

فصلنامه روانشناسی کودک

زمستان ۱۴۰۰، دوره ۲، شماره ۴ (پیاپی ۸)، صفحه‌های ۱۲-۱

اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) بر بهبود سبک‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی

اکبر عطادخت^۱، سارا تقی‌زاده هیر*^۲

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۳۰

اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۲۶

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد کودک بر بهبود سبک‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بود. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک ۷ تا ۱۲ سال با مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی که در سال ۱۳۹۹ به کلینیک روانشناسی شهر اردبیل مراجعه کرده‌اند بود. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری بامرید جمع‌آوری گردید. در گروه آزمایش درمان مبتنی بر رابطه والد کودک به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل تحت مداخله قرار نگرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان مبتنی بر رابطه والد کودک بر سبک‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بر سبک‌های فرزندپروری این مادران اثربخش بوده است و به شکل معناداری موجب بهبود سبک‌های فرزندپروری شد. با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان از درمان مبتنی بر رابطه والد کودک به عنوان روشی مؤثر در بهبود سبک‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک، سبک‌های فرزندپروری، اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی

۱. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

sara.taghizadeh1370@gmail.com

مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی^۱ به‌عنوان اختلال عصب تحولی شناخته می‌شود و مشخصه اصلی آن تکانشگری، بیش‌فعالی و نقص توجه است (مور- جنسن، استین- جنسن، بنگ- اسنک^۲ و همکاران، ۲۰۱۹) و بر اساس سه زیرگروه توصیف می‌شود: نوع بی‌توجهی غالب، نوع بیش‌فعال/ تکانشگر غالب و نوع ترکیبی (آرنز، همریچ، استرل^۳، ۲۰۱۳). میزان شیوع این اختلال در کودکان مدرسه‌ای حدود ۵ درصد است که پسران سهم بیشتری از دختران دارند (ووفورد و اورت^۴، ۲۰۱۸). اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی پیامدهای نامطلوبی مانند مشکلات تحصیلی، اختلالات رفتاری، مشکلات اجتماعی و خانوادگی به همراه دارد (پارتروز، آلدرسون، هودک، تارلی و لی^۵، ۲۰۱۶). کودکان مبتلا به این اختلال با چالش‌های طول عمری روبه‌رو هستند و برای رسیدن به موفقیت به گستره‌ای از حمایت‌ها نیاز دارند (- کیرک، گالاگر، کولمن و آناستاسیو^۶، ۲۰۱۶). اگر چه مدارک زیادی وجود دارد که بیش‌فعالی اساساً یک اختلال ژنتیکی و عصبی می‌باشد (سرگنت، گرتز، هوجبرگر، چرز و آسترلن^۷، ۲۰۰۳؛ سلوا، فاگوت، بلسا، رویرا، کارمونا و همکاران^۸، ۲۰۱۰) اما این موضوع نمی‌تواند اهمیت نقش خانواده در مدیریت رفتاری این کودکان را کمرنگ کند. هر خانواده شیوه خاصی را تحت عنوان سبک‌های فرزندپروری در تربیت فرزندان خویش به کار می‌گیرد که متاثر از عوامل متفاوت فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است (صادقی، تاجیک‌زاده و رئیس کریمان، ۱۳۹۴؛ کاراواسیلیس، دوپل، مارکیز^۹، ۲۰۰۳).

سبک‌های فرزندپروری^{۱۰} به تلاش‌های هدفمند والدین برای کمک به کفایت کودکان و تحول آنها در مسیری مشخص اشاره دارد (دارلینگ و استینبرگ^{۱۱}، ۱۹۹۳). مطالعات اصلی در زمینه سبک‌های فرزندپروری به کارهای بامریند و بلک^{۱۲}

(۱۹۷۱) برمی‌گردد (بارتولومی، مونتیل، فیامنگی و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۶). طبق نظر بامریند شیوه‌های فرزندپروری والدین را می‌توان بر اساس دو بعد توقع (کنترل رفتاری) و پاسخ‌دهی (گرمای عاطفی و حمایت والدین) به سه شیوه فرزندپروری مستبدانه (توقع بالا، پاسخ‌دهی پایین)، سهلگیرانه (توقع پایین، پاسخ‌دهی بالا) و مقتدرانه (توقع بالا، پاسخ‌دهی بالا) دسته‌بندی کرد (میشار و کی‌ران^{۱۴}، ۲۰۱۸). والدین کودکان بیش‌فعال به احتمال بیشتری، شیوه‌های ناکارآمد فرزندپروری (بی‌ثباتی، خشونت، سهل‌انگاری، بیش از حد واکنشی بودن و پاسخ‌گویی اندک)، کاهش شایستگی در فرزندپروری، سطوح بالایی از شیوه‌های مدیریت و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه را آشکار می‌سازند و اسنادها و ادراکات منفی جبرآمیزی در ارتباط با فرزند خویش دارند. افزایش دشواری‌های کودک و والدین می‌تواند ماهیتی دوجانبه داشته باشد. هنگامی که راهبردهای انضباطی غیرتنبیهی و ملایم (محرومیت از امتیازات، محرومیت از تقویت مثبت) مفید به نظر نمی‌رسند، والدین در تلاش برای مدیریت رفتار کودک، از شیوه‌های خشن و تنبیهی (فریاد زدن، تهدید و تنبیه جسمانی) بهره می‌جویند. تخاصم والد و کودک می‌تواند در این فرایند قهرآمیز بالا گیرد و به افزایش رفتار مقابله‌جویانه در کودک و رفتار خشنوت آمیز، تهاجمی و تنبیه‌گرایانه در والد بیانجامد. به مرور زمان، کارآمدی و راهبردهای مقابله‌ای والدین، به سبب چالش‌هایی که در پرورش فرزند مبتال به بیش‌فعالی خود در پیش رو دارند، تنزل می‌یابد و ممکن است به سهل‌انگاری و بی‌ثباتی در رفتار فرزندپروری ختم شود. امری که به نوبه‌ی خود، وخامت مشکلات کودک و خانواده را به همراه خواهد داشت (چاکو، آلان، اورمان، کورنویل، اندرسون و

6. Soliva, Fauquet, Bielsa, Rovira, Carmona, Ramos-Quiroga & et al
7. Karavasilis, Doyle & Markiewicz
8. Parenting styles
9. Darling & Steinberg
10. Baumrind & Black
11. Bartholomeu, Montiel, Fiamenghi & Machado
12. Mishar & Kiran

1. Attention deficit hyperactivity disorder
2. Mohr-Jensen, Steen-Jensen, Bang-Schnack & Thingvad
3. Arns, Heinrich & Strehl
4. Wofford & Ohrt
5. Patros, Alderson, Hudec, Tarle & Lea
6. Kirk, Gallagher, Coleman, Anastasiow
7. Sergeant, Geurts, Huijbregts, Scheres & Oosterlaan

که وضعیت کودک را بدتر کرده و اعمال کنترل شدید بر کودک، وضعیتی را به وجود می‌آورد که پیامد آن تعارض جدی والد با کودک و شدیدتر شدن علائم کودک است. آموزش شیوه‌های کارآمدتر مدیریت کودک و فرزندپروری می‌تواند به سازگاری شخصی والدین کمک کرده (بارکلی^۴، ۲۰۱۵) و از تأثیر مخرب مشکلات رفتاری این کودکان بر توانایی‌های تربیتی والدین بکاهد (مطلق، ۱۳۸۰). یکی از این روش‌ها الگوی بازی‌درمانی با ساختار مبتنی بر رابطه والد-کودک که به‌وسیله براتون و لندرت مطرح شده است.

درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک^۵ (CPRT) مبتنی بر این فرض اساسی است که از آنجا که والدین از ارتباط عاطفی قوی با کودک برخوردارند (آنچه درمانگران در واقع فاقد آن هستند) به احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتی موجود بین والد و کودک، کلید اثر بخشی بالا و نتایج پایای درمانی در روش آموزشی مبتنی بر رابطه والد-کودک است (لندرت^۶، ۲۰۰۶). در این روش به مادران آموزش می‌دهند که چطور رفتار کودک خود را مدیریت کنند و بر آن اثر بگذارند و بتوانند تعاملات والد-کودک را بهبود بخشند (دروس^۷، ۲۰۰۹). مهمترین مزایای این روش درمانی ایجاد حس خودکارآمدی در کودک و مادر است تا از این طریق رابطه آنها تقویت شده و اثرات درمان تداوم یابد (حافظی، توکلی قوچانی و لشکردوست، ۱۳۹۸). پژوهش‌های انجام شده درباره اثر بخشی درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) نشان داده‌است که اصول و مهارت‌های آموزش داده شده در آن، نگرش و رفتار والدین را نسبت به تعامل با فرزندشان تغییر و بهبود می‌دهد (وست و بروک^۸، ۲۰۱۰؛ جنس‌نهارت، کریستنسن، داتکا و همکاران^۹، ۲۰۱۲). همچنین روابط خانوادگی بهتر (سوکاروس، اسمیت-ادکوک، مین‌شین^۱، ۲۰۱۵)، همدلی بیشتر با فرزندان (کارنز-هولت، ۲۰۱۰)، ارتقاء سطح کارکردهای خانوادگی مانند رضایت خانوادگی، انسجام، برقراری ارتباط، و انعطاف‌پذیری (کورنت و

همکاران^۱، ۲۰۱۵). پژوهش‌های متعددی به روابط پدر و مادر و نقش آنها در اختلال بیش‌فعالی کودکان پرداخته‌اند. نتایج پژوهش ملکی، مشهدی، سلطانی‌فر و همکاران (۱۳۹۵) نشان می‌دهد والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی برای کنترل رفتارهای تکانشی فرزند خود دستورات زیادی می‌دهند و از تشویق و تنبیه بیشتری استفاده می‌کنند. عزیززاده و آندریس (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند، ارتباط منفی بین روش فرزندپروری منطقی و نشانه‌های بیش‌فعالی در کودکان وجود دارد، در حالی که بین روش فرزندپروری مستبدانه و نشانه‌های بیش‌فعالی کودک رابطه مثبت وجود داشت. از سوی دیگر، برخی پژوهش‌ها به رابطه میان روش‌های فرزندپروری و شدت مشکلات رفتاری در کودکان پرداخته‌اند (سیلوا و اربانو^۲، ۲۰۱۶). در این مطالعه پژوهشگران دریافتند که روش فرزندپروری مستبدانه رابطه معناداری با شدت مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال دارد. پژوهش هریسون و سوفرونوف^۳ (۲۰۰۶) نشان داد روش فرزندپروری مادر به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم در مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال است؛ یعنی هرچه مقررات و سختگیری‌های مادران نسبت به فرزندان بیشتر باشد، مشکلات رفتاری آنان بیشتر می‌شود. در مطالعه دیگر نشان داده شد که بیشترین روش فرزندپروری مادران کودکان بیش‌فعالی روش فرزندپروری مستبدانه است (کارازه، عبدی و حیدری، ۱۳۹۴).

بنابراین می‌توان گفت فرزندپروری در شرایطی که کودک دارای نشانه‌هایی از تحریک‌پذیری، خلق منفی، بی‌توجهی، نافرمانی و مسائل جدی در زمینه مشکلات رفتاری باشد امری بسیار پرچالش و دشوار می‌گردد، زیرا والدین کودکان با فشارهای بسیار جدی در زمینه تلاش برای مدیریت و سروسامان دادن به فعالیت‌ها و کارهای روزانه فرزندشان روبه‌رو می‌شوند. به همین دلیل بیشتر اوقات والدین این کودکان برای کنترل کودک به روش‌هایی متوسل می‌شوند

4. Bratton, Landreth, Kellam & Blackard

5. Drewes

6. West

7. Jensen-Hart, Christensen Dutka & Leishman

8. Socarras, Smith-Adcock & Min Shin

9. Cornett and Bratton

1 Chako, Allan, Uderman, cornwell, Anderson & Chimiklis

1. Silva & Urbano

2. Harrison & Sofronoff

4 Barkley

3. child parent relationship therapy

یک از گروه‌ها ۱۵ نفر در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۸۵). پس از انتخاب نمونه افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به این پژوهش شامل: داشتن سن ۲۰-۴۵ سال، داشتن کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، تمایل والدین و کودکان برای شرکت در جلسات آموزشی و معیارهای خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه، عدم انجام تکالیف تعیین شده و ابراز عدم تمایل به همکاری بود. نمونه‌های مورد پژوهش، حق انتخاب شرکت یا عدم شرکت در مطالعه را داشتند و به آن‌ها درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت‌شان و اطلاعات پرسشنامه اطمینان داده شد. پس از توضیح هدف و نحوه انجام پژوهش به مادران، از آنان جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد و در صورت موافقت فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط ایشان تکمیل شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری باوریندا^۱ (۱۹۷۲): این پرسشنامه توسط باوریندا (۱۹۷۲) ساخته شده است و از ۳۰ سؤال تشکیل شده است که به صورت لیکرت پنج‌عاملی از ۰ تا ۴ (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود (بوری، ۱۹۹۱). هر ۱۰ سؤال یک روش را می‌سنجد. بوری (۱۹۹۱) میزان پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی ۰/۸۱ برای روش سهل‌گیرانه، ۰/۸۶ برای روش مستبدانه و ۰/۹۲ برای روش مقتدرانه گزارش کرد. در ایران نیز اسفندیاری (۱۳۸۳) میزان پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی برای روش سهل‌گیرانه ۰/۶۹، برای روش مستبدانه ۰/۷۷ و برای روش مقتدرانه ۰/۷۳ گزارش کردند و روایی محتوایی آزمون نیز به وسیله ۱۰ نفر از صاحب نظران روانشناسی و روانپزشکی تأیید شد (اصلائی، دریکوندی و دهقانی، ۱۳۹۳).

شیوه اجرا. پس از اخذ مجوزهای لازم و با هماهنگی قبلی، جهت اجرای پژوهش و گردآوری داده‌ها به کلینیک تخصصی روانشناسی شهر اردبیل مراجعه شد و فهرستی از مادران کودکان در رده سنی ۷ تا ۱۲ سال

نیز از دیگر اثرات مثبت درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) بر شیوه‌های فرزندپروری است. پژوهش‌های داخلی در زمینه درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) نیز حاکی از اثربخشی این مدل آموزشی درمانی است. نتایج پژوهش اخوان تفتی و امیری (۱۳۹۷)، نجاتی، موسوی، روشن چسلی و محمودی قرائی (۱۳۹۵) و امیر، حسن‌آبادی، اصغری‌نکاح و طیبی (۱۳۹۰) نشان می‌دهد درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) بر شیوه‌های فرزندپروری مادران موثر است.

با توجه به آن‌چه در بالا ذکر شد، ضروری است که والدین اطلاعات کافی راجع به این کودکان داشته باشند تا بتوانند به شیوه‌های مناسب و صحیح به آنها کمک کنند. گاه پیش می‌آید که ناآگاهی و عدم آشنایی والدین و دیگر افراد مرتبط با این کودکان منجر به ایجاد نگرشی نادرست و گاه خصمانه و انتقام‌جویانه نسبت به آنها می‌شود که چنین نگرشی می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری در آینده و سرنوشت آنها داشته باشد (عربی، فتاح مقدم و صاحب الزمانی، ۱۳۹۸). از سوی دیگر با توجه به مرور پیشینه پژوهش و مطالب گفته شده خلاء پژوهشی درباره تاثیر درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر بهبود سبک‌های فرزندپروری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی وجود دارد. بر این اساس هدف پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) بر بهبود سبک‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بود.

روش پژوهش

جامعه آماری و نمونه‌های پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی که در سال ۱۳۹۹ به کلینیک روانشناسی شهر اردبیل مراجعه کرده‌اند بود که از این گروه ۳۰ نفر از مادران کودکان بیش‌فعال به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. چون پژوهش از نوع مداخله‌ای بود، حداقل نمونه در هر

^۲ Buri

^۱ Baumrind's Parenting style questionnaire

والد- کودک بوده، و عمدتاً از تکنیک‌های بازی درمانی کودک محور استفاده می‌کند. والدین تحت نظارت یک متخصص آموزش دیده، تکنیک‌های بازی درمانی کودک محور توسط مجموعه خاص از اسباب بازی‌ها را در منزل استفاده و اجرا می‌کنند. سپس والد با ترتیب دادن جلسات بازی در منزل، آن اصول را در ارتباط با کودک خود به کار می‌برد. به منظور بررسی میزان درگیری شرکت‌کنندگان در پژوهش، تکالیف ارائه شده در هر جلسه، در جلسه بعدی بررسی و بازخورد مناسب داده شد. در پایان دوره، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط مادران هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل گردید. برای تحلیل داده‌ها بعد از تایید مفروضه‌های لازم، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS تحلیل شد.

دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی تهیه گردید. با توجه به در نظر گرفتن ملاک‌های ورود، گروه‌های نمونه انتخاب شدند. از مادران این، ابتدا پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری بامرید توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. سپس جلسات بازی-درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک ارائه شده توسط لندرت و براتون^۱ (۲۰۰۶) (مطابق با جدول ۱) به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (۲ بار در هفته) بر روی گروه آزمایش اجرا شد در حالی که برای افراد گروه کنترل، این درمان انجام نگرفت. در مدل ده جلسه‌ای درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT)، به والدین اصول و مهارت‌های برقراری ارتباط با کودکان، آموزش داده می‌شود. این شیوه ترکیبی از بازی درمانی و رویکردهای آموزش والدین است؛ با این تفاوت که متمرکز بر رابطه

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	توضیح مختصری در مورد اهداف آموزش رابطه والدکودک و مفاهیم ضروری آن	خوش آمدگویی، معرفی آموزش سی.پی.آر.تی	توجه به احساسات و تمرین توجه
دوم	آشنا شدن والد با شیوه ایجاد فضای بازی برای کودک	معرفی اسباب بازی‌های لازم برای جلسات بازی	۱- تهیه اسباب بازی‌ها ۲- مشخص کردن زمان و مکان جلسات بازی
سوم	آشنا شدن والد با شیوه پاسخدهی و بازتاب دادن افکار و احساسات کودک	معرفی بایدها و نبایدهای جلسات بازی	اجرا کردن بایدها و نبایدهای قبل، حین و پایان بازی برای نهادینه شدن آنها
چهارم	آموزش والد با شیوه اعمال محدودیت برای ایجاد محیطی امن برای کودک	شیوه اعمال محدودیت در جلسات بازی	کامل کردن برگه اعمال محدودیت
پنجم	حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت-های جلسه بازی	حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت-های جلسه بازی	بوسه و بغل ساندویچی با کودک
ششم	آشنا شدن والد با آموزش شیوه درست تصمیم‌گیری به کودک	شیوه‌های در اختیار گذاشتن انتخاب‌های متناسب با سن کودک	تمرین دادن حق انتخاب به کودک

^۱ Landreth & Bratton

هفتم	حمایت از والد برای ایجاد اعتماد به نفس مثبت در کودک	شیوه‌های بالابردن میزان اعتماد به نفس کودک با اتخاذ انتخاب‌های مناسب	آشناکردن کودک با نکات مثبت خودش
هشتم	تشویق والد برای رهنمون کردن کودک به سوی ارزیابی درونی	تشویق کردن فرایند در مقابل پاداش‌دهی	توجه به تلاش کودک به جای تمرکز بر پاداش‌دهی در زمان بازی و خارج از بازی
نهم	آشناشدن با شیوه فرزندپروری مقتدرانه	تعریف شیوه فرزندپروری مقتدرانه با مثال	کشتی گرفتن مفرحانه با کودک عروسک بازی ساختاریافته
دهم	برجسته کردن مهارت‌های دریافت شده توسط والد به منظور درونی شدن آنها	مرور کل جلسات آموزشی	تعهد ضمنی برای ادامه‌داربودن جلسات با کودک

یافته‌ها

۳۳/۶۶ (انحراف معیار ۴/۲۳) و میانگین سنی مادران در گروه کنترل ۳۴/۸۶ (انحراف معیار ۴/۰۵) بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل را در متغیر سبک‌های فرزندپروری در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل تعداد ۳۰ نفر با اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بودند که ۱۵ نفر از آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. میانگین سنی مادران در گروه آزمایش

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمره‌های سبک‌های فرزندپروری در دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M
سبک استبدادی	آزمایش	۲۹/۸۰	۳/۴۰	۲۵/۶۰	۲/۹۷
	کنترل	۳۲/۵۳	۲/۵۰	۳۲/۴۶	۲/۳۲
سبک مقتدرانه	آزمایش	۲۹/۱۳	۲/۰۹	۳۳/۲۶	۲/۶۳
	کنترل	۳۰/۵۳	۲/۴۷	۳۰/۶۶	۲/۴۳
سبک سهل‌گیر	آزمایش	۳۲/۴۶	۲/۴۴	۲۹/۸۰	۲/۴۸
	کنترل	۳۱/۱۳	۱/۸۸	۳۱/۰۰	۱/۷۳

در ادامه برای بررسی بیشتر تفاوت‌های مشاهده شده در میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سبک‌های فرزندپروری در گروه آزمایش و کنترل از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، جهت رعایت پیش‌فرض‌های آن، از آزمون لوین استفاده شد. آزمون یکسانی واریانس‌ها برای متغیرها با آزمون لون بررسی که نتایج برای متغیرها به این صورت گزارش

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین گروه آزمایش در سبک‌های فرزندپروری سهل‌گیرانه و استبدادی در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است. همچنین میانگین گروه آزمایش در سبک فرزندپروری مقتدرانه در پس‌آزمون افزایش یافته است؛ اما در گروه کنترل تفاوت زیادی دیده نمی‌شود.

می‌شود. متغیر سبک استبدادی ($F=2/24$ ، $P=1/27$)، تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه‌های پژوهش سبک مقتدرانه ($F=2/73$ ، $P=1/09$) و سبک سهل‌گیر ($F=2/04$ ، $P=1/64$) در ادامه نتایج حاصل از ذکر شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P	ضریب اتا
گروه	اثر پیلائی	۰/۹۱	۸۴/۹۶	۳	۲۳	۰/۰۱	۰/۹۱
	لامبدا و بلکز	۰/۸۳	۸۴/۹۶	۳	۲۳	۰/۰۱	۰/۹۱
	اثر هتلینگ	۱۱/۰۸	۸۴/۹۶	۳	۲۳	۰/۰۱	۰/۹۱
	بزرگترین ریشه خطا	۱۱/۰۸	۸۴/۹۶	۳	۲۳	۰/۰۱	۰/۹۱

مبتنی بر رابطه والد کودک) بر متغیر وابسته (سبک‌های فرزندپروری) مؤثر بوده است. در جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس جهت بررسی در مان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) بر بهبود سبک‌های فرزندپروری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی ارائه شده است.

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد، یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره حاکی از این است که مقدار F چند متغیری در سطح $P < 0/05$ از لحاظ آماری معنادار می‌باشد و بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از مؤلفه‌های سبک‌های فرزندپروری تفاوت معناداری وجود دارد. لذا، متغیر مستقل (درمان

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) بر سبک‌های فرزندپروری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی

متغیر	SS	df	MS	F	P	ضریب اتا
سبک استبدادی	۱۱۱/۹۶	۱	۱۱۱/۹۶	۴۲/۶۷	۰/۰۱	۰/۶۳
سبک سهل‌گیر	۲۵/۴۶	۱	۲۵/۴۶	۴۳/۲۷	۰/۰۱	۰/۶۳
سبک مقتدرانه	۸۹/۲۱	۱	۸۹/۲۱	۱۴۹/۴۷	۰/۰۱	۰/۸۵
خطا						
سبک استبدادی	۶۴/۶۷	۲۵	۲/۵۸			
سبک سهل‌گیر	۱۴/۹۱	۲۵	۰/۵۹			
سبک مقتدرانه	۱۴/۹۲	۲۵	۰/۵۹			
کل						
سبک استبدادی	۲۵۸۴/۰۰	۳۰				
سبک سهل‌گیر	۲۷۸۶۴/۰۰	۳۰				
سبک مقتدرانه	۳۰۸۸/۰۰	۳۰				

می‌گیرد (مدرسه و کلاس، محیطه‌ای بازی و جمع‌های خانوادگی و فامیلی)، بازخوردهای منفی دریافت کنند. آنگاه که علل کاستی توجه، پرفعالیتی و تکانشگری کودک بر افراد آشکار نیست، واکنش‌های هیجانی و رفتاری ناسازگارانه کودک به مشکلات تربیتی و شیوه‌های فرزندپروری نابسند و گاه نامناسب والدین منتسب می‌شود. آموزش والدین، در درجه نخست، نگرش خود والدین نسبت به کودک و نابسامانی‌های رفتاری و هیجانی وی و سپس شیوه‌های فرزندپروری آنان را هدف قرار می‌دهد. این آگاهی، به آنان این امکان را می‌دهد که از شیوه‌های کارآمدتری برای مدیریت رفتار فرزند خویش استفاده کنند و به مقابله‌جویی متوسل نشوند. یکی از مفاهیم بسیار ابتدایی در این روش که به خود ارزیابی مناسب‌تر والدین و در نتیجه به انگیزه‌هایی برای بهبود فرزندپروری منجر شده است، شناخت روش برخورد، تغییر و تأثیر آن بر وضعیت خود و فرزندان است. بدین ترتیب خودآگاهی والدین، شناخت اختلال از سوی آنان و پیدایش احساس کفایت در پی اطلاع از تغییرپذیری علائم، می‌تواند به نحو چشمگیری پذیرش درمانی و پیروی از درمان در همه زمینه‌ها را بهبود بخشد. در زمینه نگرش والدین نیز، قبل از هر چیز، آنان باید بدانند که علت ایجاد اختلال نیستند و اینکه بسیاری از مشکلات کودک را می‌توان درمان کرد (مرادی، داوودی، حیدری و همکاران، ۱۳۹۷). با توجه به اینکه درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT)، رابطه را به عنوان عامل درمانی در نظر می‌گیرد، می‌توان گفت که آن با کار بر دو بعد مهم فرزندپروری یعنی توقع (کنترل رفتاری) و پاسخ‌دهی (گرما و حمایت والدین) تأثیر خود را اعمال می‌کند (اخوان تفتی و امیری، ۱۳۹۷).

برنامه آموزشی مبتنی بر رابطه والد-کودک با آموزش روش فرزندپروری مقتدرانه و ارتقاء توانایی‌های فرزندپروری باعث افزایش عزت نفس و اعتماد به نفس

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان می‌دهد درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) بر سبک‌های فرزند پروری استبدادی ($P=0/01$ و $F=42/67$)، مقتدرانه ($P=0/01$ و $F=9142/47$) و سهل‌گیر ($P=0/01$ و $F=43/27$) اثر مثبت و معنی‌داری داشت. بنابراین در پاسخ به سوال پژوهش در خصوص این که درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) چه تأثیری بر سبک‌های فرزندپروری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دارد می‌توان گفت که با توجه به مجذور اتا، در خرده‌مقیاس‌های فرزندپروری استبدادی، مقتدرانه و سهل‌گیر به ترتیب $0/63$ ، $0/85$ و $0/63$ تغییرات ناشی از تأثیر مداخله یا آموزش رابطه والد کودک (CPRT) است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) بر سبک‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) موجب کاهش نمرات سبک‌های فرزندپروری سهل‌گیرانه و استبدادی و افزایش نمرات سبک فرزندپروری مقتدرانه در گروه آزمایش شده است. به عبارت دیگر می‌توان گفت درمان مبتنی بر رابطه والد کودک (CPRT) موجب بهبود سبک‌های فرزندپروری والدین شده است. این یافته با نتایج پژوهش وست و بروک (۲۰۱۰)، سوکاروس، اسمیت-ادکوک و شین (۲۰۱۵)، اخوان تفتی و امیری (۱۳۹۷) و نجاتی، موسوی، روشن چسلی و محمودی قرائی (۱۳۹۵) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت تکانشگری و پرفعالیتی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی موجب می‌شود والدین پیوسته از محیط‌های گوناگونی که کودک در آنها قرار

شرایط اقتصادی و مالی و ویژگی‌های شخصیتی والدین هم‌تاسازی صورت نگرفته است که این متغیرها می‌توانند در نتایج تأثیرگذار باشند. پائین بودن حجم نمونه بدلیل کم بودن کودکان در جامعه آمای؛ امکان مقایسه انواع فرعی اختلالات درونی سازی و برونی سازی را نداد؛ لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی، این درمان در در گروه‌های بزرگتر انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور بررسی اثرات بلندمدت درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک مطالعات پیگیرانه انجام شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که در مشاوره و درمان کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به نقش شیوه‌های تربیتی و تأثیر دوسویه والدین و کودکان در تداوم و تشدید این علائم پرداخته شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود که آموزش‌های مربوط به این روش آموزشی به مشاوران و درمان‌گران مرتبط با مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، آموزش داده شود تا بتوانند از این طریق، گامی موثر در ارتقای سلامت این مادران بردارند و به صورت طولانی مدت از این روش آموزشی استفاده نمایند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آوریم.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

کودک می‌شود و به بهبود تعامل آنها می‌انجامد. در این روش به والدین آموزش داده می‌شود تا در طول مدت بازی با کودک، رابطه خود را با وی تقویت نمایند. در جریان این ارتباط، کودکان از اسباب‌بازی استفاده می‌کنند تا تجربیات جدید را کشف کنند و آنچه را در موردش فکر و احساس می‌کنند، بیان نمایند. بنابراین، پاسخ همدلانه و عاطفی از طرف والدین به احساسات و هیجان‌های کودک، سبب تقویت حرمت نفس در او می‌شود و به او کمک می‌کند تا با تقویت خودمهارگری، مسئولیت اعمال خود را بپذیرد. از طرف دیگر، کودک در زمان بازی، مرکز توجه والدین است و والد ارتباط مطلوب و پذیرایی را برای کودک فراهم می‌کند تا او با احساس آرامش، به ابراز خشم، تنهایی، شکست‌ها، ترس‌ها و آرزوهای خود از طریق بازی اقدام کند. در زمان بازی کردن کودک، معمولاً والدین پیرو دستورات کودک خواهند بود و مواردی از قبیل توبیخ، تنبیه، تحقیر، ارزیابی و قضاوت وجود ندارد.

با عنایت به وجود مشکلات متعددی که اغلب والدین در زمینه تعامل با فرزندان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دارند، بازی، ایزاری مناسب در جهت بازسازی ارتباط والدین با کودکان خود است که به رفع نیازها و تعارضات آنها کمک می‌کند. همچنین، شکل-گیری ارتباط مثبت بین کودک و والد باعث کاهش احساسات منفی و نگرانی‌های مرتبط با فرزندپروری والدین خواهد شد که در نهایت میزان آگاهی و دانش والدین در مورد نحوه تعامل با کودک را افزایش می‌دهد (براتون، رای، رین و جونز، ۲۰۰۵).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. پژوهش روی نمونه مادران کودکان بیش‌فعال اجرا گردید؛ لذا در تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین به رغم هم‌تاسازی در برخی متغیرها از جمله میزان تحصیلات و سن، بین دو گروه مورد پژوهش از لحاظ

منابع

- سخنرانی، فائزه؛ خانجانی، زینب و زینالی، شیرین. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش فرزندپروری والدین بر کاهش علائم اختلال سلوک و بهبود سبک‌های فرزندپروری، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گراگان*، ۱۷(۲): ۲۴-۳۰.
- شهیم، سیما. (۱۳۸۶). پرخاشگری رابطه‌ای در کودکان پیش دبستانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۳(۳): ۲۶۴-۲۷۱.
- شهانیان، آمنه؛ شهیم، سیما؛ بشاش، لعیما و یوسفی، فریده. (۱۳۸۶). هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز. *مطالعات روان شناختی*، ۳(۳): ۹۷-۱۲۰.
- علیزاده حمید. (۱۳۸۴). تبیین نظری اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۵(۳): ۳۲۲-۳۴۸.
- عربی، زهره؛ فتح مقدم، لادن؛ و صاحب الزمانی، محمد. (۱۳۹۸). بررسی وضعیت ارتباطات خانوادگی در کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ بیش‌فعالی. *مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور*، ۱۸(۲): ۱۱۸-۱۲۸.
- قاسم‌زاده، سوگند؛ افروز، غلامعلی؛ به‌پژوه، احمد و شکوهی-یکتا، محسن. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر غنی‌سازی روابط درون خانوادگی بر مهارت فرزندپروری مادران و نشانه‌های بالینی کودکان با اختلال رفتاری. *مطالعات روانشناختی*، ۱۱(۱۳): ۲۴-۷.
- مرادی، پیمان؛ داوودی، حسین؛ حیدری، حسن؛ آل یاسین، سیدعلی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی آموزش ورزش مغزی و فرزنددرمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر نشانگان نقص توجه/بیش‌فعالی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸: ۹۵-۹۵.
- مصطفوی، سعیده سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی و محمودی قرائی، جواد. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد کودک مطابق با الگوی لندرت به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان، *دوفصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۷(۱۹): ۳۳-۴۲.
- نجاتی، امین؛ موسوی، رقیه؛ روشن چسلی، رسول و محمودی قرائی، جواد. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر شدت نشانه‌های اختلال نقص
- اخوان تفتی، مهناز و امیری، نگار. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان رابطه والد کودک (CPRT)، بر بهبود شیوه‌های فرزندپروری مادران. *مطالعات روانشناختی*، ۱۴(۳): ۴۶-۶۰.
- امیر، فاطمه؛ حسن‌آبادی، حسین؛ اصغری‌نکاح، سیدمحسن و طیبی، زهرا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد کودک بر شیوه‌های فرزندپروری، *دوفصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۴(۱): ۴۸۹-۴۷۳.
- ترابی مزرعه‌ملکی، نغمه (۱۳۹۰). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه کودک-والد بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش-دبستانی و شیوه‌های والدگری مادران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علم و فرهنگ
- دلاور، علی. (۱۳۸۵). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات ویرایش
- دهقانی، یوسف؛ اصلانی، خالد و دریکوندی، ناهید. (۱۳۹۳). رابطه شیوه‌های فرزندپروری، دینداری و هوش هیجانی با آمادگی به اعتیاد در دانش‌آموزان دبیرستانی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۲): ۷۵-۸۰.
- رجب‌پور، مجتبی؛ مکوندحسینی، شاهرخ و رفیعی‌نیا، پروین. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌درمانی رابطه والد-کودک بر پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی، *مجله روانشناسی-بالینی*، ۱۱(۴): ۷۴-۶۵.
- حافظی، اکرم؛ توکلی قوچانی، حمید؛ و لشکردوست حسین. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش بازی درمانی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۱(۴): ۱-۹.
- طهماسبی، عاطفه و خسروپور، فرشید. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک روی مهارت‌های اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی. *رویش روانشناسی*، ۸(۶): ۱۱۳-۱۲۲.
- کارازه، شیلا؛ عبدی، منصور و حیدری، حسن. (۱۳۹۴). بررسی کارکرد خانواده و نقش سبک‌های فرزندپروری مادران در پیش‌بینی مشکلات رفتاری. *مجله اندیشه و رفتار*، ۳(۹): ۱۷-۲۶.

- Harrison, C., & Sofronoff, K. (2006). ADHD and parental psychological distress. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 302-312.
- Jensen-Hart, S. J., Christensen, J., Dutka, L. & Leishman, J. C. (2012). Child parent relationship training (CPRT), enhancing the parent-child relationships for military families. *Advances in social work*, 13(1), 51-66.
- Karavasilis, L., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (2003). Associations between parenting style and attachment to mother in middle childhood and adolescence. *Int J Behav Dev*, 27(2), 153-64.
- Kirk, S., Gallagher, J. J., Coleman, M. R., & Anastasiow, N. J. (2015) *Educating exceptional children*. Boston: Cengage Learning.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A ten session filial therapy model*. New York: Routledge
- Mishar, P. & Kiran, U.V. (2018). Parenting style and social anxiety among adolescents. *International Journal of Applied Home Science*, 5(1), 117-123.
- Mohr-Jensen, C., Steen-Jensen, T., Bang-Schnack, M., & Thingvad, H. (2019). What do primary and secondary school teachers know about ADHD in children? Findings from a systematic review and a representative, nationwide sample of Danish teachers. *J Atten Disord*, 23(3), 206-19.
- Patros C. H. G., Alderson, R. M., Hudec, K. L., Tarle, S. J., & Lea, S. E. (2017). Hyperactivity in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: The influence of underlying visuospatial working memory and self-control processes. *Journal of Experimental Child Psychology*, 154:1-12.
- Sergeant, J. A., Geurts, H., Huijbregts, S., Scheres, A., & Oosterlaan, J. (2003). The top and the bottom of ADHD: a neuropsychological perspective. *Neurosci Biobehav Rev*, 27(7), 583-92.
- Silva, A. M., & Urbano, R. L. (2016). Child ADHD severity, behavior problems and parenting styles. *Annals of Psychiatry and Mental Health*, 4(3), 28-37.
- Socarras, K., Smith-Adcock, S. & Min Shin, S. (2015). A qualitative study of an intensive filial intervention using child-parent relationship therapy (CPRT). *The Family Journal*, 23(4) 381-391.
- Soliva, J. C., Fauquet, J., Bielsa, A., Rovira, M., Carmona, S., Ramos-Quiroga, J. A., & et al. (2010). Quantitative MR analysis of caudate
توجه / بیش‌فعالی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴(۱):
۳۱-۱۹
- Arns, M., Heinrich, H., & Strehl, U. (2014). Evaluation of neurofeedback in ADHD: The long and winding road. *Biological Psychology*, 95, 108-15
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed). Guilford Publications.
- Bartholomeu, D., Montiel, J. M., Fiamenghi G. A. & Machado, A. A. (2016). Predictive power of parenting styles on children's social skills: A Brazilian sample. *Journal of Attention Disorders*, 6(2), 1-7.
- Baumrind, D. (1991), Effective Parenting during the early adolescent transition in P. A. Cowan & E. M. Hetherington, *Family Transitions*, 2, 111-163.
- Bratton, S., Ray, D., Rhin, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: research and practice*, 36(4), 376-390.
- Buri, J. (1991). Parental authority questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 57(5), 10-119.
- Carnes-Holt, K. (2010). Child-parent relationship therapy with adoptive families: effects on child behavior, parent-child relationship stress, and parental empathy. Doctoral Dissertation, University of North Texas, United States.
- Chako, A., Allan, C., Uderman, J., cornwell, M., Anderson, M. & Chimiklis, A. (2015). *Training Parents of Youth with ADHD*. In Russel A. Barkley (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, a Handbook for Diagnosis and Treatment*. 4th. edition. NY: Guilford Press. 6558- 661
- Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. (1999). *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS) technical manual*. N. Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Cornett, N., & Bratton, S. C. (2014). Examining the impact of child parent relationship therapy on family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(3), 302-318.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- Drewes, A. A. *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques*: John Wiley & Sons, 2009.

- therapy (CPRT). Doctoral Dissertation, University of North Texas, United States.
- Wofford, J. R., Ohrt, J. H. (2018). An integrated approach to counseling children diagnosed with ADHD, ODD, and chronic stressors. *Fam J*, 26(1), 105-9
- abnormalities in pediatric ADHD: Proposal for a diagnostic test. *Psychiatry Res Neuroimag*, 182(3), 238-43.
- West, Brooke. E. (2010). A mixed-methods approach to the experiences of non-offending parents in child parent relationship