه نشان داد که نشانه‌های نارسایی توجه/بیش فعالی در کودکانی که مادرانشان در گروه آزمایش قرار داشتند نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرد.

با عنایت به نتایج مطالعات پیشین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری، گامی مؤثر برای کاهش افسردگی و ارتقای سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه است و با توجه به اینکه تا کنون تعداد محدودی از مداخلات داخلی به طور مشخص رویکرد CBT را به منظور افسردگی و سلامت به ویژه در مادران کودکان بیش فعال/نقص توجه بررسی کرده‌اند. از این رو با توجه به اینکه تمرکز برنامه‌های شناختی رفتاری می‌تواند نقش مهمی در ابعاد روانشناختی و سلامت روان والدین کودکان ADHD داشته باشد، در این پژوهش محقق قصد دارد تاثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و سلامت روان مادران دختر مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه مورد ارزیابی قرار دهد. بنابراین با توجه به آنچه گفته شد و مبانی نظری و تجربی پژوهش فرضیه‌ی زیر قابل تدوین است:

درمان شناختی رفتاری گروهی بر روی افسردگی و سلامت روان مادران دارای کودک دختر بیش فعال مؤثر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. در این طرح گروه آزمایشی که مداخله درمان شناختی- رفتاری را دریافت می‌کند با گروه کنترلی که هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرده و در فهرست انتظار قرار دارند، مورد مقایسه قرار می‌گیرد.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه‌ی مادران دارای کودک دختر مبتلا به اختلال بیش فعالی در دوره ابتدایی ناحیه ۲ شهر اصفهان، که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل هستند، بود. برای تعیین حجم نمونه با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای سه مدرسه از مدارس ناحیه ۲ شهر اصفهان انتخاب شدند. سپس ۳۰ نفر از ۸۳ مادر مراجعه کننده به مراکز که کودکان آنها بر پایه ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی DSM-IV و آماری اختلال‌های روانی- نسخه چهارم و مقیاس کانرز والدین، دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. جهت تشخیص سلامت روانی و

افسردگی مادران نیز از مصاحبه بالینی و پرسشنامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا (بزرگسال) استفاده گردید. میانگین سنی ۳۶/۵۴ سال برای مادران گروه آزمایش و ۳۵/۵۴ سال برای مادران گروه والدین بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی تجدیدنظر شده بک:^{۱۳} این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال در مورد افسردگی است که هر کدام از آنها دارای چهار گزینه و هر گزینه نمره‌ای بین ۰ تا ۳ را دارا می‌باشد. نمره کمتر از ۱۴ بیانگر حداقل نشانه‌ها، نمره ۱۴ تا ۱۹ بیانگر افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ بیانگر افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ بیانگر سطوح بالای افسردگی است. دابستون و محمدخانی (۱۳۸۶) اعتبار کل این آزمون را برابر با ۰/۹۱ و دامنه ضرایب همبستگی هر ماده را با کل پرسشنامه (قدرت تشخیص سوال) بین ۰/۶۸۱ و ۰/۴۵۴ گزارش کرده‌اند. روایی همگرایی این مقیاس نیز از طریق محاسبه همبستگی اختصاری نشانه مرضی مطلوب بوده است. پایایی ابزار در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۹ ابداع شد. هدف از طراحی آن، کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف بوده است. سؤالات پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد، شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات ناپه‌نجا و جنبه‌های از رفتارهای قابل بررسی بود، به همین دلیل پرسش‌ها بر موقعیت «اینجا و اکنون» تأکید داشت. در انتخاب پرسش‌ها بر روی چهار حوزه کار شده بود: اولین حوزه مالیخولیا در نظر گرفته شد که در برگیرنده طیف گسترده‌ای از پرسش‌ها وضعیت جسمانی بود. دومین حوزه اضطراب و احساس آشفتگی روانشناختی و سومین حوزه رفتار قابل بررسی عینی بود که پرسش‌های مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی در آن منظور شده شده بود و چهارمین حوزه به افسردگی اختصاص داشت. این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ پرسشی طرح شده است. فرم استاندارد شده یا ۲۸ پرسشی که در این آزمون از آن استفاده شده است براساس تحلیل عاملی بر روی فرم کامل سلامت عمومی یعنی نسخه ۶۰ پرسشی آن می‌باشد که ۴ مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را در بر می‌گیرد. پرسشنامه سلامت عموم مانند سایر فرم‌های پرسشنامه سلامت عمومی به صورت چهار گزینه‌ای بوده که در آن طیف پاسخ‌ها به صورت «خیلی کمتر از همیشه، کمتر از همیشه، مثل همیشه و بیشتر از همیشه» می‌باشد. اعتبار این پرسشنامه در مطالعات مختلف از جمله پلاهنک (۱۳۷۵) و یعقوبی (۱۳۹۱) مورد بررسی قرار گرفته که به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ بوده و وضعیت سلامت عمومی ۰/۹۱ بدست آمد که بیانگر ثبات درونی قابل قبول این پرسشنامه‌ها می‌باشد. با توجه به جامعیت و استاندارد بودن آن، در این مطالعه از این پرسشنامه استفاده می‌شود. پایایی ابزار در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه بیش‌فعالی کانرز فرم والدین: ساخت مقیاس چندگانه کانرز در سال ۱۹۶۰ توسط کیت کانرز آغاز شد. این مقیاس یکی از شناخته شده ترین مقیاس‌های مشکلات رفتاری کودکان است و به دلیل داشتن خصوصیات مثبت زیادی بیش

^{۱۳} Beck depression inventory (BDI-II)

^{۱۴} Dobson

^{۱۵} Keith Connors

از ۳۰ سال است که در مطالعات متعدد و در بستر پژوهشی و بالینی مورد استفاده و توجه قرار گرفته است (مارگالیت، ۱۹۸۳). مقیاس درجه بندی کانرز برای اولین بار جهت ارزیابی تاثیر داروهای محرک روی کودکان بیش فعال و جهت تمیز کودکان بیش فعال از کودکان عادی ساخته شد. در ابتدا، سوالات این مقیاس از طریق گردآوری غیر رسمی اطلاعات از والدینی که کودکان خود را به مرکز درمانی دانشگاه جان هاپکینز ارجاع دادند، اخذ شد. این داده ها توسط کانرز در سال ۱۹۷۰ مورد تحلیل عاملی قرار گرفت و ۷۳ گویه استخراج شد. کانرز در سال ۱۹۷۳ مقیاس ۹۳ گویه ای ویژه والدین، که اختلالات کودکان در ۲۵ حیطه مختلف را می سنجید، معرفی کرد. سپس در تحلیل عوامل از بین حیطه ها، ۷ عامل مورد تایید قرار گرفت (جیاناریس، گولدن و گرین، ۲۰۰۱). بعد از ۸ سال با حذف تعدادی از عوامل، فرم کوتاه این مقیاس با ۴۸ گویه توسط گویت، کانرز و اولریچ در سال ۱۹۷۸ فراهم آمد. کانرز و اولریچ (۱۹۷۸) مقیاس درجه بندی کانرز، فرم کوتاه (۴۸ سوالی) ویژه والدین را در یک نمونه از کودکان سنین ۹ تا ۱۱ سال در پرترزبورگ اجرا کردند. همبستگی ۰/۴۱ بین نمرات پرسشنامه های تکمیل شده توسط مادران و پدران به دست آمد. تحلیل عاملی، برای پرسشنامه های تکمیل شده توسط پدران و مادران محاسبه شد و برای هر دو گروه، ۶ عامل به دست آمد که نهایتاً با یکپارچه کردن پاره ای از مواد، به ۵ عامل تقلیل یافت. هنگامی که همبستگی درونی محاسبه شد در تمام زیر مقیاس ها معنی دار و از ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ تغییر می کرد (جیاناریس، گولدن و گرین، ۲۰۰۱). در بنگال این مقیاس برای مقایسه مشکلات کودکان دارای بیماری صرع با کودکان عادی استفاده شد و همسانی درونی و پایایی بازآزمایی آن گزارش شده است (پال، چادهاری، دس و سینگوپتا، ۱۹۹۹).

روش اجرای پژوهش

شیوه اجرا بدین صورت بود که اعضای نمونه که به صورت دسترس انتخاب شدند و پس از تماس و هماهنگی با مادران روند اجرای پژوهش برای آنها توضیح داده شد. پیش از شروع جلسه های درمانی از هر دو گروه خواسته شد تا پرسشنامه های سلامت روان (GHQ) و افسردگی بک را پر کنند. روند کار در جلسه های درمانی به سبک جلسه های مشاوره گروهی بود، به این صورت که آموزش به شیوه رفتار درمانی شناختی به مدت ۸ جلسه هر هفته یک روز، به مدت یک ساعت و نیم به مادران گروه آزمایش ارائه شد و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات هر دو گروه آزمایش و کنترل دوباره پرسشنامه های افسردگی بک و سلامت روان (GHQ) را پر کردند. خلاصه محتوای جلسات شناختی درمانی ارائه شده به آزمودنی ها در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱. جلسات درمان شناختی رفتاری گروهی

تعداد جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی با مادران با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (علل اختلال - همه گیرشناسی - نشانه ها - مشکلات - مسیر تحولی و درمان). آشنایی با رویکرد شناختی - رفتاری: شامل شناخت رویکرد و بررسی اثر رویکرد در درمان نارسایی

^{۱۱} Margalit

^{۱۲} Gianarris, Golden, GREEN

^{۱۳} Goyett, Connors, Ulrich

^{۱۴} Pal, Chaudhury, Das, Sengupta

	توجه/ بیش فعالی.
جلسه دوم	بررسی تعاملات رفتار کودک- والد: شامل تکمیل فرم «خودارزیابی بزرگسالان از رفتار» و توجه به رفتارهای نادرست مادران و آشنایی آنها با رفتارهای درست. آشنایی مادران با نقاط ضعف و قوت کودکان: تکمیل آزمون نقاط ضعف و قوت کودک و صحبت درباره نحوه برخورد با نقاط ضعف و قوت کودک.
جلسه سوم	آشنایی با مهارت های حل مسأله (شامل شناسایی مسأله- پیدا کردن راه حل- انتخاب بهترین راه حل و ارزشیابی راه حل ها) و آشنایی با مهارت های ارتباطی (شامل بیان عبارت کوتاه، مناسب، موقر، مستقیم و بدون ابهام، همخوانی کلام و احساس، گوش دادن فعال و ارایه بازخورد).
جلسه چهارم	آشنایی با ۷ برنامه مداخله ای برای مادران، تا کودکان شان بهتر کارها را انجام دهند که عبارتند از: توجه مثبت مقتدرانه، آموزش نحوه انجام فعالیت، صدور دستورهای مؤثر، عدم مداخله و قطع فعالیت های مادران، سیستم اقتصاد ژتونی، تنبیه کودک، محروم سازی ^۲ .
جلسه پنجم	شناخت اصول کلی در درمان و تغییر رفتار کودک شامل انتخاب رفتار مشخص، کنترل پاسخ ها و پیامدهای رفتار، برجسته نمودن پاسخ ها، ارجحیت تشویق بر تنبیه، ثبات زمانی و مکانی، توانایی پیش بینی مشکلات، سپردن بخشی از ارزیابی به خود کودک- روش تعلیم جذاب و انعطاف پذیر، مشخص نمودن قوانین برای کودکان، عفو و بخشش نسبت به خود، کودک و دیگران.
جلسه ششم	آشنایی با جدول تقویت کننده ها. مادران ضمن آشنایی با جدول برای کودکان خود تقویت کننده های مناسبی را انتخاب و جدول تهیه می نمایند. آشنایی با نمودار «توقف کن، فکر کن و طرحی را به کار ببر». برای حل مشکل کودک توسط خودش و ارائه جایزه از جدول تقویت کننده ها.
جلسه هفتم	آشنایی با روش های درمان رفتاری- شناختی مبتنی بر همکاری کودک و کودک محور در منزل و شناسایی مشکلات و ارائه راه حل (اجرای نمودار «توقف کن، فکر کن، طرحی را به کار ببر» براساس همکاری تمام اعضای خانواده در طرح).
جلسه هشتم	آشنایی با راهبردهای کنترل رفتار کودک (محروم سازی) که شامل نادیده گرفتن، طرد کردن، خارج کردن از طریق بی توجهی، ترغیب کودک به گوش دادن و اطاعت کردن، هشدار دادن، بردن کودک به اتاق محرومیت و ... می باشد. مرور کلی بر آنچه در جلسه های قبلی آموزش داده شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده ها در بخش آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار مورد بررسی قرار می گیرند. در بخش آمار استنباطی نیز برای بررسی فرضیات از تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) و چندمتغیری (MANCOVA) استفاده می شود، و به منظور بررسی نرمال بودن داده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، پیش فرض همگنی واریانس ها از آزمون لون و آزمون خطی بودن استفاده می شود.

یافته ها

در این بخش ابتدا بررسی های حاصل با استفاده از شاخص های آمار توصیفی انجام و سپس یافته های حاصل از اجرای آزمون های آماری جهت پاسخ به سؤالات پژوهشی ارائه شده است. جدول (۲) میانگین و انحراف معیار را در مورد متغیرهای «افسردگی» و «سلامت روان» نشان می دهد.

^۲Token economy

^۲Time out

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش آزمون	۲۷/۵۷	۶/۳۹	۲۴/۷۸	۷/۴۵
	پس آزمون	۱۶/۴۵	۵/۴۶	۲۳/۴۶	۶/۸۱
سلامت روان	پیش آزمون	۳۶/۹۳	۵/۵۰	۳۷/۰۷	۵/۷۳
	پس آزمون	۵۴/۲۰	۸/۲۱	۳۶/۱۳	۷/۴۲

آزمون استنباطی فرضیه‌ی

قبل از انجام آزمون فرضیه های پژوهش آزمون کولموگروف اسمیرنوف و آزمون لون جهت نرمال بودن و یکسانی واریانس ها و آزمون خطی بودن گرفته می شود.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	مرحله آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		مقدار Z	سطح معناداری	مقدار Z	سطح معناداری
افسردگی	پیش آزمون	۰/۶۱۴	۰/۸۵۳	۰/۴۵۱	۰/۹۳۲
	پس آزمون	۰/۴۶۹	۰/۹۶۹	۰/۶۵۱	۰/۷۹۰
سلامت روان	پیش آزمون	۰/۹۱۹	۰/۳۶۸	۰/۹۵۱	۰/۴۵۱
	پس آزمون	۰/۸۷۰	۰/۴۳۵	۰/۶۸۹	۰/۷۵۰

همان طور که در جدول بالا مشاهده می شود، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای افسردگی و سلامت روان در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایش و کنترل معنادار نمی باشند ($P > ۰/۰۵$) لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال می باشد.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین: بررسی همگنی واریانس ها

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
افسردگی	۰/۰۰۳	۱	۲۸	۰/۸۶۰
سلامت روان	۰/۰۰۱	۱	۲۸	۰/۹۷۶

همان طور که در جدول (۴) مشاهده می گردد، مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس های گروه های آزمایش و کنترل می باشد، در هیچ یک از متغیرهای افسردگی و سلامت روان معنادار نمی باشد ($P > ۰/۰۵$). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می شود.

جدول ۵. نتیجه‌ی آزمون خطی بودن رابطه متغیر همراه با پس آزمون متغیرهای پژوهش

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
افسردگی	۲۳۴/۵۷	۱	۲۳۴/۷۵	۳۸/۶۷	۰/۰۰۱
سلامت روان	۴۶۳/۵۴	۱	۴۶۳/۵۴	۵/۳۲	۰/۰۳۸

با توجه به اینکه در جدول فوق احتمال مقدار F در عامل خطی بودن، از ۰/۰۵ بیشتر نشده است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیر همراه و متغیر وابسته رابطه خطی وجود دارد.

فرضیه‌ی پژوهش: درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر روی افسردگی و سلامت روان مادران دارای کودک دختر بیش فعال مؤثر است.

برای بررسی فرضیه از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۵) نشان داده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۲۹	۱۰۰/۳۱	۳	۲۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویکلز	۰/۰۷۱	۱۰۰/۳۱	۳	۲۳	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۳/۰۸	۱۰۰/۳۱	۳	۲۳	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۳/۰۸	۱۰۰/۳۱	۳	۲۳	۰/۰۰۱

با توجه به اطلاعات جدول (۶) مقادیر آزمون های اثر پیلایی (۰/۹۲۹)، لامبدای ویکلز (۰/۰۷۱)، اثر هتلینگ (۱۳/۰۸)، و بزرگترین ریشه روی (۱۳/۰۸) معنادار می باشند ($P < ۰/۰۱$). معناداری این آزمون ها نشان می دهد که حداقل در یکی از متغیرهای افسردگی و سلامت روان بین میانگین های نمرات پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. بررسی این تفاوتها در جدول زیر ارایه گردیده است.

جدول (۷). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری تأثیر متغیر مستقل بر میزان نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
افسردگی	۵۵۷/۳۴	۱	۵۵۷/۳۴	۳۵/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷
سلامت روان	۲۳۱۸/۶۳	۱	۲۳۱۸/۶۳	۴۶/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸

همانگونه که در جدول (۷) مشاهده می شود نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر میزان افسردگی مادران دارای کودک بیش فعال/ نقص توجه مؤثر بوده است ($F=35/17$ و $P<0/001$). با توجه به مقادیر میانگین این متغیر برای گروه آزمایش در پیش آزمون (۲۷/۵۷) و پس آزمون (۱۶/۴۵) مشاهده می شود که ارایه درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش میزان افسردگی در پس آزمون گروه آزمایش گردیده است.

همچنین نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در سلامت روان نشان می دهد که درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال بیش فعالی/ نقص توجه مؤثر بوده است ($F=46/53$ و $P<0/01$). با توجه به مقادیر میانگین این متغیر برای گروه آزمایش در پیش آزمون (۳۶/۹۳) و پس آزمون (۵۴/۲۰)، مشاهده می شود که ارایه درمان باعث افزایش میانگین نمرات آزمودنی ها در پس آزمون گردیده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان درمان شناختی رفتاری گروهی بر روی افسردگی و سلامت روان مادران دارای کودک دختر بیش فعال بود. نتایج نشان داد که روش درمان شناختی رفتاری (CBT) بر افسردگی مادران دارای کودک بیش فعال مؤثر بود. به عبارت دیگر درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش میزان افسردگی در پس آزمون مادران گروه آزمایش شد. این یافته ها با نتایج برخی پژوهش ها که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی دختران (رجبی و همکاران، ۱۳۹۷)، بیماران افسرده (فرحدخت و همکاران، ۱۳۸۹)، افسردگی زنان دارای بیماران تومور مغزی (نیک یار و همکاران، ۱۳۹۲)، مادران افسرده دارای کودک PTSD (نیل و همکاران، ۲۰۱۸) را تأیید کردند، همسو می باشد. لایدلا^۲ و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که CBT می تواند یک مداخله درمانی فعال در کاهش نشانه های افسردگی در ۳ ماه بعد از پایان مداخله باشد. به علاوه، پارکر، کرافورد و هدیز- پاولویک (۲۰۰۸) از برتری درمان شناختی رفتاری نسبت به دارو درمانی خبر می دهد. شهابی زاده و خواجه امینیان (۱۳۹۸) در پژوهشی اثربخشی قصه درمانی شناختی- رفتاری را بر علایم افسردگی و افسرده خویی کودکان دبستانی مورد بررسی قرار دادند، و نتایج آن نشان داد که قصه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش علایم افسردگی و افسرده خویی تاثیر معناداری داشته است. چن، لووچانگ (۲۰۰۶) روش درمانگری شناختی- رفتاری را در درمان افسردگی گروهی از بیماران افسرده به کار بردند و میزان افسردگی و اعتماد به نفس آنها را دو هفته پیش از مطالعه و بلافاصله پس از دوره درمانی ارزیابی و با گروه کنترل مقایسه کردند. نتایج حاکی از کاهش قابل توجه نشانه های افسردگی و افزایش اعتماد به نفس بیماران بود.

در تبیین این که چرا نتایج درمانی در مرحله پیگیری افسردگی استمرار داشته است، می توان گفت که در طول جلسات درمانی باورها و فرض های زیر بنای ناکارآمد این بیماری به چالش کشیده شده است. طبق نظر بک، درمان شناختی رفتاری تنها در زمان دراز مدت اثربخش خواهد بود که درمانگر فرض های زیر بنایی بیماران را مورد چالش قرار دهد. مادران کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه، از احساس تنهای (که یکی از عناصر افسردگی است) رنج می برند (عبدالکریمی و همکاران، ۱۳۹۰). حضور در درمان های شناختی رفتاری و شیوه های مدیریت صحیح رفتار باعث ایجاد همدلی جمعی در

^۱Neill et al

^۲Laidlaw et al

^۳Parker, Crawford, & Hadzi-Pavlovic

مادران شده، به آنها کمک می کند تا متوجه شوند این مشکل تنها مختص آنها نیست، در نتیجه احساس تنهایی کاذب در آنها کمتر می شود. در کارگاه درمانی شناختی رفتاری تلاش شد که با آموزش مدیریت رفتار (از جمله اقتصاد ژتونی)، احساس کنترل موقعیت ها در مادران افزایش یابد. همچنین با بالا بردن دانش عمومی گروه نمونه درباره اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه و هشیار کردن آنها نسبت به تأثیر این اختلال بر زندگی خانوادگی و شخصی، تصحیح اطلاعات غلط درباره اختلال، تغییر سوگیری 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 مادران کاسته شد.

یافته ها همچنین نشان داد که درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر سلامت روانی مادران دارای کودک بیش فعال/ نقص توجه مؤثر است و درمان CBT باعث افزایش و سلامت روان مادران گروه آزمایش در مرحله پس آزمون افزایش یافته است. این یافته ها با نتایج پژوهش های کاربون و همکاران (۲۰۱۴)، همتی نژاد و زینالی (۱۳۹۶)، اندرسون و همکاران (۲۰۱۳)، قمری کیوی و همکاران (۱۳۹۳) که اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر روی سلامت روان تأیید کردند همسو می باشد. در پژوهش مفتاق و همکاران (۱۳۹۱) با هدف بررسی روش های مختلف درمان کودکان دارای بیش فعالی/ نقص توجه بر سلامت روان مادران که بر ۹۵ مادر کودک بیش فعال انجام گرفت این نتیجه به دست آمد که روش های آموزش رفتاری مادران و دارو درمانی به کار گرفته شده در درمان اختلال بیش فعالی کودکان سبب ارتقاء سلامت روان مادران در مراحل پس آزمون و پیگیری شد.

در تبیین این یافته می توان گفت درمان شناختی رفتاری شامل کنترل و نظم بخشی به عواطف و احساسات، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط مؤثر و خودکنترلی می شود و از طرفی ساختار ارزشی و خودکارآمدی را دربرمی گیرد و در اثر تعامل شخص با محیط منجر به ارتقا بهداشت روانی افراد می گردد. در نتیجه اگر افراد توسط برنامه شناختی رفتاری در مسیر مناسبی هدایت شوند از عوامل تهدید کننده سلامت روان آنان کاسته می شود و سلامت روان آنان بهبود می یابد. تبیین دیگر اینکه درمان شناختی رفتاری منجر به تسلط بر نشانه های رفتاری، درک علت های رفتار و اولویت بندی آنها، چگونگی فکر کردن، مهارت ثبت افکار، مبارزه با افکار منفی، آموزش مهارت حل مسئله، اصلاح باورهای نادرست و استفاده از راهبردهای جانشین می شود. بنابراین درمان شناختی رفتاری نقش حساسی در بهبود سلامت روان دارد (همتی نژاد و همکاران، ۱۳۹۶). مادران کودکان بیش فعال نیز زمانی که تحت تأثیر درمان شناختی رفتاری قرار می گیرند به نوعی با پویایی های خاص گروه درمانی مواجه شده اند به طوری که به نوعی احساس همدلی و عمومیت مشکل کرده و با تکرار و تمرین تکنیک های رفتاری به صورت هدفمند و فعال در جهت برطرف کردن مشکلات خود گام برداشته و احتمالاً این پویایی ها منجر به احساس شایستگی بیشتر در آنها و افزایش اعتماد به نفس و انگیزه در آنها شده است. همچنین در گروه دارودرمانی این احساس که والدین نقش والد بودن خود را به خوبی به انجام رسانده اند و کودک را به منظور دریافت خدمات پزشکی به مراکز درمانی هدایت کرده اند و این اعتقاد که بهترین درمان را برای فرزند خود جستجو و انتخاب کرده اند می تواند در سرعت و تداوم بهبودی سلامت روان مادران نقش داشته باشد. این درحالی است که این پویایی ها در گروه خودآموزی کلامی به کودکان برای والدین آنها با این قوت رخ نمی دهد.

این پژوهش همانند سایر پژوهش ها با محدودیت های مواجه بود. از جمله اینکه یافته های این پژوهش مربوط به دانش آموزان بیش فعال مدارس ابتدایی ناحیه ۲ شهر اصفهان بشبده است و باید از تعمیم دهی آن به دانش آموزان بیش فعال نواحی دیگر اصفهان و دیگر شهرها جوانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین پیشنهاد می شود دوره های پیگیری بیش از یک ماه و به صورت تکرار شونده در طول زمان در تأیید نتایج این پژوهش به کار گرفته شود. با توجه به یافته های این پژوهش به مشاوران مدارس

۲ Carbone et al

۲ Andersson et al

ابتدایی و کلینک‌های مشاوره پیشنهاد می‌شود از روش‌های درمانی شناختی رفتاری (CBT) برای کنترل و کاهش افسردگی و سلامت روانی مادرانی که دارای کودکان بیش فعال/ نقص توجه هستند استفاده کنند.

منابع

- بخشایش، علیرضا؛ میرحسینی، راضیه السادات. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه (ADHD) و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۶): ۱-۱۳.
- بوستانی، امیرعباس؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ خبازی راوندی، محمدرضا. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری والدمحور در نشانه های اختلال نارسایی توجه بیش فعالی کودکان پسر. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۵(۱۹): ۴۱-۶۲.
- دابستون، کیت استفان و محمدخانی پروانه. (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک ۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. *فصلنامه توانبخشی*، ۸(۲۹): ۸۶-۸۰.
- درخشانپور، فیروزه؛ خاکی، سعیده؛ شاهینی نجمه؛ وکیلی، محمدعلی؛ ناقی، سیدعلی. (۱۳۹۵). ارتباط سلامت روانی مادران با سبک فرزند پروری در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۳): ۵-۱۵۱.
- رعنائی، زهرا؛ غنائی چمن آباد، علی؛ کیمیایی، سیدعلی؛ منصوری، علی. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر کنش های اجرایی سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه- بیش فعالی. *دو ماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۵(۲): ۱۴۲-۱۳۳.
- سادوک، جوزف. (۱۳۹۵). *راهنمای بالینی برای درمان اختلال نقص توجه همراه بیش فعالی*. ترجمه فایق یوسفی. تهران: رویان پژوه.
- شهابی زاده، فاطمه؛ خواجه امینیان، فاطمه. (۱۳۹۸). اثر بخشی قصه درمانی شناختی- رفتاری بر علایم افسردگی و افسرده خویی کودکان دبستانی. *مجله دستاوردهای روانشناختی*، در دست چاپ.
- صالحی، منصور؛ سالاری فر، محمدحسین؛ هادیان، مینا. (۱۳۸۳). مقایسه ی سلامت روانی مادران کودکان دچار اختلال روانپزشکی با گروه گواه. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۰(۲۱): ۷۸-۸۴.
- عبدالکریمی، ماندانا؛ موسوی، سید ولی اله؛ کوشا، مریم؛ خسروجاوید، مهناز. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش شیوه های صحیح مدیریت رفتار بر میزان افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت دانشگاه شاهد*، ۱۹(۶).
- فرخزادی، فریده؛ محمدی، محمدرضا؛ علیپور، احمد؛ ابراهیمی مداحی، محمد؛ سلیمانیان، مریم. (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی با والدین کودکان سالم. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۲، ۴۳-۵۷.
- فرهدخت، رنجبر؛ اشک تراب، طاهره؛ دادگری، آتنا. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۴): ۳-۶-۲۹۹.
- قدرتی میرکوهی، مهدی؛ شریفی درآمدی، پرویز؛ عبداللهی بقرآبادی، قاسم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۵(۲۰): ۱۲۴-۱۰۹.
- قضایی، مریم؛ حمید، نجمه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و آموزش روانی بر ترس از زایمان طبیعی و متغیرهای مرتبط با آن. *مجله دستاوردهای روانشناختی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۹(۲): ۸۰-۶۳.
- قمری کیوی، حسین؛ نادر، مقصود؛ سواری حسن؛ اسماعیلی، معصومه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ذهن آگاهی بر سلامت روان. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱(۴): ۴۷-۶۲.

کدخدائی، مهین السادات؛ احمدی، سیداحمد؛ عابدی، احمد. (۱۳۹۶). بررسی تاثیر آموزش برنامه الدگری بارکلی بر سلامت روان مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی مقطع ابتدایی (۷-۱۲) شهر اصفهان. *دانش و پژوهشی در روانشناسی کاربردی*، ۱۸(۳): ۱۲-۲۴.

کرباسی عامل، افسانه؛ کرباسی عامل، سعید. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (CBT) متمرکز بر والدین، بر اضافه وزن و عزت نفس کودکان چاق ۶ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش فعالی شهر اصفهان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۲).

گنجی، مهدی. (۱۳۹۴). *روان شناسی کودکان/استثنایی براساس DSM-5*. تهران: نشر ساوالان.

مفتاق، سیدداوود؛ محمدی، نورالله؛ نجیمی، آرش. (۱۳۹۱). بررسی روش های مختلف درمان کودکان دارای اختلال نقص توجه بر سلامت روان مادران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۴(۲): ۲۴۵-۲۵۱.

نریمانی، محمد؛ سلیمانی، اسماعیل. (۱۳۹۲). اثربخشی توان بخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی (حافظه کاری و توجه) و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری ریاضی. *مجله ناتوانی های یادگیری*، ۲(۳): ۹۱-۱۱۵.

نیک یار، حمیدرضا؛ رئیسی، زهره؛ فرخی، حبیبه. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی و افزایش امیدواری در بیماران زن مبتلا به تومور مغزی. *دو فصلنامه تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان*، ۱(۲).

همتی نژاد، حسن؛ زینالی، علی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود سلامت روانی مادران دارای دانش آموز نوجوان بزهکار. *مجله پزشکی/رومیه*، ۲۸(۵): ۳۰۵-۲۹۶.

Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 20(5), 503-520.

Andersson, G., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Hedman, E. (2013). Guided internet-based CBT for common mental disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, ۴۳(۴), ۲۲۳-۲۳۳.

Barkley, R. A. (Ed.). (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.

Carbone, L., Plegue, M., Barnes, A., & Shellhaas, R. (2014). Improving the mental health of adolescents with epilepsy through a group cognitive behavioral therapy program. *Epilepsy & Behavior*, 39, 130-134.

Chen, T., Lu, R., Chang, A., Chu, D., Chou, X. (2006) The Evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-Esteem, *Archives of psychiatric Nursing* -20, ۱: ۳-۱۱.

Diagnostic, A. P. A. (1994). *statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association. Washington, DC, 886.

Fabiano GA, Schatz NK, Aloe AM, Chacko A, Chronis-Tuscano A. (2015). A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical child and family psychology review*, 18(1):77-97.

Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J., & Cross, S. (2008). A ransomed controlled trial of cognitive behavior therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 843-850.

Neill, E. L., Weems, C. F., & Scheeringa, M. S. (2018). CBT for child PTSD is associated with reductions in maternal depression: Evidence for bidirectional effects. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(3), 410-420.

- 1.9