

Summer 2021, Volume 7, Issue 4

The Survey of the Relationship between Family Functioning and Caring Burden of Parents with Children with ADHD

Kurd Z¹, Dashtbozorgi B^{2*}, Riahi F³, Latifi SM⁴

1- MSc Student of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2- Nursing Instructor, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychiatry, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4 Assistant Professor of Statistics, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Corresponding author: Dashtbozorgi B, Nursing Instructor, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

E-mail: bahnurse@ajums.ac.ir

Received: 14 Feb 2020

Accepted: 18 Dec 2020

Abstract

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric disorders. Children with this disorder put a lot of stress on their parents. The aim of this study was to determine the relationship between family function and the care burden of parents of children with ADHD.

Methods: In this cross-sectional study, the population included Families with a child with ADHD who referred to a specialized child psychiatric clinic. 30 families were selected by the available sampling method and were researched. Data collection tools included Family Function Assessment (FAD) and Zarit care burden Questionnaires.

Results: Among the children studied, 21 were boys (70%) and 9 were girls (30%). 93.3% (28 children) experienced severe ADHD. 80.1% of families (24 families) had an unhealthy function. Also, 47.2% (14 families) experienced severe care burdens. There was a significant relationship between overall family function and the amount of care burden ($P = 0.0001$).

Conclusions: Due to the relationship between family function and care burden, factors affecting family function should be identified. Better family function in controlling ADHD, will reduce the severity of behavioral symptoms and reduce the care burden of the family.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Family Function, Care Burden.

بررسی رابطه کارکرد خانواده با میزان بار مراقبتی تجربه شده والدین دارای کودک مبتلا به اختلال ADHD

زهرا کرد^۱، بهمن دشت بزرگی^{۲*}، فروغ ریاحی^۳، سید محمود لطیفی^۴

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
- ۲- مربی پرستاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
- ۳- دانشیار گروه روانپرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
- ۴- استادیار گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: بهمن دشت بزرگی، مربی پرستاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

ایمیل: bahnurse@ajums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۱۸

چکیده

مقدمه: اختلال کمبود توجه - بیش فعالی یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی است. تاثیر اختلال کودکان بر روی سلامت روان خانواده ها کاملاً بارز و مشخص است. هدف از این مطالعه، تعیین رابطه بین کارکرد خانواده و بار مراقبتی والدین دارای کودک مبتلا به بیش فعالی بوده است.

روش کار: در این مطالعه تحلیلی- مقطعی، جامعه پژوهش عبارت بود از خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با فرزند آنها که به درمانگاه تخصصی روانپزشکی کودک مراجعه می کردند. از میان آنها ۳۰ خانواده بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و مورد پژوهش قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده (FAD) و پرسشنامه بار مراقبتی زریب بود.

یافته ها: از میان کودکان مورد مطالعه، ۲۱ نفر پسر (۷۰ درصد) و ۹ نفر دختر (۳۰ درصد) بودند. ۹۳/۳٪ درصد (۲۸ کودک) اختلال بیش فعالی را در حد شدید تجربه می کردند. ۸۰/۱ درصد خانواده ها (۲۴ خانواده) عملکرد ناسالم داشت و ۴۷/۲ درصد (۱۴ خانواده) بار مراقبتی شدیدی را تجربه می کردند. بین کارکرد کلی خانواده و میزان بار مراقبتی تجربه شده توسط آنها رابطه معنی دار مشاهده شد ($P = 0/0001$).

نتیجه گیری: با توجه به وجود رابطه بین کارکرد خانواده و بار مراقبتی والدین کودک مبتلا به بیش فعالی، می بایستی با شناخت عوامل موثر بر کارکرد خانواده و کمک به عملکرد بهتر خانواده در کنترل اختلال بیش فعالی، هم به کاهش شدت نشانه های رفتاری و هم به کاهش بار مراقبتی تجربه شده توسط خانواده کمک کرد.

کلیدواژه ها: اختلال کمبود توجه- بیش فعالی، کارکرد خانواده، بار مراقبتی.

مقدمه

مهار رفتارهای تکانشی است (۱). گزارش ها در مورد میزان شیوع ADHD در ایالات متحده آمریکا از ۲ تا ۲۰ درصد در کودکان دبستانی متغیر است و به طور محتاطانه این میزان را حدود ۳ تا ۵ درصد کودکان دبستانی قبل از سن بلوغ می دانند (۲). در بررسی های گوناگون انجام شده در ایران، میزان شیوع کلی این اختلال در دامنه ی وسیعی از ۱/۲ تا ۲۲/۴ درصد، در پسران از ۵/۴۲ تا ۱۸/۱ درصد و برای دختران از ۱/۸ تا ۱۴/۳ درصد گزارش شده است (۳). ویژگی اصلی

اختلال بیش فعالی-کمبود توجه (ADHD) یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی است که کودکان، نوجوانان و بزرگسالان سراسر جهان را مبتلا کرده است و مشخصه ی آن کاهش الگوی پایدار توجه و افزایش تکانشگری و بیش فعالی است، اغلب این کودکان، دارای مشکلاتی در قلمرو توجه هستند، همچنین ویژگی دیگر این کودکان ناتوانی در

این اختلال، ناتوانی در مهار رفتار نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، بی‌قراری حرکتی و برانگیختگی برای والدین، معلمان و همسالان تحمل‌ناپذیر است (۴). این اختلال برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکلات زیادی ایجاد میکند و بر عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی و خانوادگی و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و زناشویی آنان تأثیر می‌گذارد (۵). در صورت عدم درمان، مشکلاتی را در مدرسه و به شکل مشکلات رفتاری باعث خواهد شد. همچنین این افراد از نظر بروز رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد در ریسک بالاتری قرار دارند (۶). مشکلات رفتاری و نشانه‌های ADHD در دوره انتقال از دبستان به دوره تحصیلی بعدی بیشتر میشود (۷). والدین نیز به مشکلات رفتاری قابل توجه کودکان مبتلا به ADHD خود اذعان دارند (۸). این موارد و مشکلات بیانگر توجه به علل و عوامل موثر ایجاد و تداوم مشکلات رفتاری این اختلال است.

شواهد زیادی از نقش چشمگیر عوامل ژنتیک در بروز ADHD از مطالعات خانوادگی حاصل شده و یافته‌های موجود حاکی از آن است که در ADHD ژنتیک نقش مهمی را بازی می‌کند. همچنین در افراد مذکر، خانواده‌هایی که از نظر اجتماعی و اقتصادی در منزلت پایین قرار دارند، کودکان شهرنشین و کودکانی که دارای مادرانی با مدارک بسیار پایین یا خیلی بالا هستند نسبت به سایر افراد شایعتر است (۹). می‌توان گفت که علل خانوادگی در بروز علائم این اختلال نقش مهمی را بازی می‌کند و از طرفی بعنوان پیامدی از این اختلال می‌توان به تأثیرات آن بر خانواده نیز اشاره کرد. جانستون در تحقیقی تعامل بین والدین و کودکان مبتلا به ADHD را مورد بررسی قرار داده و مشاهده کرد که این والدین واکنش‌های منفی تری در برخورد با کودکانشان نشان می‌دادند و شیوه‌های مثبت کمتری اتخاذ می‌کردند (۱۰). بارکلی و گانینگهام در تحقیقی نشان دادند که مادران کودکان ADHD یک سبک کنترل‌کننده‌تر و بیشتر حالت انتقادکننده داشتند و ارتباط متقابل اجتماعی کمتری را اتخاذ می‌کردند و کمتر به کودکانشان پاسخ می‌دادند (۱۱). عواملی نظیر روابط ضعیف والدین و کودک، پدری با خلق متغیر، والدین خیلی مشغول به کار، آسیب‌شناسی روانی والدین و مشکلات در روابط بین پدر و مادر، در علائم ADHD مؤثر تشخیص داده شده‌اند (۱۲). مشکلات رفتاری کودکان در سالهای اولیه زندگی با رفتار و ارتباط منفی مادر

و استرس او در ارتباط است (۱۳) و از این طریق رفتار مشکل‌ساز کودک موجب کاهش اعتماد به نفس مادر می‌شود (۱۴). در حقیقت، مشکلات رفتاری کودکان به طور عمیقی بر روابط و کنش‌های خانواده اثر می‌گذارد (۱۵). در حقیقت می‌توان گفت که هم این بیماران از خانواده تأثیر می‌پذیرند و هم خانواده‌ها از کودکشان.

این کودکان به واسطه همه مشکلاتی که دارند، فشار و استرس عمده‌ای بر والدین خود وارد می‌کنند (۱۶). تأثیر اختلال کودک بر سلامت روان خانواده‌ها کاملاً بارز و مشخص است. در خانواده‌های کودکان مبتلا به ADHD، تنیدگی والدین، جدایی والدین، خشم، افسردگی و انزوا بیشتر است (۱۷). از سوی دیگر، والدین کودکان مبتلا به ADHD، فشار روانی بیش از حدی را تجربه میکنند و افسردگی، احساس محدودیت، ناکامی بالا، توانایی و اعتماد به نفس پایین و نیز اختلاف زناشویی در بین آنها مشاهده میشود (۵). در مطالعه‌ای با عنوان الگوهای بین‌واکنش والدین کودکان ADHD مشخص گردید که والدین کودکان مبتلا به این اختلال بار مراقبتی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی تحمل می‌کنند (۱۸). ناراحتی‌های روانی و واکنش‌های منفی در والدین دارای کودک ADHD نسبت به والدین عادی بیشتر است و نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به ADHD با درخواست‌های والدین کمتر سازگاری دارند، از کار کردن طفره می‌روند و رفتارهای منفی آنها باعث ایجاد تنش در والدینشان می‌شود (۱۹). در مطالعه صدیقی و رحیم‌پور (۱۳۹۶)، نیز نشان داده شده که در خانواده‌های کودکان مبتلا به ADHD، تنیدگی والدین، جدایی والدین، خشم، افسردگی و انزوا بیشتر است (۱۷). همچنین مطالعه دنفورث (۲۰۰۶) نشان داد که والدین کودکان مبتلا به ADHD، فشار روانی بیش از حدی را تجربه میکنند و افسردگی، احساس محدودیت، ناکامی بالا، توانایی و اعتماد به نفس پایین و نیز اختلاف زناشویی در بین آنها مشاهده میشود (۵). همچنین مطالعه رونیز و همکاران (۲۰۱۵) در آمریکا نشان داد والدینی که از کودک مبتلا به بیش‌فعالی نگهداری و مراقبت می‌کنند، در زمینه‌های اقتصادی و اشتغال دچار فشار بار مراقبتی هستند (۲۰). استرس والدگری ممکن است به کاهش سلامت روانی و بهزیستی والدین منجر شود. آسیب والدین و رفتار و استرس والدگری عوامل خطر مهمی در پیامد رشدی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی است، از طرفی زندگی با کودک دارای اختلال یا ناتوانی،

و اهمیت بالای توجه به میزان استرس و بارمراقبتی والدین دارای کودک دچار ADHD و اهمیت کارکرد سالم خانواده، این مطالعه با هدف تعیین رابطه بین کارکرد خانواده و بار مراقبتی کودکان مبتلا به ADHD طراحی شد.

روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه تحلیلی مقطعی بود. در این پژوهش محیط عبارت بود از درمانگاه فوق تخصصی روانپزشکی کودکان و نوجوانان بیمارستان گلستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و جامعه پژوهش عبارت بود از کلیه خانواده های دارای فرزند مبتلا به ADHD به همراه کودکان آنها که در طی دوره انجام مطالعه به محیط پژوهش مراجعه می کردند. حجم نهایی نمونه پس از انجام یک مطالعه پایلوت بر روی ۱۵ خانواده دارای ویژگیهای ورود به مطالعه، محاسبه شد. براساس نتایج حاصل از مطالعه پایلوت، ضریب همبستگی بارمراقبتی با عملکرد خانواده برابر با $0/60$ بدست آمد. بر اساس محاسبه حجم نمونه برای ضریب همبستگی با $\alpha=0/05$ و $\beta=0/05$ و با استفاده از فرمول های $n=[(Z1-\alpha/2+Z1-\beta)+C]^2+3$ و $c=1/2\text{Ln}(1+r/1-r)$ حجم نمونه نهایی ۳۰ خانواده بدست آمد که بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. ویژگی های ورود به مطالعه عبارت بودند از: عدم وجود اختلال روانی عمده تشخیص داده شده دیگر در کودک مبتلا به ADHD مانند اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، عدم وجود بیماری عمده جسمی مانند صرع، ناهنجاری های جسمی، عدم ابتلا به عقب ماندگی ذهنی در کودک، سن کودک بین ۶ تا ۱۷ سال و داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه و معیار خروج از مطالعه عبارت بود از پرسشنامه هایی که بطور ناقص پر شده بودند. روش گردآوری داده ها در این مطالعه بصورت میدانی و با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک و ۲ پرسشنامه بود. پرسشنامه های مورد استفاده در این مطالعه عبارتند بودند از: پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده (FAD) مک مستر، اپشتین، بالدوین و بیشاب و پرسشنامه بار مراقبتی زریب. پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده (FAD) در سال ۱۹۸۳ توسط بی شاپ، بالدوین و اپشتین به منظور سنجش عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک مستر تدوین شد. این ابزار درک هریک از اعضاء خانواده از عملکرد خانواده را به صورت خودگزارشی می سنجد و اعضاء خانواده دارای

اغلب به صورت عاملی تنش زا برای خانواده درک شده و همه جنبه های خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد (۲۱). توان مقابله و کنار آمدن خانواده با استرس های ایجاد شده بسیار مهم و ضروری است. خانواده با کارکرد سالم خود می تواند این امر را تحقق ببخشد.

توجه به عملکرد خانواده های دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی برای متخصصین حوزه بهداشت روان اهمیت زیادی دارد. در مطالعه درتاج و محمدی مشخص شد که تفاوت بین عملکرد خانواده های دارای کودک مبتلا به این اختلال در مقایسه با خانواده هایی که داری چنین کودکانی نیستند در همه ابعاد عملکردی (حل مساله، ارتباط، نقش ها، همراهی عاطفی، کنترل رفتار، آمیزش عاطفی و عملکرد کلی) ناسالم تر بود (۲۲). پس می توان گفت که شرایط، عملکرد و تطابق خانواده در این اختلال بسیار مهم و توجه به کارکرد خانواده، امری ضروری است. مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که دانش آموزان مبتلا به ADHD، نسبت به دانش آموزان عادی از روابط خانوادگی ناپایدارتری برخوردارند (۲۳). مطالعه لارسن و همکاران (۲۰۱۶)، نشان داد که عملکرد خانواده های دارای کودک مبتلا به ADHD عملکرد خانوادگی ناسالمتری نسبت به خانواده هایی دارند که کودک آنها سالم است (۲۴). این در حالیست که مطالعه مژگان تقاضا و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که از نظر جو عاطفی موجود در خانواده بین خانواده های دارای کودک مبتلا به بیش فعالی و خانواده های دارای کودک سالم اختلاف معنی داری وجود ندارد (۲۵). نتایج مطالعات نشان داد خانواده هایی که از انسجام یا همبستگی بیشتر، ارتباط بهتر بین اعضای خانواده با پدر و مادر و رضایت بیشتر تر از وضعیت خانواده برخوردارند، اعضایشان از میزان سرسختی بالاتری برخوردار هستند و می توانند با تنش های ایجاد شده در خانواده مقابله کنند (۲۶). تعامل دوسویه کودک مبتلا به بیش فعالی و خانواده که هم با ایجاد فشار متقابل تهدیدی برای سلامتی و هم با کمک و همیاری متقابل فرصتی برای ارتقاء سلامت خانواده و کودک است، برای روانپستاران که توجه به خانواده و کودکان مبتلا به اختلالات روانی از جمله وظایف حرفه ای آنها است، از توجه ویژه ای برخوردار است. لذا مطالعه و پژوهش در این زمینه می تواند اطلاعات لازم برای برنامه ریزی در حوزه سلامت و سطوح پیشگیری در حوزه بهداشت روان را تأمین کند. با توجه به مطالب فوق

در سال ۱۳۸۳ توسط نویدیان و همکاران، با توجه به شرایط فرهنگی کشور ایران، به انجام رسیده است که روایی آن از طریق اعتبار محتوا و پایایی آن را با استفاده از آزمون مجدد، مورد بررسی قرار داده که ضریب پایایی آن ۹۴ درصد به دست آمد (۳۰). پژوهشگران پس از تصویب موضوع در معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی اهواز و تأیید معاونت پژوهشی دانشگاه و کسب مجوز از کمیته اخلاق، همراه با معرفی نامه رسمی از دانشکده و مسئولین ذیربط به درمانگاه تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان گلستان اهواز مراجعه کرده و پس از معرفی خود به مسئولین مربوطه و کسب اجازه لازم از آنها، اقدام به نمونه گیری نمودند. پژوهشگران خود را به واحدهای مورد پژوهش معرفی و توضیحات کافی در خصوص پژوهش، اهداف و روش اجرای آن داده شد. از آنجائیکه والدین پرسشنامه ها را تکمیل می کردند، از آنها رضایت نامه آگاهانه و کتبی کسب و پرسشنامه های تحقیق در اختیار آنها قرار داده شد. پس از تکمیل پرسشنامه ها اقدام به جمع آوری و استخراج نتایج از آنها شد. جهت توصیف داده ها از میانگین و انحراف استاندارد (یا میان و دامنه میان چارکی) در متغیر های کمی و از فراوانی و درصد در متغیر های کیفی و جهت تحلیل داده ها در جهت ارتباط سنجی بین متغیرها از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته و از برنامه آماری SPSS نسخه ۲۲ جهت آنالیز استفاده شد. محققین تلاش نموده اند که در تمامی مراحل این پژوهش موازین و ملاحظات اخلاق در پژوهش را رعایت نمایند. این پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، کد IR.AJUMS.REC.1398.348 را دریافت داشته است.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که از نظر تحصیلات، ۸۶/۷ درصد مادران (۲۶ نفر) در سطح ابتدایی و ۸۶/۷ درصد پدران (۲۶ نفر) در سطح دیپلم و زیر دیپلم بودند. از نظر وضعیت اشتغال ۵۳/۳ درصد پدران (۱۶ نفر) شغل آزاد و ۹۳/۳ درصد مادران (۲۸ نفر) خانه دار بودند. از نظر منبع درآمد ۶۰ درصد خانواده ها (۱۸ نفر) از طریق آزاد کسب درآمد می کردند. از نظر جنسیت کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی ۷۰ درصد کودکان مورد مطالعه (۲۱ نفر) پسر بودند. از نظر کارکرد خانوادگی، ۸۰/۱ درصد خانواده ها (۲۴ خانواده)

سن بالای ۱۲ سال مجاز به تکمیل پرسشنامه هستند پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال در ۷ بعد شامل عملکرد عمومی ۱۲ سؤال، حل مسئله ۶ سؤال، ارتباط ۹ سؤال، نقش ها ۱۱ سؤال، آمیختگی عاطفی ۷ سؤال، کنترل رفتار ۹ سؤال، و پاسخ دهی عاطفی ۶ سؤال میباشد. نمره گذاری در این پرسشنامه بر اساس مقیاس چهار درجه ای لیکرت کاملاً موافقم (۱)، موافقم (۲)، مخالفم (۳) و کاملاً مخالفم (۴) صورت می گیرد. میانگین نمرات والدین در هر خانواده به عنوان نمره عملکرد خانواده محاسبه شده و در خانواده هایی که فقط یکی از والدین پرسشنامه را تکمیل کرده باشد، نمرات عملکرد وی به عنوان عملکرد خانواده لحاظ می شود. نقطه برش این پرسشنامه برای عملکرد کلی عدد ۲ می باشد. کسب نمره بالاتر نشانه کارکرد ناسالم است. از نظر روایی و پایایی در مطالعات قبلی مشخص شد که تمام هفت مقیاس درونی آن همسانی درونی قابل توجهی دارند (آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۹۲) اعتبار و بازآزمایی آن در عرض یک هفته رضایت بخش بود (۰/۶۶ تا ۰/۷۶). در پژوهش ملک خسروی (۱۳۸۲) بین خرده مقیاس های آن آلفای کرونباخ ۰/۵۱ تا ۰/۹۴ به دست آمد و همچنین بین تمام خرده مقیاسها و عملکرد کلی خانواده همبستگی ۰/۴۷ تا ۰/۹۷ به دست آمد (۲۷). پرسشنامه بارمراقبتی زیریت در سال ۱۹۹۸ توسط زریب و همکاران جهت اندازه گیری فشار مراقبتی ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۲ سؤال در مورد فشارهای شخصی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی است که توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه با مراقبین خانوادگی تکمیل شد. پاسخ مراقبین برای هر عبارت در یک مقیاس لیکرت پنج گزینه ای (هرگز تا همیشه) اندازه گیری شد که به ترتیب از صفر تا چهار نمره گذاری شد. واحدهای مورد پژوهش در پاسخ به هر سؤال یکی از حالات هرگز (امتیاز ۰)، به ندرت (امتیاز ۱)، بعضی اوقات (امتیاز ۲)، اغلب (امتیاز ۳) و همیشه (امتیاز ۴) را انتخاب کردند. بر این اساس، مجموع نمرات حاصل از ۰ تا ۸۸ متغیر است. نمره ی پایین تر، نشان دهنده ی فشار مراقبتی کمتر است. مجموع امتیازات کسب شده توسط هر مراقب، فشار مراقبتی او را نشان می داد (۲۸). پایین ترین امتیاز بار مراقبتی، صفر به معنای عدم بار مراقبتی و بالاترین امتیاز، ۸۸ به معنای بیشترین بار مراقبتی است. امتیاز ۶۱-۸۸ نشان دهنده بار مراقبتی شدید، ۳۱-۶۰، بار مراقبتی متوسط و کمتر از ۳۰ بار مراقبتی خفیف می باشد (۲۹). روایی و پایایی این پرسشنامه

زهرا کرد و همکاران

در حد شدید را تجربه می کردند (۱۴ خانواده). سایر اطلاعات مربوط به میزان بار مراقبتی خانواده های مورد مطالعه در (جدول ۲) آمده است.

در خصوص ارتباط بین کارکرد خانواده و میزان بار مراقبتی تجربه شده در خانواده های دارای کودک مبتلا به بیش فعالی مورد مطالعه، نتایج حاصل از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن، نشان داد که بین دو متغیر کارکرد خانواده و میزان بار مراقبتی تجربه شده خانواده در واحدهای مورد مطالعه همبستگی مثبت و معنی دار برابر با $(I=+ ۰/۶۳۱)$ وجود دارد $(p < ۰/۰۰۱)$.

کارکرد کلی خود را در حد ناسالم گزارش کردند. بالاترین سطح کارکرد سالم خانواده ها، ۳۶/۶ درصد در ابعاد حل مساله و روابط خانوادگی بوده است (۱۱ خانواده). همچنین بالاترین سطح کارکرد ناسالم خانواده ها، ۹۰/۱ درصد در بعد کنترل رفتاری بوده است (۲۷ خانواده). سایر اطلاعات مربوط به کارکرد خانواده های مورد مطالعه در (جدول ۱) آمده است.

از نظر میزان بار مراقبتی تجربه شده توسط خانواده های مورد مطالعه، نتایج نشان داد که ۴۷/۲ درصد خانواده های دارای کودک مبتلا به بیش فعالی مورد مطالعه بار مراقبتی

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد نوع کارکرد خانواده های مورد پژوهش بر اساس کارکرد کلی و ابعاد آن

نوع عملکرد	کارکرد سالم		کارکرد ناسالم	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
ابعاد کارکرد خانواده				
حل مساله	۱۱	۳۶/۶	۱۹	۶۳/۴
روابط	۱۱	۳۶/۶	۱۹	۶۳/۴
نقشها	۹	۱۲	۲۱	۸۸
پاسخگویی اثربخش	۹	۱۲	۲۱	۸۸
درگیری اثربخش	۶	۱۹/۹	۲۴	۸۰/۱
کنترل رفتاری	۳	۹/۹	۲۷	۹۰/۱
کارکرد کلی	۶	۱۹/۹	۲۴	۸۰/۱

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد واحدهای مورد پژوهش بر اساس میزان بار مراقبتی تجربه شده توسط خانواده

فشار مراقبتی	فراوانی	درصد
شدید	۱۴	۴۷/۲
متوسط	۱۲	۳۹/۶
خفیف	۴	۱۳/۲
کل	۳۰	۱۰۰

دخترها است (۳۱). ساندبرگ و همکاران نیز در پژوهش خود ذکر نمودند که میزان شیوع در پسرها به مراتب شایعتر از دخترها می باشد (۳۲). توکلی زاده و یوسفی جنسیت را مهمترین عامل خطر معرفی کرده و خاطر نشان کردند نشانه های اختلال رفتاری در پسران جدی تر و شدیدتر از دختران بوده است. گمان می رود تأثیرات هورمونی و نقش خانواده از نظر آزادی بیشتر به پسران و در مقابل ایجاد محدودیت های بیشتر برای دختران در افزایش شیوع این اختلال در پسران تأثیرگذار بوده است (۳۳). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثر خانواده های مورد مطالعه عملکرد خانوادگی ناسالم داشتند. این عملکرد ناسالم

بحث

در خصوص یافته های دموگرافیک این مطالعه بایستی اشاره شود که تفاوت ها در جامعه، نوع مطالعه، محیط مطالعه و سایر متغیرها می تواند اختلاف و تفاوت های مشاهده شده را توجیه کند، ولی از نظر آماری مقایسه نتایج می تواند مفید باشد، هرچند روی تفاوت ها تأکید نمی شود. در این مطالعه، از نظر جنسیت تعداد پسران مبتلا به اختلال بیش فعالی بیشتر از دخترها بود. در مطالعات مختلف نیز این نتیجه بدست آمده است. مطالعه انجام شده در هنگ کنگ نشان داد که میزان شیوع این اختلال در پسرها بیشتر از

در همه ابعاد عملکرد خانواده به چشم می خورد. بیشترین کاهش عملکرد در بعد کنترل رفتاری است. مطالعه صورت گرفته توسط درتاج و محمدی (۱۳۸۹) در تبریز نیز نشان داد که عملکرد خانواده کودکان دارای ADHD با عملکرد خانواده های کودکان بدون ADHD در همه بعدها (حل مساله، ارتباط، نقش ها، همراهی عاطفی کنترل رفتار، آمیزش عاطفی و عملکرد کلی) تفاوت معنادار داشت. این تفاوت بیانگر عملکرد ناسالم تر خانواده های دارای کودک مبتلا به ADHD بود (۱۷)، همچنین در مطالعه کیمیایی و بیگی در مشهد نشان داده شد که کارکرد خانوادگی مادران دارای کودکان ADHD به مراتب ضعیف تر از مادران دارای فرزند سالم است (۳۴). همچنین مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که دانش آموزان دارای اختلال ADHD، نسبت به دانش آموزان عادی از روابط خانوادگی ناپایدارتری برخوردارند (۲۳). مطالعه لارسن و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد که عملکرد خانواده های دارای کودک مبتلا به ADHD عملکرد خانوادگی ناسالمتری نسبت به خانواده هایی دارند که کودک آنها سالم است (۲۴). با توجه به نتایج بدست آمده در مطالعات ذکر شده می توان نتیجه گرفت که نتایج آنها با مطالعه حاضر همسو است. این در حالی است که مطالعه مژگان تقاضا و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که از نظر جو عاطفی موجود در خانواده، بین خانواده های دارای کودک مبتلا به بیش فعالی و خانواده های دارای کودک سالم اختلاف معنی داری وجود ندارد (۲۵)، از آنجائیکه یکی از مولفه های کارکرد خانواده، پاسخگویی عاطفی است، می توان گفت نتایج آن با مطالعه حاضر همسو نیست. در خصوص این تفاوت می توان گفت که این مطالعه بیشتر اثر بر والدین را در بر می گرفت و خروجی آن که کارکرد است را مورد سنجش قرار نداده است. عملکرد والدین بر رفتار و هیجانات کودکان تاثیر دارد. مطالعات نشان داده اند که تعاملات درون خانوادگی در خانواده های دارای کودک مبتلا به ADHD با سطوح بالایی از ناسازگاری و ناهماهنگی همراه است (۲۳). شرایط، عملکرد و تطابق خانواده در این اختلال بسیار مهم و توجه به کارکرد خانواده، امری ضروری است. در حقیقت می توان گفت که هم این بیماران از خانواده تاثیر می پذیرند و هم خانواده ها از کودکانشان. تعامل دوسویه کودک مبتلا به ADHD و خانواده که هم با ایجاد فشار متقابل تهدیدی برای سلامتی و هم با کمک و همیاری متقابل فرصتی برای ارتقاء سلامت خانواده

و کودک است، بایستی مورد توجه قرار گیرد. با آموزش و کمک به خانواده های دارای کودک مبتلا به ADHD می توان گامی مثبت در جهت کنترل این اختلال برداشت. در کل نتایج مطالعه حاضر حاکی از وجود میزان بار مراقبتی بالا در خانواده هایی است که از کودکان مبتلا به ADHD مراقبت و نگهداری می کنند. نتایج مطالعات مختلف از وجود این فشار در تمام ابعاد روانشناختی خانواده ها حکایت دارد. نتایج مطالعه فرخزادی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که شیوع بالای اختلالات در والدین کودکان مبتلا به ADHD بیانگر این است که والدین کودکان دارای اختلال ADHD دارای سلامت روانی کم تری نسبت به والدین کودکان سالم می باشند (۳۵). این امر بیانگر فشار روانی بالایی است که این والدین تجربه می کنند. در مطالعه صدیقی و رحیم پور (۱۳۹۶)، نیز نشان داده شده که در خانواده های کودکان مبتلا به ADHD، تنیدگی والدین، جدایی والدین، خشم، افسردگی و انزوا بیشتر است (۱۷). همچنین مطالعه دنفورث (۲۰۰۶) نشان داد که والدین کودکان مبتلا به ADHD، فشار روانی بیش از حدی را تجربه میکنند و افسردگی، احساس محدودیت، ناکامی بالا، توانایی و اعتماد به نفس پایین و نیز اختلاف زناشویی در بین آنها مشاهده میشود (۵). همچنین مطالعه رونیز و همکاران (۲۰۱۵) در آمریکا نیز نشان داد والدینی که از کودک مبتلا به ADHD نگهداری و مراقبت می کنند، در زمینه های اقتصادی و اشتغال دچار فشار بار مراقبتی هستند (۲۰). با توجه به نتایج بدست آمده در مطالعات ذکر شده، می توان بیان داشت که نتایج آنها با نتایج مطالعه حاضر همسو است. حضور کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی در خانواده، درخواست های مضاعفی را بر والدین تحمیل می کند و باعث افزایش فشار روانی و انواع مشکلات روانشناختی در این والدین می شود. تاثیر اختلال بیش فعالی کودکان بر روی سلامت روان خانواده ها کاملاً بارز و مشخص است. استرس والدگری ممکن است به کاهش سلامت روانی و بهزیستی والدین منجر شود و آنها انواع و اقسام اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی را تجربه کنند که در مطالعات مختلف به آن اشاره شده است. مشکلات رفتاری و نافرمانی کودک به عنوان یکی از جدی ترین مشکلات این کودکان تاثیر بسیاری بر سیستم و کارکرد خانواده میگذارد و از آن سو تاثیر غیرقابل تردید عملکرد والدین بر رفتار کودکان نیز وجود دارد، پدر و مادری که دچار استرس شدید باشند نمیتوانند وظایف

نشان داد که خانواده هایی که عملکرد ناسالم دارند، بار مراقبتی بیشتری را تجربه می کنند. در واقع داشتن کودک دارای اختلال بیش فعالی، موجب افزایش میزان استرس در والدین می شود. نتیجه پژوهش ها نشان می دهد زمانی که والدین این کودکان آموزش می بینند و فرزندانشان دارو مصرف می کنند، استرس آنها کاهش می یابد. این امر نشان دهنده نقش مهم عملکرد خانواده در کنترل فشارها و استرس های تجربه شده در خانواده است.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر خانواده های مورد مطالعه، عملکرد خانوادگی در حد ناسالم داشتند و بار مراقبتی زیادی را تجربه می کردند. همچنین نتایج بدست آمده بیانگر این است که بین دو متغیر کارکرد خانواده و بار مراقبتی ارتباط منفی و معنی دار وجود دارد. لذا فرضیه پژوهش مبنی بر وجود ارتباط بین کارکرد خانواده و میزان بار مراقبتی تجربه شده توسط والدین تایید می شود. در صورت کمک به خانواده های دارای کودک مبتلا به ADHD در جهت افزایش کارایی و عملکرد خانوادگی خود، می توان به کاهش بار مراقبتی آنها کمک کرد. بدلیل اینکه بسیاری از والدین کودکان خود را جهت درمان به روانپزشک ارجاع نمی دهند، هنوز درمانگاه های تخصصی از رجوع بالایی برخوردار نیستند و به همین دلیل برای تعمیم بهتر نتایج بهتر است از جامعه آماری وسیعتری برای دسترسی به این کودکان استفاده شود.

سیاسگزار

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی به شماره ثبت U-98082 و به تاریخ ثبت ۱۳۹۸/۰۵/۰۵ می باشد که در معاونت توسعه پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به ثبت رسیده است. بدین وسیله محققین کمال تشکر و قدردانی خود را از کلیه افراد و سازمان هایی که در انجام این پژوهش کمک کردند، اعلام می دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافع وجود ندارد.

خود را نسبت به فرزندانشان به درستی انجام دهند، مناسبانه هرچه مشکلات رفتاری کودکان بیشتر میشود این دسته از والدین استرس بیشتری پیدا میکنند و در نتیجه روش تربیتی ناموفق تری خواهند داشت که نتیجه ای بجز شدت یافتن این اختلال رفتاری در فرزندانشان به دنبال نخواهد داشت توجه سیستم های حمایتی جامعه به فشار روانی که این والدین تجربه می کنند، امری مهم و اجتناب ناپذیر است، چرا که این والدین به کمک حرفه ای برای سازگاری با وضعیت کودکان نیاز دارند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین دو متغیر کارکرد خانواده و میزان بار مراقبتی تجربه شده خانواده در واحدهای مورد پژوهش، همبستگی معنی دار وجود دارد. این همبستگی نشان می دهد که هر چقدر کارکرد خانواده پایین تر و ناسالم تر باشد، بار مراقبتی بیشتری تجربه می شود. این میزان ارتباط از نظر علمی از درجه اعتبار و اهمیت بالایی برخوردار است. در مطالعه روشن بین و همکاران (۱۳۸۶)، مشخص شد که آموزش فرزندپروری مثبت به مادران دارای کودک مبتلا به ADHD بر کاهش استرس والدگری آنها در مراقبت از کودک مبتلا تاثیر داشته است (۳۶). همچنین مطالعه علیزاده (۱۳۹۱) نشان داد که آموزش به والدین در خصوص چگونگی برخورد و کنترل این کودکان که بر روی عملکرد خانواده تاثیر گذاشت، بر کاهش استرس والدگری این خانواده ها تاثیر مثبت داشته است (۳۷). مطالعه لارسن و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد که استرس های تجربه شده توسط والدین دارای کودک مبتلا به ADHD با کارکرد خانواده ارتباط دارد (۲۴). با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، می توان گفت که نتایج کلیه مطالعات ذکر شده با مطالعه حاضر همسو است. عملکرد درست و موثر در زمینه کارکردهای یک خانواده سبب کاهش آثار و کنترل استرس های تجربه شده در خانواده می شود. یکی از استرس های تجربه شده در خانواده ابتلای یکی از اعضای خانواده به اختلال روانی است. آثار و عوارض ایجاد شده از ابتلای کودک به اختلالات روانی، استرس های زیادی را برای خانواده بویژه والدین ایجاد می کند و سبب می شود که آنها در سطح ناسالم عملکرد داشته باشند. عملکرد خانوادگی سالم در زمینه های مختلف می تواند استرس های تجربه شده را کاهش دهد. نتایج این مطالعه

References

1. KAPLAN & SADOCK'S SYNOPSIS OF PSYCHIATRY; Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Eleventh Edition 2015. translator to persian: Dr Farzin Rezaie. Tehran: Arjmand Publication; 2015.
2. Conner DF: Preschool attention deficit-hyperactivity disorder: A review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *Dev Behav Pediatr.* 2002; 23(1): 41 - 59. <https://doi.org/10.1097/00004703-200202001-00002>
3. BahramAbadi; Ganji Zare, The study of prevalence of attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) and its comorbidity with learning disorder (LD) in primary school's students. *Journal of Learning Disabilities*, summer 2014. Vol.3, No.4/143-150.
4. Hamidi F, Mohammadi Khorasani F. The Effectiveness Of Cognitive Behavioral Group Counseling Of Parents On The Behavioral Disorders Of Their Adhd Children. *Journal of Exceptional Children Empowerment.* Summer 2017; 8 (22): 50 - 60.
5. Danforth J, Harvey E, Wendy R, Ulaszek T, McKee T.E. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2006; 37(3):188-205. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.009>
6. Chronis A M, Lahey B B, Pelham Jr W E, Williams S H, Baumann B L, Kipp H, Rathouz P J. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental psychology.* 2007; 43(1): 70-82. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.70>
7. Sibley MH, Coxe SJ, Campey M, Morley C, Olson S, Hidalgo-Gato N, et al. High versus low intensity summer treatment for ADHD delivered at secondary school transitions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2018; 47(2):248-65. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1426005>
8. Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2018; 47(2):199-212. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860>
9. Gimpel GA, Kuhn BR: Maternal report of attention deficit- hyperactivity disorder symptoms in preschool children. *Child Care Health Dev.* 2000; 26(3):163-179. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2000.00126.x>
10. Alai v , A Moradi, S Alizadeh, The Investigating the relationship between psychosocial characteristics of the family and the symptoms Disorders of attention and active attention of children. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health Vol 6 , Spring & Summer 2004 No 21 & 22 P : 13-18.*
11. Carlson, C.L, Pelham, W.E, Milich, R and Dixon J. Single and combined effects performance of children ADHD. *J Abnorm Child psychol*, 1992: May: 20 (2). 213-232 . <https://doi.org/10.1007/BF00916549>
12. Barlow, D.H, Durand VM. *Abnormal psychology: an Integrative approach.* New York: Brooks/ cole 1995: 35-72.
13. Esbjørn BH, Normann N, Christiansen BM, Reinholdt-Dunne, ML. The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders.* 2018; 53:16-21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.11.002>
14. Azarnioshan B, Beh-Pajooch A, Ghobary Bonab B. The effectiveness of cognitive behavior-based play therapy on the behavioral problems among primary students with intellectual disabilities. *Journal of Exceptional Children.* 2012; 12(2):5-16. [in Persian].
15. Bulgan C, Ciftci A. Psychological adaptation, marital satisfaction, and academic self-efficacy of international students. *Journal of International Students.* 2017; 7(3):687-702. <https://doi.org/10.32674/jis.v7i3.294>
16. Johnston C, Jassy JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2007 May; 16(2):74-79.
17. Sadeghi M, Rahimpour T. The effect of resilience and psychological hardiness on mental health of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *JSR.* 2017 Sep 15; 18(1):30-7.
18. Johnston C. Parent characteristics and parent-child interactions in families of non problem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1996; 24(1): 85-104.

- <https://doi.org/10.1007/BF01448375>
19. Johnston C, Reynolds S, Freeman WS, Geller J. Assessing parent attributions for child behavior using open-ended questions. *J Child Psychol* 1998; 27: 87-97. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2701_10
 20. Ronis S D, Baldwin C D, Blumkin A, Kuhlthau K., Szilagyi P G. Patient-Centered Medical Home and Family Burden in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder . *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2015. July/August; 36(6): 417-25. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000161>
 21. Fazli N, Sajjadian I. The Effectiveness of Mindful Parenting Education on Child Behavior's Problems and Parenting Stress among Mothers with Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. Autumn 2016; 17 (3): 26-35.
 22. Dortaj FA, Mohammadi AK. Family Functioning in 7-15 year old Children with and without ADHD in Tabriz City. *Journal of Family Research*. 2010; 6(2): 211-216. [in Persian].
 23. Abbasi M, Dargah S, Karimi K, Dargahi A. Family relationships, quality of life, and resilience between students with attention deficit / hyperactivity disorder and normal students. *The breeze of health*. 2015 Oct 1; 3 (1): 12-20.[in Persian].
 24. Moen ØL, Hedelin B, Hall-Lord ML. Family functioning, psychological distress, and well-being in parents with a child having ADHD. *SAGE Open*. 2016 Jan 23;6(1):2158244015626767. <https://doi.org/10.1177/2158244015626767>
 25. Demand M, Abolmali Kh, Saberi H. Comparison of the emotional climate of hyperactive and normal children. *Behavioral Sciences*. 1391; 4 (11).
 26. Sharifi Kh, Arizi H, Namdari K. The relationship between family function and students' psychological hardiness. *Daneshvar Behavior*. 2005; 12(10): 85-94. [in Persian].
 27. Malekkhosravi, Gh. Family functioning in children with ADHD. MSc thesis , University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran. 1382.
 28. Avsar U, et al. Psychological and Emotional Status, and Caregiver Burden in Caregivers of Patients With Peritoneal Dialysis Compared With Caregivers of Patients With Renal Transplantation. *Transplantation proceedings*; 2013: 45(3):883-6. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2013.03.004>
 29. Tabrizi L , Nawab E , Farokhnezhad Afshar P , Asadi Noghabi A , Haqqan H . The effect of cognitive behavioral training interventions on family caregivers burden of care for the elderly Alzheimer's. *Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences Journal* 2015 ; 21 (1) : 1-2 . [in Persian]
 30. Birami B, Hekmati E, Soudmand M. The Comparison of families with children with ADHD with families with normal children. *Tabriz University Psychological Research, Quarterly*. 2010 winter; 4(16):27-47.[in Persian].
 31. Hughes A, Hedtke K, Kendall P. Family functioning in families of children with anxiety disorders. *J Fam Psychol*. 2009; 22 (2):325-8. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.325>
 32. Alishahi MJ, Dehbozorgi GH R, Dehghan B. Prevalence Rate of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among the Students of Primary Schools. *Tabibeshargh*. 2003;5(1):61-7. [in Persian].
 33. Shafaat A, Targari A. Prevalence of Depression Symptoms among Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Mazand Univ Med Sci*. 2012;22(1):66-72.[in Persian].
 34. Kimiaei S.A, Beygi F. Comparison The Family Function of Normal And Adhd Mothers And Effect of Problem Solving Skill Training on Family Function of Mothers. *Journal of Behavioral Sciences (JBS)*.2010; 4(2):141-147. [in Persian].
 35. Farahzadi F, Mohammadi M, Alipour A, Maadi M, Salmanian M. Comparing the Mental Health of Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and with Normal Children. *Journal of Exceptional Children*. 2015; 15 (2): 43-56. [in Persian]
 36. Roshanbin M, PourEtemad H, Khoshabi K. The effect of positive parenting group education program on parenting of mothers of 4-10 years old children with ADHD. *Family Studies*. 2007; 3 (10):555-72. [in Persian].
 37. Alizadeh H. Developing a Parental Education Program for Families with Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder and Its Impact on Family Symptoms and Function Reduction. *Psychology of Exceptional People*. 2012; 2 (7): 43-70. [in Persian] <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e3182461c59>