

اثربخشی گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر کنش‌های اجرایی و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه - بیش‌فعالی

زهرا رعنائی^{۱*}، علی غنائی چمن‌آباد^۲، سیدعلی کیمیایی^۳، احمد منصوری^۴

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر کنش‌های اجرایی و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی انجام شد.

روش: در یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و مداخله‌نما، تعداد ۳۰ مادر کودک مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بجنورد طی مدت چهار ماه و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و همچنین به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش، کنترل و مداخله نما قرار گرفتند. مادران گروه آزمایش در معرض مداخله ۸ جلسه‌ای گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری قرار گرفتند، درحالی‌که گروه کنترل و مداخله‌نما در معرض چنین مداخله‌ای قرار نگرفتند. باوجوداین، گروه مداخله‌نما به مدت ۸ جلسه نرم‌افزار ورد-ویندوز را آموزش دیدند. پرسشنامه سلامت عمومی و آزمون برج لندن در مورد شرکت‌کنندگان اجرا گردید. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماري «اس. پی. اس. اس.» و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری باعث بهبود سلامت روان و کنش‌های اجرایی گروه آزمایش نسبت به گروه‌های کنترل و مداخله‌نما می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری: گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری نقش مهمی در بهبود کنش‌های اجرایی و افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی دارد. درمانگران می‌توانند از این روش درمانی جهت بهبود کنش‌های اجرایی و افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری، کنش‌های اجرایی، سلامت روان، نقص توجه - بیش‌فعالی.

*Email: zahraranaee@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۵، شماره ۲، پیاپی ۲۹
پائیز و زمستان ۱۳۹۶
صص: ۱۴۲-۱۳۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۲۸

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 15, No. 2, Serial 29

Autumn & Winter
2017-2018

pp.: 133-142

مقدمه

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی^۱ یک اختلال رشدی عصبی مزمن است که در اوایل کودکی شروع می‌شود و به‌وسیله اختلال در توجه، فقدان سازمان‌دهی و یا بیش‌فعالی/تکانشگری تعریف می‌شود [۱]. این اختلال در بیش از ۶۰ درصد موارد تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد [۲] و سبب اختلال قابل توجه در کارکردهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد و خانواده‌اش و همچنین پیامدهای اقتصادی می‌شود [۳و۱]. نرخ شیوع این اختلال در کودکان و بزرگسالان به ترتیب حدود ۱۲-۳٪ و ۵-۲/۵٪ گزارش شده است [۱، ۴]. عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیکی، مزاجی (مثل، کاهش بازداری رفتاری، هیجان‌پذیری منفی و یا تنوع‌طلبی بالا) و محیطی (مثل، وزن خیلی کم هنگام تولد، سابقه سوءاستفاده از کودک، غفلت، گمارش سرپرستان متعدد برای کودک) از عوامل خطر ساز و عوامل مربوط به پیش‌آگهی این اختلال می‌باشند [۱]. این اختلال با کاهش توانایی‌های اجرایی در مدرسه و پیشرفت تحصیلی، طرد اجتماعی و در بزرگسالان کاهش کارکرد، پیشرفت، حضور شغلی پایین‌تر و احتمال بیشتر بیکاری و همچنین افزایش تعارض‌های بین‌فردی همراه است. افزایش بروز اختلال سلوک و شخصیت ضداجتماعی در بزرگسالی، اختلال‌های مصرف مواد و خوردن، مشکلات خواب، رفتارهای جنسی پرخطر، زندانی شدن‌های بیشتر، افکار خودکشی، روابط مختل خانوادگی، روابط مختل با همسالان، تخلفات و تصادفات رانندگی، افزایش درصد چاقی از جمله پیامدهای این اختلال می‌باشند [۱، ۵، ۶].

علاوه بر آنچه ذکر شد، بیماری و ناتوانی در یکی از بستگان نزدیک به‌عنوان یک منبع عمده پریشانی برای سرپرستان خانواده می‌باشد و اغلب سلامت و بهزیستی آن‌ها را به خطر می‌اندازد [۷]. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در معرض خطر بالایی برای مشکلات روان‌شناختی و جسمی، استرس خانوادگی و والدینی، روابط والد-فرزندی در هم گسیخته، افزایش تعارض‌های زناشویی، جدایی و طلاق و همچنین کاهش خودکارآمدی، رضایت والدینی و کیفیت زندگی قرار دارند [۶، ۸، ۹، ۱۰]. در این بین مادران کودکان مبتلا به این اختلال در معرض خطر بیشتری قرار دارند، علائم آسیب‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه از سلامت روان کمتری برخوردار می‌باشند. در تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲ [۱۱] سلامت روان به‌عنوان حالتی از

بهزیستی تعریف شده است که به موجب آن افراد توانایی‌های خود را شناسایی می‌کنند، قادر به مقابله با استرس‌زاهای بهنجار زندگی هستند، می‌توانند به‌طور مؤثر و کارآمدی کار کنند و در جوامع خود مشارکت کنند. ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی سطوح بالاتری از استرس والدینی، انزوای اجتماعی، ترس از طرد اجتماعی و همچنین علائم اضطراب و افسردگی بیشتری نسبت به مادران کودکان غیرمبتلا تجربه می‌کنند [۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. برای مثال، ذوقی‌پایدار، قاسمی، بیات و صنایعی‌کمال [۱۴] دریافتند که مادران کودکان مبتلا در سایر مؤلفه‌های سلامت روان اندازه‌گیری شده با فهرست علائم بیماری^۳، یعنی شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی نمره‌های بالاتری را کسب می‌کنند.

متغیرهای متعددی با سلامت روان افراد مرتبط می‌باشند. باوجوداین، یکی از عوامل مرتبط با سلامت روان افراد کنش‌های اجرایی آن‌ها می‌باشد. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد کنش‌های اجرایی مهارت‌های ضروری برای سلامت روانی و جسمی، موفقیت در تحصیل و زندگی و همچنین رشد شناختی، اجتماعی و روان‌شناختی می‌باشند. بعلاوه، کنش‌های اجرایی اوایل زندگی پیش‌بین پیشرفت مادام‌العمر، سلامت، دارایی و کیفیت زندگی افراد هستند [۱۶]. کنش‌های اجرایی به مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی از بالا به پایین برای هشیاری، توجه و تمرکز اشاره دارد [۱۶] و به نظارت و کنترل بر افکار/اعمال و تسهیل رفتار هدفمند کمک می‌کنند [۱۷]. باوجوداین، کنش‌های اجرایی می‌توانند تحت تأثیر استرس، غم، تنهایی، محرومیت از خواب و سلامت جسمانی افراد قرار گیرند [۱۶]؛ عواملی که مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی به سبب رفتارهای چالش‌برانگیز کودکانشان سطوح بالاتری از آن را تجربه می‌کنند [۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. اثر این عوامل هم در سطح فیزیولوژیکی و نورواناتومیکی (قشر پیش‌پیشانی) و هم رفتاری (در کنش‌های اجرایی بدتر، مثل استدلال و حل مسئله ضعیف‌تر، فراموش کردن چیزها و توانایی مختل برای نظم و کنترل خود) قابل مشاهده است [۱۶]. علاوه بر آنچه ذکر شد بین این عوامل به‌خصوص استرس والدین با کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به این اختلال نیز رابطه وجود دارد [۱۸، ۱۹].

کنش‌های اجرایی قابل آموزش هستند و می‌توانند در هر

³ Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)

¹ Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD)

² World Health Organization (WHO)

سنی بهبود یابند [۱۶].

اگرچه در بررسی ادبیات پژوهش مطالعه‌ای در مورد کنش‌های اجرایی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی مشاهده نگردید، هیوز، لیبویر و بووارد^۱ [۲۰] با مقایسه سه گروه از والدین کودکان مبتلا به اتیسم، ناتوانی یادگیری و سالم دریافتند که نسبت قابل توجهی از والدین کودکان مبتلا به اتیسم اختلال در کنش‌های اجرایی به‌خصوص مهارت‌های برنامه‌ریزی و انعطاف‌پذیری توجه را نشان می‌دهند. بعلاوه، استرس والدینی، غم، تنهایی، محرومیت از خواب و سایر عوامل دیگر می‌توانند کنش‌های اجرایی مادران را تحت تأثیر قرار دهند [۱۶].

تاکنون درمان‌های دارویی و روان‌شناختی متنوعی از جمله درمان‌های شناختی- رفتاری [۲۱، ۲۲]، آموزش مدیریت رفتاری [۲۳، ۲۴]، درمان‌های یکپارچه‌شده آموزش- رفتاری والدین و درمان شناختی رفتاری [۲۵] و برنامه فرزندپروری مثبت [۲۶] به‌صورت فردی یا گروهی ایجاد و توسط روانشناسان و مشاوران جهت بهبود سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گرفته است. یکی دیگر از درمان‌های مورد استفاده جهت بهبود سلامت روان و عوامل مرتبط با آن می‌تواند درمان رفتاری عقلانی هیجانی^۲ باشد. این درمان یک نظریه شخصیت و یک روش روان‌درمانی است که توسط آلبرت الیس^۳ ایجاد شده است. بعلاوه، یک سیستم جامع تغییر شخصیت است که روش‌های درمانی شناختی، هیجانی و رفتاری را با یکدیگر ترکیب می‌کند و به‌گونه موفقیت‌آمیزی به‌صورت فردی، زوج‌درمانی، خانواده‌درمانی و گروه‌درمانی در مورد کودکان، نوجوانان و بزرگسالان و همچنین طیف گسترده‌ای از مشکلات بالینی و غیربالینی مورد استفاده قرار گرفته است [۲۶، ۲۷].

درمان رفتاری عقلانی هیجانی با استفاده از یک رویکرد فلسفی در تلاش است یک تغییر کلی در سیستم باور و فلسفه زندگی مراجع به وجود آورد و کارکرد او را در خارج از محیط درمان بهبود بخشد. در این درمان اعتقاد بر این است که اگرچه رویدادهای فعال‌کننده (A) به‌طور قابل توجهی به پیامدهای هیجانی و رفتاری (C) کمک می‌کنند، باوجوداین باورهای افراد (B) در مورد رویدادهای فعال‌کننده (C) مهم‌تر می‌باشند و به‌طور مستقیم علت پیامدهای هیجانی و رفتاری هستند. ازاین‌رو، پیامدهای مختل‌کننده می‌توانند به‌واسطه چالش عقلانی و رفتاری باورهای غیرعقلانی کاهش می‌یابند [۲۷].

هدف درمان عقلانی هیجانی رفتاری کمک به مراجعان جهت بسط فلسفه عقلانی زندگی است که منجر به کاهش پریشانی هیجانی و رفتارهای خودشکن می‌شود و منجر به قادر نمودن آن‌ها برای رهبری یک زندگی شادتر و رضایت بخش‌تر می‌کند [۲۸].

هر چند در بررسی ادبیات پژوهش، مطالعه‌ای درباره اثربخشی گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر کنش‌های اجرایی و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی مشاهده نگردید، با این وجود، توکلی‌زاده، دشتی و پناهی [۲۹] گزارش کردند که آموزش عقلانی هیجانی اثر معنی‌داری بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی دارد. متین، یوسفی، افروز و دژکام [۳۰] دریافتند که بازسازی رفتاری، عقلانی هیجانی گروهی اثر معنی‌داری بر افزایش سطح سلامت روان والدین کودکان استثنایی دارد. ازاین‌رو، با توجه به نرخ شیوع اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، اختلال قابل‌توجه این اختلال در کارکردهای مختلف فرد مبتلا و اعضای خانواده‌اش، نقش و اهمیت سلامت روان مادران و همچنین توجه کمتر به اثر گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر سلامت روان و به‌خصوص کنش‌های اجرایی مادران کودکان مبتلا به این اختلال، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر کنش‌های اجرایی و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی انجام گردید. با توجه به این هدف، فرضیه اصلی این پژوهش بدین صورت مطرح گردید: گروه درمانی عقلانی هیجانی رفتاری اثر معنی‌داری بر کنش‌های اجرایی و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی دارد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزو پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بجنورد بود.

ب) نمونه آماری: نمونه این تحقیق شامل ۳۰ نفر از مادران

(REBGT)

³ Albert Ellis

¹ Hughes, Leboyer & Bouvard

² Rational Emotive Behavior Group Therapy

آزمون بوده است. در پژوهش حاضر پایایی آزمون به روش همسانی درونی ۰/۵۳ بود.

ب) آزمون برج لندن^۳: ابزاری است که ابتدا در سال ۱۹۸۲ توسط شالیس^۴ جهت سنجش کارکردهای اجرایی تدوین شده است و امروزه نیز به‌عنوان یک آزمون غربال‌گری نوروسایکولوژیکال برای افراد مبتلا به صدمه قشر پیشانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بعلاوه، این آزمون ابزار ارزشمندی برای بررسی نوروسایکولوژیکال افراد مبتلا به نقایص شناختی احتمالی و همچنین سنجش مهارت‌های برنامه‌ریزی و مسئله‌گشایی است. آزمون اصلی شامل سه میله چوبی با طول‌های متفاوت نصب شده بر روی یک پایه می‌باشد. در موقعیت شروع سه توپ (قرمز، سبز و آبی) بر روی میله‌ها قرار داده می‌شود. سپس از افراد خواسته می‌شود تا مجموعه‌ای از مهره‌های رنگی قرار داده شده بر سه میله عمودی را برای جورشدن با یک هدف مشخص جابه‌جا کنند. پایایی این آزمون به روش همسانی درونی ۰/۷۹ گزارش شده است [۳۳]. ضریب همبستگی مربوط به اعتبار هم‌زمان این آزمون با آزمون مازهای پروتئوس ۰/۴۱ گزارش شده است [۳۴]. در پژوهش حاضر پایایی آزمون به روش همسانی درونی ۰/۸۵ بود.

ج) گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری: جلسات گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری به شرح زیر تدوین و اجرا گردید.

جلسه اول: ایجاد ارتباط اولیه؛ خوش‌آمدگویی و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر، ایجاد ارتباط با اعضای گروه، شرح اهداف و قوانین گروه از جمله عدم غیبت، شرکت به‌موقع در جلسات، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، توصیف کلی از رویکرد درمانی.

جلسه دوم: توضیح ارزش‌های درمان؛ توضیح ۱۰ ارزش گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری که عبارت‌اند از: خطرجویی، واقع‌بینی (عدم آرمان‌گرایی)، تحمل زیاد ناکامی، مسئولیت فردی در قبال آشفستگی، نفع شخصی، خودگردانی، تحمل، قبول عدم قطعیت، انعطاف‌پذیری و تعهد.

جلسه سوم: توضیح رابطه ABC؛ سنجش مداخلات B (باورهای غیرعقلانی) در مورد هر یک از شرکت‌کنندگان. تکلیف خانگی: یادداشت چند مورد از موقعیت‌های ناراحت‌کننده در منزل.

جلسه چهارم: ارتباط باورها با هیجان‌ها و اصول شناخت-درمانی؛ بررسی تکلیف و مروری از جلسه قبل، مرتبط ساختن باورهای غیرعقلانی با هیجان‌های پریشان‌کننده. تکلیف

کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش و پرتوی بودند که طی مدت چهار ماه و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به روش نمونه-گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از تشریح اهمیت و اهداف پژوهش به تصادف در سه گروه آزمایش، مداخله نما و کنترل جایگزین شدند. باوجوداین، دو نفر از مادران کودکان گروه آزمایش با توجه به معیارهای خروج، از گروه آزمایش خارج شدند. معیار ورود مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی به نمونه مورد بررسی داشتن کودک ۷-۱۲ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های روان‌درمانی دیگر در طول انجام پژوهش و رضایت آگاهانه آن‌ها بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه در درمان، شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی دیگر و عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری در پژوهش بود.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه سلامت عمومی^۱: ابزاری است که در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر^۲ [۳۱] تهیه شده است و شامل چهار خرده‌مقیاس ۷ سؤالی علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. پاسخ به هر سؤال بر اساس یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای و در دامنه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر فرد می‌باشد. گلدبرگ و ویلیامز پایایی آزمون را به روش دونیمه کردن ۰/۹۵ گزارش کردند. همچنین، پایایی این آزمون به روش بازآزمایی ۰/۵۱ تا ۰/۹۰ و به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. اعتبار هم‌زمان آن با سایر شاخص‌ها از جمله پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیت مینه‌سوتا و افسردگی بک ۰/۴۸ تا ۰/۶۹ بوده است [۳۲]. در مطالعه تقوی [۳۲] پایایی این آزمون به روش بازآزمایی، دونیمه کردن و همسانی درونی برای کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش شده است. پایایی خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به روش بازآزمایی (۰/۶۸-۰/۵۷)، دونیمه کردن (۰/۸۶-۰/۶۸) و همسانی درونی (۰/۸۸-۰/۶۱) مناسب بوده است. اعتبار هم‌زمان این آزمون با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (کراون و کریسب، ۱۹۶۶) ۰/۵۵ گزارش شده است. تأیید ساختار چهار عاملی آن و همچنین ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل پرسشنامه (۰/۷۲ تا ۰/۸۷) نیز بیانگر اعتبار سازه مناسب این

³ Tower of London Test (TOL)

⁴ Shallice

¹ General Health Questionnaire (GHQ)

² Goldberg & Hillier

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری «اس. پی. اس. اس.^۲» نسخه بیست و دو و با استفاده از آزمون خی دو و تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

نتایج

یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت شناختی گروه‌های آزمایش، مداخله نما و کنترل در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. داده‌های جمعیت‌شناختی مربوط به افراد گروه‌های پژوهش

گروه	فراوانی	سن		وضعیت تحصیلی		
		میانگین	انحراف معیار	ابتدایی	سیکل	دیپلم
آزمایش	۸	۳۲/۳۷	۳/۰۲	۴	۲	۲
مداخله نما	۱۰	۳۱/۲۰	۳/۲۲	۳	۵	۲
کنترل	۱۰	۳۰/۷۰	۲/۱۷	۴	۲	۴
کل	۲۸	۳۱/۳۶	۲/۸۰	۱۱	۹	۸

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین سنی سه گروه آزمایش (۳۲/۳۷)، مداخله نما (۳۱/۲۰) و کنترل (۳۰/۷۰) تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($P > 0.05$, $df=25$, $F=0.180$). همچنین، بین سه گروه در وضعیت تحصیلی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($P > 0.05$, $\chi^2=0.59$). در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است. در پژوهش حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تعیین معنی‌داری تفاوت میان سه گروه آزمایش، مداخله نما و کنترل استفاده شد. با وجود این، ابتدا برای بررسی پیش‌فرض‌های طبیعی بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرها از آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لون و باکس استفاده گردید. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که متغیرهای پژوهش دارای توزیع طبیعی می‌باشند ($P > 0.01$ ، جدول ۳). معنی‌داری آماری این شاخص به‌طور آرمانی در سطح آلفای ۰/۰۱ بیانگر تخطی از نرمال بودن تک‌متغیری است [۳۵]. نتایج آزمون لون نیز نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش بین دو گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌دار ندارند ($P > 0.05$ ، جدول ۳). علاوه بر این، نتایج همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس کنش‌های اجرایی و سلامت روان ($F=1/14$, $P > 0.05$, $\text{Box's } M=7/76$) و همچنین ابعاد سلامت روان ($F=1/3$, $P > 0.05$, $\text{Box's } M=34/34$) نشان داد که این پیش‌فرض رعایت شده است.

خانگی: یادداشت باورهای عقلانی و غیرعقلانی در مورد حداقل چهار اتفاق به وقوع پیوسته در منزل).

جلسه پنجم: مجادله و رویارویی با عقاید غیرمنطقی؛ چالش با باورهای غیرعقلانی با استفاده از روش‌های مختلف مثل ایفای نقش، شوخ‌طبعی و الگوسازی؛ بررسی تکلیف جلسه قبل جهت افزایش آگاهی مادران در مورد شیوه برخوردشان.

جلسه ششم: ترغیب مادران جهت تغییر باورهایشان؛ بررسی طرح‌واره‌های مادران و کمک به آن‌ها جهت تغییر باورهایشان، جایگزینی باورهای غیرعقلانی با باورهای عقلانی؛ تکلیف خانگی: جایگزینی باورهای غیر عقلانی با باورهای عقلانی طی جلسات و یادداشت نتیجه برخورد فرزند برای جلسه بعد.

جلسه هفتم: بررسی رابطه ABC در رابطه با موارد موجود در منزل برای هر یک از شرکت‌کنندگان؛ بررسی هر یک از موارد یادداشت‌شده جهت آگاهی شرکت‌کنندگان از غیرعقلانی بودن عقاید و جایگزینی عقاید عقلانی به‌جای آن‌ها جهت رفتار بهتر در منزل.

جلسه هشتم: کمک شرکت‌کنندگان به یکدیگر و تعمیم موارد آموخته شده؛ در این جلسه از یکی از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود یک مشکل (باور غیرعقلانی) را توضیح دهد و بقیه جهت حل آن راه‌حل ارائه دهند. در صورت موفقیت در این مرحله، درمان خاتمه یافته و همچنین پس‌آزمون اجرا می‌شود.

شیوه انجام پژوهش

پس از هماهنگی با مراکز مشاوره شهر بجنورد و همچنین مادران کودکان مبتلا با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و آزمون برج لندن از آن‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد. پس از آن درمان گروهی عقلانی هیجانی رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت گروهی و هر هفته دو جلسه برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و گروه مداخله نما نیز تحت آموزش مهارت‌های کامپیوتری قرار گرفتند. آن‌ها نیز در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی و هر هفته دو جلسه مهارت‌های ورد و ویندوز^۱ را آموزش دیدند و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر سه گروه با یکدیگر مقایسه شد.

^۲ Statistical Package for the Social Science (SPSS)

^۱ word & windows

های آزمایش و کنترل یکسان است ($P > 0.05$). از این رو، استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بلا مانع می‌باشد (جدول‌های ۴، ۵، ۶، ۷).

آماره چند متغیری لامبدای ویلکز نیز برای کنش‌های اجرایی و سلامت روان ($F = 23/09, P < 0.0001$) و همچنین ابعاد سلامت روان ($F = 6/84, P < 0.0001$) معنی‌دار بود. سرانجام، آزمون یکسانی شیب‌خط رگرسیون نیز برای گروه

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به نمره‌های سلامت روان و کنش‌های اجرایی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		گروه	متغیر	پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد			میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	آزمایش	۵۴	۹/۵۰	۱۳/۸۷	آزمایش	۴/۵۳	۲۶/۳۸
	مداخله	۵۷/۴۰	۵/۳۰	۱۲/۱۰	مداخله	۱۲/۸۰	۴۷
	نما	۵۹/۴۰	۵/۹۷	۱۳/۷۰	نما	۴/۶۹	۵۵
کنش‌های اجرایی	آزمایش	۲۹	۱/۶۰	۱۳/۵۰	آزمایش	۰/۵۲	۳۴/۶۳
	مداخله	۲۷/۴۰	۲/۸۴	۱۶/۱۰	مداخله	۳/۰۶	۲۷/۷۰
	نما	۲۸/۸۰	۲/۶۲	۱۴/۵۰	نما	۲/۷۶	۲۸/۶۰
علائم جسمانی	آزمایش	۱۴/۵۰	۲/۷۲	۱۵/۱۲	آزمایش	۱/۶۸	۶/۳۷
	مداخله	۱۳/۹۰	۲/۱۳	۱۵/۳۰	مداخله	۳/۰۲	۱۳/۵۰
	نما	۱۶	۲/۷۰	۱۵/۲۰	نما	۱/۷۹	۱۴/۹۰

جدول ۳. بررسی مفروضه‌های طبیعی بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

همگنی واریانس	طبیعی بودن		متغیر	همگنی واریانس‌ها		طبیعی بودن		متغیر
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون		P	F	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
	P	F		P	F	P	P	
۰/۱۱	۲/۴۲	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۱۰	۲/۴۷	۰/۰۶	۰/۰۵	سلامت روان
۰/۲۶	۱/۴۴	۰/۰۷	۰/۲۰	۰/۳۶	۱/۰۶	۰/۰۴	۰/۴۱	علائم جسمانی
۰/۳۵	۱/۰۹	۰/۱۹	۰/۰۷	۰/۰۵	۳/۲۸	۰/۰۸	۰/۳۴	اضطراب

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به سه گروه آزمایش، مداخله نما و کنترل در متغیر کنش‌های اجرایی و سلامت روان

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P
کنش‌های اجرایی	خطا	۳۷/۱۲	۱/۱۷		
سلامت روان	گروه	۳۷۹۱/۹۰	۲	۱۸۹۵/۹۵	۲۵
	خطا	۱۷۴۳/۹۹	۲۳	۷۵/۸۲	

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی درباره متغیر کنش‌های اجرایی و سلامت روان

متغیر	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
کنش‌های اجرایی	آزمایش	مداخله نما	۵/۴۵°	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	مداخله نما	کنترل	۶/۰۲°	۰/۵۲	۰/۰۰۱
سلامت روان	آزمایش	کنترل	۰/۵۶	۰/۵۱	۰/۸۳
	مداخله نما	مداخله نما	-۲۰/۳۵°	۴/۲۸	۰/۰۰۱
	کنترل	کنترل	-۲۹/۰۷°	۴/۱۷	۰/۰۰۱
مداخله نما	کنترل	-۸/۷۲	۴/۰۸	۰/۱۳	

نما است. نتایج جدول ۵ نیز نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره کنش‌های اجرایی و سلامت روان گروه آزمایش با گروه مداخله نما و کنترل وجود دارد ($P < 0.05$). با وجود این تفاوتی بین میانگین نمره‌های دو گروه مداخله نما و کنترل وجود ندارد ($P > 0.05$).

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون سه گروه برای متغیر کنش‌های اجرایی و سلامت روان معنی‌دار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر کنش‌های اجرایی و سلامت روان ($F = 64/05, P < 0.05$) و سلامت روان ($F = 26/21, P < 0.05$) به‌طور معنی‌داری بیشتر و کمتر از گروه‌های کنترل و مداخله

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره مربوط به سه گروه آزمایش، مداخله نما و کنترل در ابعاد سلامت روان

منبع تغییرات		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P
علائم جسمانی	گروه	۳۷۱/۷۰	۲	۱۸۵/۸۵	۴۵/۲۴	۰/۰۰۰۱
	خطا	۸۶/۲۶	۲۱	۴/۱۰		
اضطراب	گروه	۱۴۸/۴۳	۲	۷۴/۲۲	۵/۱۲	۰/۰۰۱
	خطا	۳۰۴/۳۴	۲۱	۱۴/۴۹		
اختلال در کارکرد اجتماعی	گروه	۱۹۵/۳۲	۲	۹۷/۶۶	۶/۵۲	۰/۰۰۶
	خطا	۳۱۴/۵۵	۲۱	۱۴/۹۷		
افسردگی	گروه	۲۳۳/۴۰	۲	۱۱۶/۷۰	۵/۵۳	۰/۰۰۱
	خطا	۴۲۲/۷۳	۲۱	۲۱/۰۸		

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی درباره ابعاد سلامت روان

متغیر	(۱) گروه	(۲) گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
علائم جسمانی	آزمایش	مداخله نما	-۷/۵۰°	۱/۱۰	۰/۰۰۰۱
	مداخله نما	کنترل	-۹/۰۸°	۰/۹۹	۰/۰۰۰۱
اضطراب	آزمایش	مداخله نما	-۴/۸۰	۲/۰۷	۰/۰۰۹
	مداخله نما	کنترل	-۵/۷۱°	۲/۰۱	۰/۰۰۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	آزمایش	مداخله نما	-۲/۸۳	۲/۱۱	۰/۰۵۸
	مداخله نما	کنترل	-۶/۸۱°	۱/۹۰	۰/۰۰۵
افسردگی	آزمایش	مداخله نما	-۵/۵۹	۲/۵۰	۰/۱۱
	مداخله نما	کنترل	-۷/۳۰°	۲/۲۵	۰/۰۰۱
	مداخله نما	کنترل	-۱/۷۰	۲/۴۳	۱

کودکان مبتلا به این اختلال می‌شود. بررسی ابعاد سلامت روان نیز نشان داد که گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری اثر معنی‌داری بر علائم جسمی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه کنترل دارد.

باوجوداین، اگرچه گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری سبب کاهش بیشتری در میانگین نمره‌های ابعاد سلامت روان مادران گروه آزمایش نسبت به مداخله نما شده است، اما این تفاوت به جز در بعد علائم جسمانی به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد. ازاین‌رو گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری و آموزش مهارت‌های کامپیوتری هر دو سبب کاهش اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی شده‌اند. هرچند پژوهشی همسو یا ناهمسو با یافته‌های این پژوهش مشاهده نشد. با این وجود، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های مطالعات قبلی مربوط به مادران کودکان مبتلا به کم‌توان ذهنی [۲۹] و کودکان استثنایی [۳۰] نشان داد که گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری اثر معنی‌داری بر افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های رشدی عصبی دارد.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت گروه‌درمانی رفتاری عقلانی هیجانی با استفاده از یک رویکرد فلسفی در تلاش

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون سه گروه حداقل در یکی از ابعاد سلامت روان معنی‌دار است.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره ابعاد علائم جسمی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد ($P < 0/05$)، باوجوداین به جز بعد علائم جسمانی تفاوتی بین میانگین نمره‌های دو گروه آزمایش و مداخله نما در سایر ابعاد سلامت روان وجود ندارد ($P > 0/05$). سرانجام، تفاوتی بین میانگین نمره‌های دو گروه مداخله نما و کنترل در هیچ یک از ابعاد سلامت روان وجود ندارد ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر کنش‌های اجرایی و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی انجام گردید. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری اثر معنی‌داری بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی گروه آزمایش در مقایسه با گروه مداخله نما و کنترل دارد؛ به عبارت دیگر، نتایج نشان می‌دهد که این شیوه درمانی باعث افزایش سلامت روان مادران

در مقایسه با گروه مداخله نما و کنترل دارد؛ به عبارت دیگر، این شیوه درمانی باعث افزایش میانگین نمره کنش اجرایی مادران کودکان مبتلا به این اختلال می‌شود. در بررسی ادبیات پژوهش، مطالعه‌ای همسو یا ناهمسو با یافته‌های این پژوهش مشاهده نشد. باوجوداین نتایج مطالعات انجام شده بیانگر این است که کنش‌های اجرایی مهارت‌های ضروری برای سلامت روانی می‌باشند، اما این کنش‌ها می‌توانند تحت تأثیر استرس، غم، تنهایی، محرومیت از خواب و سلامت جسمانی افراد قرار گیرند [۱۶]. مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی نیز به سبب رفتارهای چالش برانگیز کودکانشان سطوح بالاتری از استرس والدینی، انزوای اجتماعی، ترس از طرد اجتماعی، شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت و ترس مرضی را تجربه می‌کنند [۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. عواملی که روی هم‌رفته می‌توانند کنش‌های اجرایی این مادران و در نتیجه سلامت روان آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهند. از این رو، در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت گروه‌درمانی رفتاری عقلانی هیجانی به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش-فعالی کمک می‌کند باورهای غیرعقلانی خود را شناسایی کنند، غیرانطباقی بودن آن‌ها را ببینند و باورهای انطباقی‌تر را جایگزین آن‌ها کنند [۲۷]. همچنین این رویکرد درمانی با تجهیز مادران به ابزارهای مسئله‌گشایی و مدیریت استرس به آن‌ها جهت مدیریت باورهای غیرعقلانی و پیامدهای هیجانی و رفتاری‌شان کمک می‌کند [۳۶]. بعلاوه، از طریق افزایش مشارکت بین افراد، به اشتراک گذاشتن و انتقال اطلاعات، همفکری برای مسئله‌گشایی، ایجاد همدلی و امید، نوع-دوستی و احساس اشتراک در مشکل به کاهش استرس روان‌شناختی و سایر پیامدهای هیجانی و رفتاری نامطلوب کمک می‌کند [۲۹، ۲۷]. عواملی که در نهایت منجر به کاهش پریشانی هیجانی و رفتارهای خودشکن و همچنین توانمندسازی آن‌ها برای رهبری یک زندگی شادتر و رضایت‌بخش‌تر می‌شود [۲۶].

در تبیین عدم تفاوت دو روش گروه‌درمانی رفتاری عقلانی هیجانی و آموزش مهارت‌های کامپیوتری در کاهش سه بعد از ابعاد سلامت روان (اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) می‌توان گفت که شرکت در کلاس‌های آموزش مهارت‌های کامپیوتری می‌تواند سبب افزایش مشارکت بین افراد، تمرکز بر روی موضوع‌های جدید، افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و پیدا کردن فرصتی برای فارغ شدن از چالش‌های ناشی از رفتار کودکان شود؛ عواملی که می‌توانند سبب افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به این اختلال شود.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری اثر معنی‌داری بر کنش‌های اجرایی مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی گروه آزمایش

است یک تغییر کلی در سیستم باور و فلسفه زندگی مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی به وجود آورد و عملکرد آن‌ها را در خارج از محیط درمان بهبود بخشید [۲۷]. از این رو این رویکرد درمانی به کمک روش‌های مختلف شناختی، هیجانی و رفتاری از جمله چالش با باورهای غیرمنطقی، شوخ‌طبعی، پذیرش غیرشرطی، الگوسازی، ایفای نقش، حساسیت‌زدایی، تکالیف خانگی، آموزش مهارت‌ها و مسئله‌گشایی به مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش-فعالی کمک می‌کند تا باورهای غیرعقلانی در مورد خود (مثل احساس عدم کفایت، تقصیر و گناه)، کودکان، دیگران و شرایط زندگی‌شان را شناسایی کنند. سپس این باورها را از باورهای عقلانی مجزا سازند و غیرانطباقی بودن آن‌ها را بپذیرند. همچنین با تأکید بر لزوم جایگزینی باورهای عقلانی با باورهای غیرعقلانی به آن‌ها توانایی انتخاب تغییر افکار غیرمنطقی، هیجان‌ها و رفتارهای خودشکن داده می‌شود. گروه‌درمانی رفتاری عقلانی هیجانی به این مادران کمک می‌کند یاد بگیرند که چگونه باورهای آن‌ها احساس‌ها و اعمالشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، چگونه می‌توانند در مورد مشکلات خود عقلانی و عمل‌گرا باشند و چگونه واقعیت را بپذیرند حتی زمانی که واقعیت به‌خوبی روشن نیست [۲۷]. از سوی دیگر، این نوع گروه‌درمانی از طریق افزایش مشارکت بین افراد، به اشتراک گذاشتن و انتقال اطلاعات، همفکری برای مسئله‌گشایی، ایجاد همدلی و امید، نوع‌دوستی و احساس اشتراک در مشکل به کاهش استرس روان‌شناختی و سایر پیامدهای هیجانی و رفتاری نامطلوب کمک می‌کند [۲۹، ۲۷]. عواملی که در نهایت منجر به کاهش پریشانی هیجانی و رفتارهای خودشکن و همچنین توانمندسازی آن‌ها برای رهبری یک زندگی شادتر و رضایت‌بخش‌تر می‌شود [۲۶].

در تبیین عدم تفاوت دو روش گروه‌درمانی رفتاری عقلانی هیجانی و آموزش مهارت‌های کامپیوتری در کاهش سه بعد از ابعاد سلامت روان (اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) می‌توان گفت که شرکت در کلاس‌های آموزش مهارت‌های کامپیوتری می‌تواند سبب افزایش مشارکت بین افراد، تمرکز بر روی موضوع‌های جدید، افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و پیدا کردن فرصتی برای فارغ شدن از چالش‌های ناشی از رفتار کودکان شود؛ عواملی که می‌توانند سبب افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به این اختلال شود.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری اثر معنی‌داری بر کنش‌های اجرایی مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی گروه آزمایش

- L. M., Hebert, R. S., Beach, S. R., Zdaniuk, B., Czaja, S. J., Belle, S. H. (2008). Dementia patient suffering and caregiver depression. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 22, pp. 170–176.
- 8- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attentiondeficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child Family Psychology Review*, 4, pp. 183–207.
- 9- Leibowitz, L. R. (2013). The influence of daily hassles, maternal attributions, optimism, and child symptoms on the mental health of mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (Doctoral Dissertation, George Mason University). Retrieved from <http://digilib.gmu.edu/xmlui/handle/1920/8221>.
- 10-Hadi, N., Saghebi, A., Ghanizadeh, A., & Montazeri, A. (2013). Assessment of health-related quality of life in mothers of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Shiraz, 2008-2009. *Shiraz E Medical Journal*, 14, pp. 91-101.
- 11-World Health Organization. (2016). Mental health: Strengthening our response. Fact sheet No. 220. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.
- 12-Peters, K., & Jackson, D. (2009) Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 65, pp. 62–71.
- 13-Pimentel, M. J., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3, pp. 61–68.
- ۱۴- ذوقی‌پایدار، محمدرضا؛ قاسمی، معصومه؛ بیات، احمد و صنایعی‌کمال، سمانه (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم توجهی - بیش‌فعالی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۵، صص. ۱۴-۵.
- ۱۵- شفاعت، عارفه و تیرگری، عبدالحکیم (۱۳۹۰). بررسی شیوع علائم افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در کلینیک روانپزشکی کودک و نوجوان شهرستان ساری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۱، صص. ۶۶-۷۲.
- 16-Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, pp. 135–168.
- 17-Nilsen, E. S, Rints, A., Ethier, N., & Moroz, S.
- این شیوه درمانی را در بهبود کنش‌های اجرایی و افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی در نظر بگیرند. یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم انجام آزمون پیگیری جهت بررسی ماندگاری اثر مداخله درمانی بود. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دوره‌های پیگیری جهت بررسی ماندگاری این اثر استفاده شود. این پژوهش به‌صورت مقطعی در مورد گروهی از مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی انجام گردیده است، از این‌رو پژوهش‌های طولی می‌توانند اطلاعات بیشتری در این زمینه فراهم سازند. سرانجام، در این پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی برای بررسی سلامت روان مادران کودکان مبتلا استفاده شد، از این‌رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از ابزارهای اختصاصی‌تری جهت بررسی سلامت روان استفاده شود.
- منابع**
- 1- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5thed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- ۲- مدنی، اعظم‌سادات؛ حیدری‌نسب، لیلیا؛ یعقوبی، حمید و رستمی رضا (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی نوروفیدبک در کاهش نشانه‌های نقص توجه و تمرکز و کاهش بیش‌فعالی در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD). *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۲۱، صص. ۹۸-۸۵.
- 3- Fabiano, G. A., Schatz, N. K., Aloe, A. M., 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, pp. 77-97.
- 4- Huang, C. L., Weng, S., & Ho, C. (2016). Gender ratios of administrative prevalence and incidence of Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) across the lifespan: A nationwide population-based study in Taiwan. *Psychiatry Research*, 244, pp. 382–387.
- 5- Brahmabhatt, K., Hilty, D. M., Hah, M., Han, J., Angkustsiri, K., & Schweitzer, J. B. (2016). Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder during adolescence in the primary care setting: A concise review. *Journal of Adolescent Health*, 59, pp. 135-143.
- 6- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2016). *Abnormal child psychology (6thed)*. Boston, MA: Cengage Learning.
- 7- Schulz, R., McGinnis, K. A., Zhang, S., Martire,

- فعال، کمبود توجه. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۶، صص. ۵۱۰-۴۹۷.
- 27-Elis, A. (2010). Rational emotive behavior therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds). *Current Psychotherapies (196-223)*. USA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- 28-Vernon, A. (2016). Counseling and psychotherapy: Theories and interventions (Eds). In D. Capuzzi & M. D. Stauffer. *Rational emotive behavior therapy*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- 29-Tavakolizadeh, J., Dashti, S., & Panahi, M. (2012). The effect of rational-emotional training on mothers' mental health condition of children with mental retardation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 69, pp. 649 – 658.
- 30-Matin, A., Yoosefi, M., Afrooz, G. A., & Dezhkam, M. (2012). The effect of group rational emotive behavior restructuring on mental health of parents of exceptional children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, pp. 1872 – 1875.
- 31-Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, pp. 139-145.
- ۳۲- تقوی، سیدمحمد رضا (۱۳۸۰). بررسی روائی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q). *مجله روان‌شناسی*، ۲۰، صص. ۳۹۸-۳۸۱.
- 33-Lezak, M. D., Howieson, D. B. & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- 34-Krikorian, R., Bartok, J. & Gay, N. (1994). Tower of London procedure: A standard method and developmental data. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16, pp. 840-850.
- ۳۵- میرز، لاورنس، اس؛ گامست، گلن و گارینو، ا. جی (۲۰۰۶). پژوهش چندمتغیری کاربردی: طرح و تفسیر. ترجمه حسن-پاشا شریفی، ولی‌الله فرزاد، سیمین‌دخت رضاخانی، حمیدرضا حسن‌آبادی، بلال ایزانلو و مجتبی حبیبی (۱۳۹۲). تهران: انتشارات رشد.
- 36-Ciff, S., Rus, A. V., Butterfield, M. E., & Parris, S. R. (2015). Effects of rational-emotive behavior therapy on Romanian foster parents' psychological functioning and their perceived parenting. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, 50, pp. 209-224.
- (2016). Mother-child communication: The influence of ADHD symptomatology and executive functioning on paralinguistic style. *Frontiers in Psychology*, 7, p. 1203.
- 18-Joyner, K. B., Silver, C. H., Stavinoha, P. L. (2009). Relationship between parenting stress and ratings of executive functioning in children with ADHD. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 27, pp. 452-464.
- 19-Hutchison, L., Feder, M., Abar, B., & Winsler, A. (2016). Relations between parenting stress, parenting style, and child executive functioning for children with ADHD or autism. *Journal of Child and Family Studies*, 25, pp. 3644-3656.
- 20-Hughes, C., Leboyer, M., & Bouvard, M. (1997). Executive function in parents of children with autism. *Psychological Medicine*, 27, pp. 209-220.
- ۲۱- زارعی، شکوفه؛ شریف، فرخنده؛ علوی‌شوشتری و وثوقی (۱۳۹۳). تأثیر آموزش مدیریت استرس بر سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی نقص توجه. آموزش پرستاری، ۳، صص. ۶۷-۵۸.
- 22-Chronis, A. M., Gamble, S. A., Roberts, J. E., Pelham, W. E. (2006). Cognitive-behavioral depression treatment for mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 37, pp. 143-158.
- ۲۳- عبدالکریمی، ماندانا؛ موسوی، ولی‌الله؛ کوشا، مریم و خسروجاوید، مهناز (۱۳۹۱). تأثیر آموزش «شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار» بر میزان افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۲، صص. ۵۶-۴۵.
- ۲۴- کردستانی، داود (۱۳۹۳). تأثیر آموزش رفتاری والدین بر سلامت عمومی مادران کودکان با اختلال نارسائی توجه/بیش‌فعالی و کاهش مشکلات برون‌ریزانه این کودکان. *مجله علوم رفتاری*، ۸، صص. ۲۲-۲۱.
- 25-Chronis-Tuscano, A., Clarke, T. L., O'Brien, K. A., Raggi, V. L., Diaz, Y., Mintz, A. D., Rooney, M. E., Knight, L. A., Seymour, K. E., Thomas, S. R., Seeley, J., Kosty, D., & Lewinsohn, P. (2013). Development and preliminary evaluation of an integrated treatment targeting parenting and depressive symptoms in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, pp. 918-925.
- ۲۶- جعفری، بهناز سادات؛ موسوی، رقیه؛ فتحی‌آشتیانی، علی و خوشایبی، کتابون (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش