

بررسی تأثیر برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین متناسب با فرهنگ ایرانی در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و مقایسه آن با دارودرمانی

دکتر کتایون خوشابی[✉]، دکتر فاطمه قدیری^{**}، دکتر علیرضا جزایری^{***}

چکیده:

والدین به دلیل نفوذ و تماس بیشتر با کودکان می‌توانند در اجرای مداخلات رفتاری در محیط طبیعی زندگی کودک نقش به‌سزایی داشته باشند. به همین دلیل در دهه‌های اخیر توجه روزافزونی به گنجاندن آموزش مدیریت والدین در طرح درمان اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD) گردیده است. هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین متناسب با فرهنگ ایرانی به تنهایی و در ترکیب با دارودرمانی در کاهش نشانه‌های اختلال ADHD و مشکلات رفتاری است. بدین منظور در یک مطالعه تجربی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل، ۲۸ کودک مبتلا به ADHD تحت سه شرایط درمانی قرار گرفتند: دارودرمانی، آموزش مدیریت والدین به مدت ۱۰ جلسه و درمان ترکیبی. نشانه‌ها و مشکلات رفتاری کودکان به وسیله مقیاس درجه‌بندی نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز ارزیابی گردید. یافته‌ها نشان داد که برنامه آموزش مدیریت والدین به تنهایی در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال و مشکلات رفتاری کودکان تأثیری ندارد. ولی درمان ترکیبی در کاهش مشکلات یادگیری و نیز مشکلات روان‌تنی تأثیر معنادار برتری نسبت به دو شرایط دیگر نشان داده است. ضمن بحث در مورد مطالعاتی که همسو و ناهمسو با یافته‌های حاضر هستند، نقش میانجی اختلالات همبود و تغییر رفتاری والدین در اثربخشی آموزش مدیریت والدین مطرح گردیده است که بررسی دقیق‌تر آن‌ها در مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش مدیریت والدین، اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، اختلالات رفتاری

* عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

** استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

*** عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

✉ نویسنده مسئول: تهران - بلوار دانشجو - خ کودکیار - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی - گروه روان‌پزشکی

تلفن: ۰۲۱ - ۸۸۸۰۱۵۷۰

دورنما: ۰۲۱ - ۸۸۹۱۴۰۱۱

پست الکترونیک: kkhushabi@yahoo.com

مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی^۱ (ADHD) یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در کودکان می‌باشد (پلهام و گناگی، ۱۹۹۹). کودکان و نوجوانانی که دارای این تشخیص هستند ممکن است گستره‌ای از نشانه‌ها را داشته باشند که در سه دسته کلی قرار می‌گیرند: بی‌توجهی^۲، بیش‌فعالی^۳ و تکانشوری^۴. بر این اساس، مطابق ملاک‌هایی که در حال حاضر برای تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی استفاده می‌شود (چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵)، سه نوع فرعی برای این اختلال وجود دارد: نوع عمدتاً بی‌توجه، نوع عمدتاً بیش‌فعال - تکانشور و نوع مرکب (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۶، ۱۹۹۴).

برآوردهایی که در مورد میزان شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی وجود دارد در گستره ۱ تا ۲۰ درصد از جمعیت عمومی را در برمی‌گیرد (راس و راس، ۱۹۸۲). گزارش میزان بروز این بیماری در ایالات متحده از ۲ تا ۲۰ درصد کودکان مدارس ابتدایی متغیر است. در بریتانیا میزان بروز کمتر از ایالات متحده و کمتر از یک درصد گزارش شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). در ایران میزان شیوع این اختلال در یک نمونه ۲۵۰۰ نفره از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران حدود ۳ - ۵٪ بدست آمده است (خوشابی، ۱۳۸۱).

سیر اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بسیار متغیر است. اکثر بیماران مبتلا، بهبودی در حد نسبی (و نه کامل) پیدا می‌کنند و مستعد رفتارهای ضداجتماعی و اختلالات مصرف مواد و اختلالات خلقی هستند. در کودکانی که نشانه‌هایشان تا دوران نوجوانی دوام می‌آورد، خطر ابتلا به اختلال سلوک بالاست. اکثر این کودکان دچار مشکلات اجتماعی هستند و در این دسته میزان بروز اختلالات روانی همراه بیشتر است. به‌طور کلی پیش‌آگهی این اختلال به میزان آسیب روانی پایدار همراه به خصوص اختلال سلوک، ناتوانی اجتماعی و عوامل مربوط به خانواده آشفته بستگی دارد (گلدستاین و گلدستاین، ۱۹۹۲؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

با در نظر گرفتن این اطلاعات نیاز به مداخلات و درمان‌های مؤثر در جهت بهبود و کاهش اختلال و پیشگیری از مزمن شدن و تبدیل احتمالی آن به انواع اختلالات ذکر شده و نیز کاهش اثرات تعامل‌های نامناسب در خانواده آشکار می‌گردد. در این میان والدین به دلیل نفوذ و تماس بیشتر با کودکان می‌توانند در اجرای مداخلات رفتاری در محیط طبیعی زندگی کودک نقش به‌سزایی داشته باشند. به همین دلیل در دهه‌های اخیر توجه روزافزونی به گنجاندن آموزش مدیریت والدین^۷ (PMT) در طرح درمان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی گردیده است.

اساس PMT بر این دیدگاه استوار است که اختلالات رفتاری کودکان در نتیجه تعامل‌های غلط بین کودک و والدین به‌وجود آمده و تداوم می‌یابد (پترسون، ۱۹۸۲؛ به‌نقل از فتحی، ۱۳۷۴)، لذا در درمان، باید به اصلاح این تعامل پرداخت. اثربخشی آن در مورد مشکلات رفتاری کودکان در سنین

مختلف و با درجات گوناگونی از شدت اختلالات در مطالعات متعددی ارزیابی شده است (مراجعه شود به کازدین، ۱۹۹۸). برنامه آموزش مدیریت والدین کودکان ADHD توسط بارکلی^۸ (۱۹۸۷) معرفی شد. از آن پس برنامه‌های دیگری نیز تدوین شده و همگی مبتنی بر اصول اصلاح رفتار می‌باشند. در مورد اثربخشی PMT در کاهش مشکلات رفتاری مختلف کودکان مطالعات متعددی صورت گرفته است (کازدین، ۱۹۹۸). در یکی از جدیدترین مطالعات دنفورت و همکاران (۲۰۰۶) والدین ۴۵ کودک مبتلا به ADHD همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۹ (ODD) را تحت آموزش قرار دادند. نتایج حاکی از کاهش رفتارهای بیش‌فعالی، مخالفت‌جویی و پرخاشگری در کودکان و بهبود رفتار فرزندپروری و کاهش استرس والدین بود. سالباخ و همکاران (۲۰۰۵) والدین ۱۶ کودک مبتلا به ADHD را به صورت گروهی در یک دوره ۱۰ هفته‌ای تحت برنامه آموزش مدیریت والدین قرار دادند. نتایج نشان داد که آموزش به‌طور معناداری نشانه‌های اصلی ADHD را کاهش داده است و تفاوت معناداری را بین دو گروه کنترل و آزمایش روی عامل «شاخص بیش‌فعالی» بدست آورده است.

فرولیش و همکاران (۲۰۰۲) نیز ترکیبی از درمان شناختی - رفتاری را همراه با آموزش مدیریت والدین در جهت کاهش مشکلات تحصیلی و رفتارهای پرخاشگرانه/ نافرمانی در مورد ۱۸ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به‌کار گرفتند. آن‌ها دریافتند که درمان شناختی - رفتاری، نشانه‌های ADHD را کاهش داده بود. در گروهی که از آموزش مدیریت والدین برخوردار بودند کاهش نشانه‌ها شدت بیشتری داشت و به عبارتی این برنامه منجر به تقویت اثر درمان شناختی - رفتاری گردیده بود.

دنفورت (۱۹۹۸) اثرات آموزش والدین را بر رفتار مادر و رفتار ایزدایی ۸ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مورد بررسی قرار داد. مشاهده مستقیم رفتار مادر - کودک، مصاحبه‌های تلفنی و مقیاس‌های درجه‌بندی استاندارد نشان دادند که آموزش، رفتار والدی را بهبود بخشیده، استرس مادر و رفتارهای نافرمانی را کاهش داده بود. پی‌گیری ۶ ماهه نیز مؤید ثبات تغییر رفتار والد - کودک بود.

در ایران احسان‌منش (۱۳۷۲)، اسفندیاری (۱۳۷۴) و طهماسیان (۱۳۷۵) اثرات مثبت PMT را به صورت گروهی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان تحت بررسی قرار داده و نتایج مطالعات آن‌ها همخوان با یافته‌های قبلی مؤید اثربخشی این روش بوده است. نادر فتحی (۱۳۷۴) به‌طور اختصاصی PMT را در مورد ۱۴ تن از مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به‌کار برد و در طی ۱۰ جلسه تکنیک‌های اصلاح و تغییر رفتار را به آن‌ها آموزش داد. نتایج تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و کنترل و نیز پیش‌آزمون و پس‌آزمون را در گروه آزمایش نشان داد. زرگری‌نژاد (۱۳۸۳) نیز در یک مطالعه تک‌موردی به مادران ۴ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی

به مدت ۸ جلسه آموزش اصلاح رفتار کودکان را ارائه داد و کاهش مشکلات رفتاری را در ۳ آزمودنی مشاهده نمود.

اگرچه اغلب مطالعات مؤید اثر درمان‌های روانی - اجتماعی از جمله آموزش والدین بوده‌اند، پژوهش‌هایی نیز وجود دارند که به چنین یافته‌ای دست نیافته‌اند. از جمله ولز و همکاران (۲۰۰۰) و مونتیل ناوا و همکاران (۲۰۰۲). بارلو و همکاران (۲۰۰۴) در یک بررسی فراتحلیلی، ۲۶ مورد بالینی را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند و دریافتند که در یک سوم از مطالعات هیچ نشانه‌ای دال بر کارآیی مداخله آموزش والدین وجود نداشته است.

هدف از مطالعه حاضر عبارت است از بررسی تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین متناسب با فرهنگ خانواده‌های ایرانی به تنهایی و در ترکیب با دارودرمانی در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری کودکان مبتلا.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه یک پژوهش تجربی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز درمان سرپایی رفیده و صبا وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می‌باشد. از این جامعه در طی سه ماه، نمونه‌ای مرکب از ۳۴ کودک که براساس تشخیص روان‌پزشک دارای این اختلال شناخته شدند انتخاب و پس از آن که والدین‌شان برای شرکت در طرح پژوهشی اعلام رضایت کردند، به‌طور تصادفی و از طریق قرعه به سه گروه تقسیم شدند: کودکانی که تنها دارو استفاده می‌کردند. کودکانی که علاوه بر دارو، مادران‌شان در برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین شرکت می‌کرد. کودکانی که تنها مادران‌شان در برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین شرکت می‌کردند. از این نمونه مجموعاً ۶ مورد افت آزمودنی وجود داشت که بر اساس پیگیری تلفنی عمدتاً دلایل شخصی برای آن ذکر گردید. از جمله مشکلات مربوط به امکان اختصاص وقت برای کلاس‌ها و رفت و آمد (۴ نفر)، مشکلات خانوادگی (۱ نفر) و مسافرت (۱ نفر) بود.

ابزارهای پژوهش

کلیه والدین فرم رضایت‌نامه، فرم مشخصات دموگرافیک، مقیاس درجه‌بندی نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز^۱ را در سه نوبت: هفته اول، هفته چهارم و هفته هشتم تکمیل نمودند.

مقیاس درجه‌بندی نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی: ابزاری است که ارزیابی علائم تشخیصی را استاندارد کرده و متشکل از فهرستی از علائم ADHD بنا به معیارهای DSM-IV است. این مقیاس از ۱۴ ماده‌ای، برحسب ۴ درجه از هرگز (۰) تا خیلی زیاد (۳) نمره‌گذاری می‌گردد و بنا به ارزیابی والدین، میزان وقوع علائم را می‌سنجد. نمرات این مقیاس با ارزیابی‌های والدین از مشکلات سلوک و بیش‌فعالی - تکانش‌گری در مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز نیز ارتباط دارد. در این مقیاس، علائمی که به‌عنوان کمی زیاد و خیلی زیاد سنجیده شده‌اند، ارزش تشخیصی دارند و در مرحله بعدی، جهت رسیدن به تشخیص، حضور و فقدان علائم با معیارهای DSM-IV مقایسه می‌گردند (کرونن‌برگر و مه‌یر، ۱۹۹۶). در این مطالعه روایی همگرا (همبستگی با مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز) و پایایی بازآزمایی این آزمون به ترتیب معادل ۰/۶۲۶ و ۰/۵۲۱ بدست آمد که هر دو در سطح آماري کمتر از ۰/۰۱ معنادار است و نشان می‌دهند که مقیاس مورد نظر از روایی و پایایی بازآزمایی برخوردار می‌باشد.

مقیاس درجه‌بندی کانرز: در دو فرم معلم و والدین، ابتدا در سال ۱۹۶۹ به منظور کمک به شناسایی کودکان بیش‌فعال طراحی شد. فرم کوتاه والدین که مرکب از ۴۸ پرسش می‌باشد، بر اساس تحلیل عاملی که توسط گویتی و همکاران (۱۹۷۸) انجام شد، دارای ۵ عامل می‌باشد که عبارتند از: مشکلات سلوکی، مشکلات یادگیری، مشکلات روان‌تنی، تکانش‌وری - بیش‌فعالی و اضطراب. در سنجش ثبات درونی^{۱۱} که توسط گویتی و همکاران (۱۹۷۸) انجام گرفت، همبستگی‌های هر یک از سؤالات با کل آزمون در گستره‌ای از ۰/۱۳ تا ۰/۶۵ قرار داشت. ضرائب پایایی بازآزمایی این مقیاس با فاصله ۲ هفته توسط قدیری (۱۳۷۷) برای مشکلات سلوکی ۰/۵۴، مشکلات یادگیری ۰/۷۸، روان‌تنی ۰/۸۳، تکانش‌وری - بیش‌فعالی ۰/۳۶، اضطراب ۰/۷۰، شاخص بیش‌فعالی ۰/۳۵ و ضریب پایایی نمره کل ۰/۳۶ گزارش شده است. برنامه آموزش مدیریت والدین بر اساس برنامه‌هایی که در حال حاضر در سایر فرهنگ‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد و کارایی آن‌ها مورد تأیید قرار گرفته است (ترنر و همکاران، ۲۰۰۲؛ پاور و همکاران، ۲۰۰۱). هم‌چنین نتایج حاصل از دو گروه متمرکز^{۱۲} مرکب از والدین و چند متخصص روان‌شناسی و روان‌پزشکی کودک برای ۱۰ جلسه هفتگی تدوین گردید که قسمت عمده آموزش در طی ۸ جلسه ارائه شده و دو جلسه آخر به صورت تلفنی جهت تقویت توانایی حل مسئله والدین، احساس کفایت آن‌ها و نیز برخورد با مشکلات خاصشان برگزار گردید. محتوای جلسات آموزشی عبارت بود از: ارائه اطلاعات در مورد اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، شناخت علل مشکلات رفتاری کودکان، روش‌های ثبت عینی رفتارها، آموزش مهارت‌های ارتباطی، اصول رفتاری جهت تقویت رفتارهای مطلوب و کاهش رفتارهای نامطلوب، نحوه گرفتن توجه و ارائه دستورالعمل، آمادگی برای مقابله با موقعیت‌های پر دردسر و نیز برخورد با برخی مشکلات شایع از جمله پرخاشگری و تکانش‌وری. روش آموزش مبتنی بر سخنرانی و تمرین با

استفاده از روش‌های ایفاء نقش و کار در گروه‌های کوچک بود. همچنین در هر جلسه متناسب با موضوع جلسه تکالیف خانگی برای والدین در نظر گرفته می‌شد. جلسات آموزش مدیریت والدین توسط یک دانشجوی مؤنث و متأهل دکترای تخصصی در رشته روان‌شناسی بالینی که در این زمینه آموزش خاص دیده بود همراه با یک مربی همکار مذكر اداره گردید.

مسائلی که بر اساس نظرات مطرح شده در دو گروه متمرکز، در برنامه آموزش مدیریت متناسب با فرهنگ ایرانی به‌طور اختصاصی مدنظر قرار گرفت عبارت بودند از: تأکید بیشتر بر مهارت‌های ارتباطی و روش‌های تقویت رابطه مثبت والدین و کودک، به‌طوری که یک جلسه کامل به این امر اختصاص داده شده، در طی جلسات مختلف به نوعی مورد تأکید قرار گیرد. تأکید اختصاصی بر نحوه گرفتن توجه کودک هنگام ارائه دستورالعمل، تحسین و تشویق و تنبیه‌ها، توضیح بیشتر در مورد اثرات ناخواسته تنبیه و توجه و تأکید بیشتر بر روی جزئیات نحوه کاهش رفتار نامطلوب به‌طوری که بر روی رابطه مثبت والدین - کودک تأثیر منفی نگذارد. آمادگی برای برخورد با برخی مشکلات شایع در اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی از جمله پرخاشگری و تکانشوری. لزوم استفاده از یک مربی همکار از جنس مخالف.

یافته‌ها

فراوانی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های آزمایشی در جدول شماره ۱ آمده است. از مجموع کل آزمودنی‌ها ۳ نفر دختر (۱۱٪) و ۲۵ نفر پسر (۸۹٪) بودند. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۶/۳ با انحراف استاندارد ۱/۷۵ بوده است.

جدول ۱: فراوانی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های آزمایشی

گروه آزمایشی	فراوانی	درصد
دارودرمانی	۱۰	۳۵/۷
آموزش گروهی مدیریت والدین	۷	۲۵
درمان ترکیبی	۱۱	۳۹/۳
کل	۲۸	۱۰۰

به منظور تعیین هم‌تا بودن گروه‌های آزمایشی در متغیر سن تحلیل واریانس یک طرفه انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ مشاهده می‌گردد.

جدول ۲: تحلیل واریانس یک طرفه برای همگونی واریانس‌های

سه گروه آزمایشی در متغیر سن

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F نسبت	سطح معناداری
بین گروهی	۱۱/۳۴۸	۲	۶۷۴/۵	۱/۹۸۴	۰/۱۵۹
درون گروهی	۷۱/۴۸۲	۲۵	۲/۸۵۹		
کل	۸۲/۸۳	۲۷			

مطابق داده‌های این جدول تفاوت معناداری بین سه گروه آزمایشی مشاهده نمی‌گردد.

جدول ۳: تحلیل واریانس یک طرفه برای همگونی واریانس‌های

سه گروه آزمایشی در پیش‌آزمون‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F نسبت	سطح معناداری
مقیاس درجه بندی ADHD بین گروهی درون گروهی کل	۸۴/۶۸۶	۴۲/۳۴۳	۰/۷۲۵	۰/۴۹۵
	۱۴۰/۱۱۶۶	۵۸/۳۸۲		
	۱۴۸۵/۸۵۲			
مقیاس کانرز بین گروهی درون گروهی کل	۴۸۸/۶۳۴	۲۴۴/۳۱۷	۱/۱۳۸	۰/۳۳۷
	۵۱۵۲/۳۲۹	۲۱۴/۶۸		
	۵۶۴۰/۹۶۳			

هم‌چنین نمرات پیش‌آزمون هر سه گروه به وسیله تحلیل واریانس یک طرفه مورد بررسی قرار گرفت و نتایج در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌گردد که حاکی از عدم تفاوت معنادار گروه‌ها در پیش‌آزمون بود منتقل شود. بنابراین گروه‌ها از این لحاظ نیز هم‌تا بوده‌اند.

جدول ۴: نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون

در مقیاس درجه‌بندی نشانه‌های ADHD

آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۲۶/۲۸	۹/۹۹	۰/۹۸	۶	۰/۳۷
پس‌آزمون	۲۳/۸۵	۹/۴			

چنانچه در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌گردد، میانگین پس‌آزمون کاهش یافته است. در فرضیه اول پژوهش پیش‌بینی شده بود برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین منجر به کاهش نشانه‌های اصلی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی خواهد شد. بدین منظور نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس درجه‌بندی نشانه‌های ADHD در گروه آموزش برنامه مدیریت والدین به تنهایی، به وسیله آزمون t وابسته مورد بررسی قرار گرفت (جدول شماره ۴). لیکن نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در نمرات پس‌آزمون ایجاد نشده است. جهت بررسی عامل این اختلاف از آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول ۵: آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه‌های

آزمایشی در مقیاس درجه‌بندی نشانه‌های ADHD

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	انحراف استاندارد	میانگین	آزمون
۰/۰۰۷	۵/۲۳۸	۲۶۳/۱۳۹	۳	۷۸۹/۴۱۸	مدل اصلاح شده
۰/۴۶۱	۰/۵۶۱	۲۸/۱۹۳	۱	۲۸/۱۹۳	اینترسپت
۰/۰۰۳	۱۰/۷۳۸	۵۳۹/۴۹۴	۱	۵۳۹/۴۹۴	پیش‌آزمون
۰/۰۹۶	۲/۵۹۹	۱۳۰/۵۹۶	۲	۲۶۱/۱۹۳	گروه
		۵۰/۲۴۱	۲۳	۱۱۵۵/۵۴۵	خطا
			۲۷	۱۴۹۶۹	کل

نسبت F بدست آمده از این طریق برای اثر پیش‌آزمون، از لحاظ آماری معنادار است ($F= ۱۰/۷۳$) ولی در مورد اثر گروه‌ها و به عبارت دیگر روش مداخله ($F= ۲/۵۹۶$) از لحاظ آماری معنادار نیست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اختلاف نمره آزمودنی‌ها در پس‌آزمون ناشی از اثر مداخله نیست و به این ترتیب فرضیه اول پژوهش رد می‌گردد.

جدول ۶: نتایج آزمون t نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس درجه‌بندی

والدین کانرز در گروه آموزش مدیریت والدین به تنهایی

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	انحراف استاندارد	میانگین	آزمون
۰/۴۵	۶	۰/۸۸	۱۶/۲۸	۵۱/۲۱	پیش‌آزمون
			۲۴/۹۱	۵۶/۱۴	پس‌آزمون

فرضیه دوم پژوهش بیان می‌کند که برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین منجر به کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی خواهد شد. در همین راستا نمرات کل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس درجه‌بندی والدین کانرزدر گروه برنامه آموزش مدیریت والدین، به وسیله آزمون t وابسته مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج این مقایسه در جدول شماره ۶ ملاحظه می‌گردد که نشان‌دهنده عدم تفاوت معنادار می‌باشد. بدین ترتیب فرضیه دوم پژوهش نیز مورد تأیید قرار نمی‌گیرد.

مطابق فرضیه سوم پژوهش، برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین در ترکیب با دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی به تنهایی و آموزش مدیریت والدین به تنهایی در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی تأثیر بیشتری دارد. برای بررسی این فرضیه در مورد تفاضل نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس درجه‌بندی نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه انجام شد. نتایج آن در جدول شماره ۷ آمده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه تفاضل نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس درجه‌بندی نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
بین گروهی	۳۰۱/۶۳	۲	۱۵۰/۸۱		
درون گروهی	۱۳۵۷/۳۳	۲۴	۵۶/۵۵	۲/۶۶	۰/۰۹
کل	۹۶/۱۶۵۸				

چنانچه در جدول مشاهده می‌گردد، تفاوت معناداری بین گروه‌ها از این لحاظ وجود ندارد به عبارت دیگر هیچ یک از گروه‌های آزمایشی نسبت به بقیه، اثر برتری در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی نشان نمی‌دهند. به این ترتیب فرضیه سوم نیز مورد تأیید قرار نگرفته است. در فرضیه چهارم پیش‌بینی شده بود برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین در ترکیب با دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی به تنهایی و آموزش مدیریت والدین به تنهایی در کاهش اختلالات رفتاری تأثیر بیشتری دارد. به منظور بررسی این فرضیه تأثیر روش‌های مداخله بر نمره کل و نیز نمرات هر یک از خرده مقیاس‌های مقیاس درجه بندی والدین کانرز، به وسیله آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج این آزمون در جدول شماره ۸ قابل مشاهده است.

جدول ۸: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه‌ها در نمرات

خرده مقیاس‌های مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز

منبع تغییرات	مجموع مجذورات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
مشکلات سلوکی	۲۰۵/۵۷۴	۱	۲۰۵/۵۷۴	۲۳/۰۱۵	۰/۰۰۰
اثر پیش‌آزمون	۳۹/۸۹۳	۲	۱۹/۹۴۶	۲/۲۳۳	۰/۱۳۰
اثر گروه					
مشکلات یادگیری	۳۴/۵۲۵	۱	۳۴/۵۲۵	۹/۷۸۴	۰/۰۰۳
اثر پیش‌آزمون	۱۹/۴۲۵	۲	۹/۷۱۲	۳/۰۳۴	۰/۰۴۱
اثر گروه					
روان‌تنی	۲۵/۱۷۴	۱	۲۵/۱۷۴	۱۹/۴۱۳	۰/۰۰۰
اثر پیش‌آزمون	۲/۳۳۲	۲	۱/۱۶۶	۰/۸۹۹	۰/۰۳۲
اثر گروه					
تکانشوری - بیش‌فعالی	۸۱/۵۸۹	۱	۸۱/۵۸۹	۱۵/۸۷۳	۰/۰۰۱
اثر پیش‌آزمون	۱۵/۰۱۹	۲	۷/۵۱۰	۱/۴۶۱	۰/۲۵۳
اثر گروه					
اضطراب	۳۳/۸۳۲	۱	۳۳/۸۳۲	۱۴/۷۵۸	۰/۰۰۱
اثر پیش‌آزمون	۱۰/۵۹۲	۲	۳/۲۹۶	۲/۳۱۰	۰/۱۲۲
اثر گروه					
شاخص بیش‌فعالی	۳۳۷/۵۹۹	۱	۳۳۷/۵۹۹	۲۷/۳۵۷	۰/۰۰۰
اثر پیش‌آزمون	۳۱/۳۵۲	۲	۱۵/۶۷۶	۱/۲۷۰	۰/۳۰۰
اثر گروه					
نمره کل	۴۸۵۲/۹۲۴	۱	۴۸۵۲/۹۲۴	۳۲/۷۷۸	۰/۰۰۰
اثر پیش‌آزمون	۹۹۹/۶۸۲	۲	۴۹۹/۸۴۱	۳/۳۷۶	۰/۰۴۹
اثر گروه					

با نگاهی به این جدول مشخص می‌گردد که اثر گروه در خرده مقیاس‌های مشکلات یادگیری، روان‌تنی و نمره کل مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز معنادار می‌باشد. به این معنی که تفاوت گروه‌ها در این حوزه‌ها ناشی از اثر روش مداخله بوده است.

در مورد خرده مقیاس مشکلات یادگیری، با در نظر گرفتن میانگین گروه‌ها، بیشترین تأثیر مربوط به درمان ترکیبی بوده ($M = ۵/۴$)، پس از آن برنامه آموزش مدیریت والدین به تنهایی ($M = ۵/۸۵۷$) و سرانجام دارودرمانی ($M = ۵/۹$) در کاهش مشکلات یادگیری کودکان مؤثر بوده است.

در خرده مقیاس روان‌تنی نیز علاوه بر معنادار بودن اثر پیش‌آزمون، اثر گروه نیز معنادار می‌باشد ($F = ۰/۸۹$ و $p < ۰/۰۵$). با در نظر گرفتن میانگین گروه‌ها در این‌جا نیز بیشترین تأثیر مربوط به

درمان ترکیبی بوده ($M=1/3$) و پس از آن، گروه دارودرمانی ($M=1/6$) و سرانجام برنامه آموزش مدیریت والدین ($M=2$) تأثیر مداخله در کاهش نشانه‌های روان‌تنی مؤثر بوده است. و اما در مورد نمره کل مقیاس درجه بندی والدین کانرز نیز مقدار F بدست آمده برای اثر گروه معنادار است ($F=3/376$ و $p < 0/05$). در این‌جا کمترین میانگین مربوط به گروه دارودرمانی بوده ($M=42/4$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که بیشترین تأثیر مربوط به گروه دارودرمانی بوده و پس از آن گروه برنامه آموزش مدیریت والدین ($M=56/143$) و نهایتاً گروه درمان ترکیبی ($M=57/1$) قرار می‌گیرند.

بحث

همان‌طور که در قسمت یافته‌ها ملاحظه گردید، بر خلاف پیش‌بینی مربوط به تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به این اختلال، بر اساس مطالعات قبلی (از جمله دنفورت و همکاران، ۲۰۰۶؛ سالباخ و همکاران، ۲۰۰۵؛ فرولیش و همکاران، ۲۰۰۲؛ نادر فتحی، ۱۳۷۴) در این پژوهش مستقیماً بر نشانه‌های اصلی اختلال و نیز مشکلات رفتاری کودکان تأثیر کاهشی نداشته است. نگاهی به پژوهش‌های پیشین در این ارتباط یافته‌های همسو با این پژوهش را آشکار می‌سازد. از جمله بارلو و همکاران (۲۰۰۴) در یک مطالعه فراتحلیلی، در یک سوم مطالعات هیچ نشانه‌ای دال بر کارآیی مداخلات روانی - اجتماعی نیافتند. ولز و همکاران (۲۰۰۰) علی‌رغم تأیید اثرات مثبت درمانی برای آموزش مدیریت والدین، در نمونه خود تفاوت معناداری را از نظر کاهش فرزندپروری منفی و غیر مؤثر والدین گزارش نکرده‌اند. ارکان و همکاران (۲۰۰۵) نیز به این نتیجه دست یافتند که دارو در بهبود نشانه‌ها و نیز روابط والد - کودک بیشتر مؤثر بوده است تا آموزش والدین. یالانگو و همکاران (۱۹۹۳) نیز در یک طرح دارونما و دوسرکور، اثرات اصلی را در پس‌آزمون گروه دارودرمانی یافتند ولی برای درمان ترکیبی اثرات اضافی مشاهده نکردند. ولز و همکاران در یک مطالعه بزرگ که ۵۷۹ کودک ۷ تا ۹/۹ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی را در ۶ نقطه از ایالات متحده آمریکا و کانادا به‌طور تصادفی تحت ۴ شرایط قرار دادند: مداخله دارویی، رفتاردرمانی (آموزش والدین)، درمان ترکیبی و گروه کنترل. مشاهدات آزمایشگاهی در گروه درمان ترکیبی تفاوت معناداری را در تعامل والد - کودک نشان داد ولی در رفتار کودک تفاوت معناداری دیده نشد. در مطالعه زرگری‌نژاد (۱۳۸۳) نیز در علائم اصلی اختلال، تغییری مشاهده نگردید.

این تناقض در یافته‌ها احتمالاً به دلایل مختلفی بستگی دارد که عمدتاً مربوط به نکات روش‌شناختی هستند. در اکثر مطالعاتی که تغییر در نشانه‌های اصلی اختلال و به‌ویژه مشکلات رفتاری گزارش شده است نمونه مورد مطالعه علاوه بر اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دارای اختلالات همبود،

اختلال نقص مقابله‌ای یا اختلال سلوک نیز بوده‌اند (دنفورث و همکاران، ۲۰۰۶؛ ارکان و همکاران، ۲۰۰۵؛ فرولیش و همکاران، ۲۰۰۲؛ دنفورث، ۱۹۹۸). در سایر پژوهش‌ها به اختلالات همبود اشاره نشده است ولی در عین حال به‌طور سیستماتیک اختلالات همبود حذف نگردیده است. بنابراین ممکن است اختلالات رفتاری همبود، به‌عنوان یک عامل بر روی اثربخشی آموزش مدیریت والدین تأثیر داشته باشد. این نکته لازم است در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد.

نکته دوم آن است که افزایش دانش لزوماً ممکن است منجر به تغییر در رفتار نگردد. در برنامه آموزش مدیریت والدین به والدین آموزش داده می‌شود ولی مشخص نیست که آیا این امر، تغییری در رفتار فرزندپروری والدین ایجاد می‌کند یا نه؟ مطالعه استرایی هورن و ویدمن (۱۹۹۱) در طی یک پی‌گیری یک ساله، حاکی از همزمانی بین اصلاح رفتاری والدین با بهبود نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در کودکان می‌باشد. بنابراین بهتر است در ارزیابی نتایج حاصل از آموزش مدیریت والدین بیشتر از روش‌های مشاهده‌ای استفاده شود تا روش‌های خودگزارش‌دهی و ارزیابی دانش والدین. تکیه کردن بر روش‌های خودگزارش‌دهی اشکال دیگری را می‌تواند ایجاد کند که مربوط به «اثر انتظار»^{۱۳} می‌باشد. چنان‌چه در برخی مطالعات (مونتیل ناوا و همکاران، ۲۰۰۲؛ غنی‌زاده و شهرپور، ۲۰۰۵) کاهش مشکلات رفتاری و نشانه‌های بیش‌فعالی توسط والدین که آموزش را دریافت کرده بودند گزارش شده است ولی در گزارش معلم (به عنوان ارزیاب مستقل و کسی که از آموزش اطلاعی نداشته است) تغییر معناداری دیده نشده است.

به علاوه روش خودگزارش‌دهی تا حدودی وابسته به سبک فرزندپروری والدین و ویژگی‌های خود آنان می‌باشد. از جمله هاروی و همکاران (۲۰۰۳) در یک بررسی در ارتباط با سبک فرزندپروری والدین و گزارش آن‌ها از نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بر روی ۴۶ مادر و ۲۶ پدر دریافتند که خودگزارشی پدر از نشانه‌های بی‌توجهی و تکانشوری قویاً با اهمال‌کاری در سبک فرزندپروری آن‌ها چه قبل و بعد از آموزش، با واکنش مفرط در سبک فرزندپروری بعد از آموزش ارتباط داشت. در مورد مادر نیز خودگزارش‌دهی از نشانه بی‌توجهی ارتباط متوسطی با اهمال‌کاری قبل و بعد از آموزش داشت. بنابراین می‌توان انتظار داشت که روش‌ها و سبک فرزندپروری والدین در گزارش آن‌ها از نشانه‌ها نیز اثر داشته باشد و لذا روش‌های ارزیابی عینی‌تر ظاهراً روش‌های دقیق‌تری به نظر می‌رسند.

یافته دیگری که در این پژوهش حاصل شد مبنی بر کاهش معنادار بیشتر مشکلات یادگیری و مشکلات روان‌تنی در مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز در نتیجه شرکت در گروه درمان ترکیبی در کودکان بوده است. این یافته همسو با سایر مطالعات در این زمینه می‌باشد (سالباخ و همکاران، ۲۰۰۵؛ غنی‌زاده و همکاران، ۲۰۰۵؛ فرولیش و همکاران، ۲۰۰۲). تأثیر بر کاهش مشکلات یادگیری احتمالاً به واسطه تأثیر به‌کارگیری فنون رفتاری آموخته شده توسط والدین در کاهش مشکل، در

انجام تکالیف و در نتیجه بهبود عملکرد تحصیلی کودک صورت می‌گیرد. اما کاهش مشکلات روان‌تنی را شاید بتوان به نوعی وابسته به بهبود رابطه بین والدین - کودک در نظر گرفت. به‌ویژه با تأکیدی که در برنامه متناسب با فرهنگ ایرانی بر بهبود مهارت‌های ارتباطی از جمله کمک به شناخت و بیان احساسات صورت گرفته است. بدیهی است مطالعات بعدی به روشن‌تر شدن این پدیده کمک خواهند کرد.

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر و نیز در نظر گرفتن پژوهش‌های قبلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که اثر بخشی آموزش مدیریت والدین به ویژه در ترکیب با دارو، در بهبود نشانه‌های اختلال و مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی انکارناپذیر می‌باشد. لیکن عوامل میانجی دیگری هم‌چون نوع اختلالات همبود و تغییر رفتاری والدین نیز به نظر می‌رسد در این میان نقشی به عهده دارند که بررسی آن‌ها در مطالعات بعدی پیشنهاد می‌گردد. از طرف دیگر نیاز به تدوین روش‌های اندازه‌گیری دقیق‌تری است که برای سنجش تغییرات به اندازه کافی حساس و اختصاصی باشند. به عنوان نمونه یلانگو و همکاران (۱۹۹۳) اگرچه در پژوهش خود اثرات اضافی ناشی از آموزش والدین را نیافتند ولی پس از خاتمه هر دو نوع مداخله درمانی به مدت ۹ ماه مشاهده شد که در گروهی که درمان ترکیبی دریافت کرده بودند پیشرفت بیماری شدت کمتری داشته است. این می‌تواند نشانه‌ای از اثربخشی بیشتر درمان ترکیبی باشد ولی احتمالاً ابزارهای اندازه‌گیری موجود به اندازه کافی برای سنجش آن‌ها حساس نیستند.

یادداشت‌ها

1. Attention - Deficit Hyperactivity Disorder
2. inattention
3. hyperactivity
4. impulsivity
5. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders
6. American Psychiatric Association
7. parent management training
8. Barkley
9. Oppositional Defiant Disorder
10. Conners' Parent Rating Scale
11. internal consistency
12. focus group
13. expectation effect

منابع

احسان‌منش، مجتبی (۱۳۷۲). *کارروزی والدین کودکان مبتلا به اختلالات سلوکی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

اسفندیاری، غلامرضا (۱۳۷۴). بررسی و مقایسه شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری و مادران کودکان بهنجار و تأثیر آموزش مادران بر اختلالات رفتاری فرزندان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

خوشای، کتابون (۱۳۸۱). بررسی میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و اختلالات همراه در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

زرگری‌نژاد، غزاله (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

طهماسیان، کارینه (۱۳۷۵). بررسی اثر آموزش مادران در کاهش اختلالات رفتاری کودکان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

فتحی، نادر (۱۳۷۴). تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

قدیری، فاطمه (۱۳۷۷). بررسی تأثیر به‌کارگیری بازی درمانی بی‌ره‌نمود در کاهش اختلالات رفتاری و پرخاشگری کودکان ناسازگار و دارای عملکرد هوش مرزی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, D.C. : Author.

Barkley, R. A. (1987). *Defiant Children : A Clinicians Manual for Parent Training*. New York : Guilford.

Barlow, J. & Coren, E. (2004). Parent training programs for improving maternal psychosocial health. *Coherence Databasa System Review, 1*, 2020.

Danforth, J. S. (1998). The outcome of parent training using the behavior management flow chart with mothers and their children with oppositional defiant disorder and attention – deficit hyperactivity disorder. *Behavior Modification, 22(4)*, 443-473.

Danforth, J. S.; Harvey, E.; Ulaszek, W. R. & McKee, T. E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with ADHD and defiant / aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37*, 188-205.

Ercan, E., S., Varan, A. & Deniz, U. (2005). Effects of combined treatment on Turkish children doagnosed with ADHD : a preliminary report. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology, 15 (2)*, 203-219.

Frolich, J., Dopfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (2002). Treatment effects of combined cognitive behavioral therapy with parent training in hyperkinetic syndrome. *Abstract, Medline*.

Ghanizadeh, A. & Shahrivar, F.Z. (2005). The Effect of Parent Management Training on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Mental Health, 17 (1)*, 31-34.

Goldstein, S. & Goldstein, M. (1992). *Hyperactivity : Why Won't my Child Pay Attention?* New York : John Wiley & Sons, Inc.

Goyette, C.H., Conners, C.K. & Ulrich, R.F. (1978). Normal Data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology, 14*, 39-40.

Harvey, E. Danforth, J.S., McKee, T.E., Ulaszek, W.R. & Friedman, J.L.(2003). Parenting of children with attention-defecit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. *Journal of Attention Disorered, 7(1)*:31-42.

- Ialongo, N. S., Horn, W. F., Pascoe, J.M., Greenberg, G., Packard, T., Lopez, M., Wagner, A., & Puttler, L. (1993). The effects of a multimodal intervention with attention-deficit hyperactivity disorder children: a 9-month follow-up. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 182-9.
- Kazdin, A. E. (1998). Psychosocial treatments for conduct disorder in children. In P.E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments that Work*. New York : Oxford University Press.
- Kronenberger, W.G. & Meyer, R.G. (1996). *The Child Clinician Handbook*. U.S.A. : Allyn and Bacon.
- Montiel Nava, C., Pena, J.A., Espina Marines, G., Ferrer-Hernandez, M.E., Lopez-Rubio, A., Puertas-Sanchez, S., & Cardozo-Duran, J.J. (2002). A pilot study of methylphenidate and parent training in the treatment of children with attention-deficit hiperactivity disorder. *Review of Neurology*, 35 (3), 201-205.
- Pelham, W. E. & Gnagy, E.M. (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5(3), 225-236.
- Power, T.J., Karustis, J.L. & Habboushe, D.F.(2001). *Homework Success for Children with ADHD*. New York : The Guilford Press.
- Ross, D. M. & Ross, S.A. (1982). *Hyperactivity : Current Issues, Research, and Theory*. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of Psychiatry. (9TH edition)*. U. S. A.: Lippincott William & Willkins.
- Salbach, H., Lenz, K., Huss, M. Vogel, R., Felsing, D. & Lehmkuhl, U. (2005). Treatment effects of parent management training for ADHD. *Abstract. Medline*.
- Strayhorn, J. M. & Weidman, C.S. (1991). Follow up one year after parent – child interaction training effects on behavior of preschool children. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33 (1), 138-143.
- Turner, K. M. T., Markie-Dadds, C. & Sanders, M.R. (2002). *Facilitator's Manual for Group Triple P*. Milton : Triple P Intrnational Pty. Ltd.
- Wells, K. C. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in ADHD : an empirical analysis in the MTA study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (6), 543-553.
- Wells, K. C., Chi, T. C., Hinshaw, S.P., Epstein, J.N., Pfiffner, L., Nebel-Schwalm, M., Owens, E. B., Arnold, L.E., Abikoff, H.B., Conners, C.K., Elliott,G.R., Greenhill, L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P.S., March, J., Newcorn, J.H., Pelham, W.E., SevereJ.B., Swanson, J., Vitiello, B. and Wigal, T. (2006). Treatment-Related Changes in Objectively Measured Parenting Behaviors in the Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 649-657.