

تأثیر آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان بر خستگی و سبک‌های مقابله‌ای مادران دارای کودکان بیش‌فعالی - نقص توجه

اسماعیل موسوی^۱، امید نجمی گشتاسب^۲، طاهر علیزاده چهار برج^{۳*}

تاریخ وصول: ۹۳/۱۰/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: بیش‌فعالی و نقص توجه یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودکان است. هدف از انجام این پژوهش، تأثیر آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان بر سبک‌های مقابله‌ای و خستگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع نیمه تجربی با گروه‌های شاهد و آزمون بر روی ۳۶ مادر دارای کودک بیش‌فعال - نقص توجه انجام شد. محیط انجام پژوهش کلینیک‌های شهید مفتاح و باران شهر یاسوج در سال ۱۳۹۲ بود. مادران پس از پاسخگویی به مقیاس خستگی Krupp، ۳۶ نفر از مادرانی که نمره آن‌ها بالاتر از نمره برش (بالاتر از ۳۶) بود، انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۸ نفری شاهد و مورد تقسیم شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۱ و تحلیل کوواریانس در سطح معنی‌داری ($p < 0.01$) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در گروه مداخله میانگین نمره خستگی و سبک مقابله مساله مدار بعد از مداخله از $47/25 \pm 7/79$ به $30/35 \pm 1/45$ و $52/11 \pm 9/60$ به $37/25 \pm 6/48$ کاهش یافت ($p < 0.01$). میانگین نمره سبک مقابله مسئله مدار بعد از مداخله از $51/68 \pm 14/14$ به $25/19 \pm 67/6 \pm 25/19$ افزایش یافت، اما تفاوتی بین میانگین نمره سبک مقابله اجتنابی قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها اثربخشی تأثیر آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان را بر سبک‌های مقابله‌ای و خستگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه را تأیید می‌کند.

واژگان کلیدی: بیش‌فعالی و نقص توجه، آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان، خستگی، سبک‌های مقابله.

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه با ناسازگاری در خانواده در ارتباط است (۷). توجه و نظارت والدین بالأخص مادران از این کودکان می‌تواند یک منبع تنیدگی محسوب شود (۸). تماس‌های مکرر والدین با معلم کودک بیش‌فعال خود در ارتباط با بدرقتاری وی، صحبت با والدین دیگر در مورد رفتار کودکانشان، ترک محیط کار به منظور مراقبت از کودک بیش‌فعال خود و نگرانی در مورد آسیب کودک به خود فقط اندکی از استرس‌هایی است که به‌طور معمول توسط والدین این کودکان گزارش می‌شود. مطالعات نیز نشان می‌دهد که مادران کودکان بیش‌فعال میزان بالاتری از استرس را نسبت به مادران کودکان عادی گزارش می‌دهند (۹). کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری بر سلامت روان مادران خود تأثیر می‌گذارند (۱۰). یافته‌ها نشان می‌دهد که ناتوانی تنظیم هیجان در مادر با مشکلات رفتاری کودکان ارتباط دارد (۱۱). همچنین نحوه برخورد با مشکلات کودکان بیش‌فعال بر سلامت روان والدین تأثیر منفی دارد (۱۲). خستگی^۲ و کاهش انرژی در والدین از آسیب‌های داشتن کودک بیش‌فعال نقص توجه است

بیش‌فعالی - نقص توجه^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودکان است (۱-۳). علائم اصلی این اختلال شامل بیش‌فعالی، نقص توجه و تکانشگری است (۲ و ۳). این علائم بایستی ۶ ماه به طول انجامد، با سطح تحولی کودک مطابقت نداشته و پیش از ۷ سالگی ظاهر شده باشد (۴ و ۵). این اختلال در پسرها به نسبت ۵ به ۱ از دخترها شایع‌تر است (۶).

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران
۳. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران، تهران، ایران
*(نویسنده مسئول) Email: tuncay2012@gmail.com

است (۱۸). در سال‌های اخیر تنظیم هیجان به‌عنوان یک فرآیند هسته‌ای در تحقیق و درمان آسیب‌شناسی روانی مورد هدف واقع شده است (۱۹). بررسی متون و مطالعات روانشناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و نقص در آن با اختلالات درون‌ریز و برون‌ریز، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و اختلالات سازگاری ارتباط دارد (۲۰). گروس، الگوی فرآیند تنظیم هیجان را پیشنهاد کرده است (۲۱). بر طبق الگوی گروس^۵، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به‌کاربرده می‌شود. پاسخ‌های هیجانی، اطلاعات مهمی درباره تجربه فرد در ارتباط با دیگران فراهم می‌کند. با این اطلاعات انسان یاد می‌گیرد که در مواجهه با هیجانات چگونه رفتار کنند و چگونه تجارب هیجانی خود را به‌صورت کلامی بیان کنند، چه راهکارهایی را در پاسخ به هیجان‌ها به کار برند و در زمینه هیجان‌های خاص، چگونه با دیگران رفتار کنند (۲۲). به عقیده گارنفسکی، کرایبی و اسپینهاون^۶ (۲۳) در مطالعه سال ۲۰۰۱، افراد در مواجهه با شرایط تئیدی از راهبردهای متنوع تنظیم هیجان استفاده می‌کردند؛ از جمله این راهبردها عبارت بودند از: نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگری، فاجعه‌انگاری و تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، برنامه‌ریزی کردن. راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش هیجانات منفی و مدیریت هیجان و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد و بهزیستی رابطه مثبتی دارد (۱۹). همچنین، بررسی‌ها نشان می‌دهند که آموزش گروهی تنظیم هیجان، تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب‌رساندن به خود، تنظیم شدن هیجان، سبک‌های مقابله‌ای مؤثرتر و نشانه‌های ویژه اختلال شخصیت و بهبود سلامت عمومی دارد (۲۴) سالوو^۷ در سال ۲۰۰۶ نیز یادآور شده است فردی که در تنظیم هیجانات منفی، مشکل دارد در برابر فشارهای محیطی آسیب‌پذیرتر است. حتی این به‌صورت یک باور درآمده است که مهارت‌ها یا توانایی‌های ضعیف اشخاص، باعث افزایش آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر استرس می‌شود (۲۵)؛ بنابراین، تنظیم هیجان سازگارانه باعث نفس و تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است و افزایش دفعات تجربه هیجانی مثبت باعث مراقبه مؤثر با موقعیت استرس‌زا می‌شود و حتی رفتارها و فعالیت‌های مناسب در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را بالا می‌برد و عاملی کلیدی و تعیین‌کننده در کاهش احساس خستگی، بهزیستی و کارکرد اثربخش است (۲۶). میلر و کراور^۸ (۲۰۰۶) معتقدند که نارسایی در تنظیم عواطف، نقش مهمی در اختلالات سازگاری، سبک‌های

که می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی بر توانایی جسمی و ذهنی والدین تأثیر بگذارد و باعث بروز الگوهای ناسازگارانه و ناکارآمد در اعضای خانواده بویژه والدین می‌شود (۱۱). یکی دیگر از مؤلفه‌های اساسی که در خانواده دارای کودک بیش‌فعال - نقص توجه باید به آن توجه نمود، نحوه سبک‌های مقابله‌ای^۱ والدین است. داشتن کودک بیش‌فعال - نقص توجه باعث می‌شود والدین سبکی هیجان مدار را برای مقابله با فشارهای زندگی در محیط خانواده و کار در پیش‌گیرند (۱۳). سبک مقابله‌ای تلاشی است که افراد برای رویارویی با موقعیت‌های مختلف زندگی در پیش می‌گیرند و به کمک آن محرک تنش‌زا را حذف یا تقلیل می‌دهند (۱۴). سبک‌های مقابله‌ای به انواع مختلفی تقسیم می‌شوند. سبک مقابله مسأله مدار تلاشی است به‌منظور تغییر یا کاهش شرایط فشار آور است، درحالی‌که مقابله هیجان مدار شامل رویکرد هیجانی و تحریک‌پذیر در برابر شرایط فشارزا هست (۱۵). مقابله اجتنابی نیز مستلزم فعالیت‌ها و تغییرات شناختی است که هدف آن‌ها اجتناب از موقعیت فشار آور می‌باشد (۱۶). یافته‌های گرتی^۲ و همکاران نشان داد، مادران کودکان بیش‌فعال کمتر از راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار را به کار می‌گیرند و بیشتر از راهبردهای هیجان مدار و اجتنابی، زیرا رویارویی با فشار روانی که می‌تواند گاهی منبع اصلی مشکلات آن‌ها باشد می‌گزینند و به دنبال حل مشکلات نیستند و روش‌های مقابله فوق، منجر به کاهش سازگاری و پیدایش مشکلات روانی از جمله افسردگی و خستگی در آن‌ها می‌گردد (۱۵).

برنامه‌های آموزشی در بهبود سلامت روان والدین کمک شایانی می‌کند. شواهد بسیاری نشان می‌دهد که تعاملات والد و کودک و به سبب آن سلامت روان والدین و بویژه مادران وقتی که کودک دارای اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه تحت روش‌های مختلف درمان قرار می‌گیرد بهبود می‌یابد. دنفوس^۳ و همکاران نشان دادند روش‌های مختلف درمانی از جمله دارودرمانی و آموزش والدین می‌تواند بر بهبود سلامت روان مادران مؤثر باشد (۱۷). تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای افزایش مؤلفه‌های روانشناختی والدین دارای کودک با بیش‌فعالی - نقص توجه به کار گرفته شده است. یکی از این درمان‌ها آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان^۴ است که برای کاهش آثار روانشناختی و کاهش خستگی بر والدین دارای کودکان بیش‌فعال - نقص توجه مورداستفاده قرار می‌گیرد. آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان برای کمک به افراد برای مقابله با فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک بیش‌فعال - نقص توجه به کار می‌رود. آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده از هیجانات مثبت

5. Gross JJ

6. Garnefski N, Karajji V, Spinhoven

7. Salovey P

8. Carver CS, Miller CJ

1. Coping strategies

2. Goretti

3. Danforth

4. Emotion regulation Training

مقایسه خستگی کراپ^۲ را پاسخ دهند. پس از پاسخ‌گویی به مقیاس خستگی کراپ، ۳۶ نفر که نمره خستگی آنان بالاتر از نقطه برش آزمون خستگی (بالاتر از ۳۶) بود و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. سپس این گروه نمونه به سبک‌های مقابله پارکر و اندلر^۳ پاسخ دادند. برای اجرای جلسات مداخله، افراد به روش تصادفی ساده به دو گروه ۱۸ نفری مورد و شاهد تقسیم شدند. گروه مورد مداخله به صورت هفتگی در محل دانشکده علوم انسانی دانشگاه پیام نور یاسوج (بخش روانشناسی) جمع شده و تحت آموزش بر مبنای اصول آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان قرار گرفتند. در این مدت گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش طی پذیرش از افراد نمونه جهت شرکت در جلسه‌ای توجیهی دعوت به عمل آمد و فرآیند شرکت در پژوهش برای آن‌ها به صورت کامل شرح داده شد. در این پژوهش، اجازه کتبی از مادران گرفته شد، تمام شرکت‌کنندگان در مورد هدف از مطالعه و کناره‌گیری از مطالعه در هر زمان که بخواهند مطلع گردیدند و به آن‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات شخصی محرمانه باقی می‌ماند. سپس این افراد به صورت داوطلبانه حاضر به شرکت در پژوهش شدند. هم‌چنین به گروه شاهد اطمینان داده شد که آن‌ها پس از اتمام فرآیند پژوهش، این مداخلات درمانی را دریافت خواهند نمود. در این مطالعه به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس خستگی کراپ و پرسشنامه سبک‌های مقابله پارکر و اندلر استفاده شد. اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری شده شامل سن و جنس کودک، سن، شغل و سطح تحصیلات مادر و سابقه بیماری جسمی یا روانی در خانواده بود.

مقیاس خستگی توسط کراپ و همکاران (۳۱) به منظور سنجش شدت خستگی طراحی شد و شامل ۹ مورد است که نمره‌گذاری آن به صورت مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از به شدت مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) می‌باشد. نمرات بالاتر یا مساوی ۳۶ به عنوان خستگی شدید در نظر گرفته می‌شود (۳۲)، در تحقیق‌های صورت گرفته (۲۵)، پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و روایی سازه این مقیاس برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است (۰/۰۱ < p). پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای پارکر و اندلر (۳۳) به منظور ارزیابی انواع سبک‌های مقابله‌ای افراد در موقعیت‌های فشارزا طراحی شده است و دارای ۴۸ ماده است که به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نه هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) نمره‌گذاری می‌شود و در مجموع چهار راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار، هیجان‌مدار، اجتنابی و روی آوردن به اجتماع را دربرمی‌گیرد (۳۳)، پارکر و اندلر ضریب همسانی درونی کل مقیاس را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند.

مقابله‌ای ناکارآمد و اختلالات خلقی دارد (۲۷). مطالعات بالینی نشان می‌دهد که آموزش متمرکز بر تنظیم هیجان، خستگی روانی، افسردگی، اضطراب و ناگویی خلقی را کاهش می‌دهد (۲۸)، باین حال تیلور و باگی^۱ بیان داشته‌اند که با توجه به صفات شخصیتی تفاوت وجود دارد (۲۹).

سوابق پژوهشی و مطالب مطرح شده در تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که نارسایی در تنظیم هیجان می‌تواند آثار منفی بر سلامت، زندگی شخصی، کیفیت زندگی، سبک‌های مقابله‌ای، بهزیستی روانی مادران بر جای گذارد. هم‌چنین با وجود تأثیر بد رفتاری کودکان بر سلامت روان اعضای خانواده توجه کافی به برنامه‌های مداخلاتی جهت بهبود سلامت روان خانواده کودکان با مشکلات رفتاری وجود ندارد (۳۰). طبق تحقیقاتی که تاکنون به عمل آمده چنین پژوهشی با این شیوه رویکردی در ایران انجام نگردیده است. لذا پژوهش حاضر باهدف تأثیر آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان بر خستگی مزمن و سبک‌های مقابله‌ای مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش فعالی - نقص توجه صورت پذیرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع نیمه تجربی با گروه‌های شاهد و آزمون بر روی ۳۶ مادر دارای کودک بیش فعال - نقص توجه انجام شد. محیط انجام پژوهش کلینیک‌های شهید مفتاح و باران شهر یاسوج در سال ۱۳۹۲ بود. برنامه آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که در طول ۸ هفته برگزار شد. در این پژوهش افراد شرکت‌کننده در برنامه آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان در چهار گروه مداخله‌ای ۶ یا ۷ نفری که محتوای یکسانی را دریافت می‌کردند، قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه، شامل کسب حداقل نمره ۳۶ (حداقل نمره برش ۳۶)، دارای فرزند بیش فعال در سنین ۶ تا ۱۲ سال، آمادگی جهت شرکت در پژوهش و داشتن سواد پر کردن پرسشنامه‌ها، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی از قبیل گروه درمانی، روان درمانی‌های شناختی- رفتاری، ذهن آگاهی، آرمیدگی عضلانی و مدیریت استرس طی سه ماه گذشته و رضایت از شرکت در جلسات آموزشی و فاقد بیماری‌های روانی (با توجه به فرم خود گزارشی) باشند و معیارهای خروج شامل نیز ابتلا به بیماری‌های حاد روان‌پزشکی و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی و داشتن فرزند با اختلال یا ناتوانی دیگر برای گروه مورد، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه مانند تکمیل پرسشنامه به صورت ناقص، دریافت مداخلات آموزشی مشابه در هر زمان قبل از پژوهش و وجود بیماری‌های روانی یا جسمی در یکی از اعضای خانواده که از دنبال کردن تمرینات در خانه جلوگیری کند. پس از مراجعه به کلینیک‌ها و هماهنگی‌های لازم، از مادران خواسته شد

یافته‌ها

بین هر دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی تفاوت معناداری مشاهده نشد. میانگین سن کودکان در گروه آزمایش $9/03 \pm 1/60$ و گروه کنترل $8/85 \pm 1/61$ میانگین سن مادران در گروه آزمایش $33/51 \pm 7/00$ و گروه کنترل $34/59 \pm 5/67$ تفاوت معناداری نداشتند ($p = 0/106$). بیشتر مادران تحصیلات در سطح دیپلم داشتند. $76/5\%$ کودکان بیش فعال پسر بودند. اکثریت مادران در هر دو گروه خانه‌دار بودند. هیچ‌یک از مادران سابقه بیماری جسمی یا روانی خاصی نداشتند. همچنین گروه مداخله از لحاظ تحصیلات، ۱۱ نفر دارای مدرک دیپلم، ۵ نفر دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۲ نفر دارای مدرک لیسانس بودند. گروه بدون مداخله نیز از نظر تحصیلات ۱۰ نفر دارای مدرک دیپلم، ۷ نفر دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۱ نفر دارای مدرک لیسانس بودند. از نظر اشتغال در گروه مداخله ۱۶ نفر خانه‌دار و ۲ نفر شاغل بودند. در گروه بدون مداخله نیز ۱۵ نفر خانه‌دار و ۳ نفر شاغل بودند.

میانگین نمرات خستگی مزمن و سبک‌های مقابله‌ای مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی بین دو گروه تجربی و شاهد پیش از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت. میانگین نمرات خستگی مزمن و سبک‌های مقابله‌ای مساله مدار و هیجان مدار پس از مداخله تفاوت معنی‌داری داشت؛ اما تفاوت میانگین در مرحله پس‌آزمون گروه شاهد معنی‌دار نبود (جدول شماره ۱). جهت تحلیل تأثیر آموزش مدیریت استرس بر خستگی و سبک‌های مقابله‌ای از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. برای اطمینان از اینکه داده‌های این مطالعه مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورده می‌کنند، دو مفروضه تحلیل کوواریانس، شامل همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج حاصل نشان داد که هر دو پیش‌فرض برای تحلیل موفق هستند و می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بین نمرات خستگی و سبک‌های مقابله‌ای گروه تجربی و شاهد نشان می‌دهد که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (خستگی و سبک‌های مقابله‌ای) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد (جدول شماره ۲). اندازه اثر برابر با $0/84$ و توان آماری آزمون برابر با یک می‌باشد. برای بررسی نقطه تفاوت بین دو گروه، دو تحلیل کوواریانس یک‌سویه بر روی متغیرهای وابسته انجام گرفت و نتایج آن نشان داد که متغیر خستگی ($p < 0/01$) و سبک‌های مقابله‌ای مساله مدار ($p < 0/01$)، هیجان مدار ($p < 0/01$) و روی آوردن به اجتماع ($p < 0/01$) معنی‌دار می‌باشند. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که 54% از تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از متغیر خستگی و 44% تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر سبک مساله مدار مربوط به مداخله می‌باشد (جدول ۳).

همچنین این ضریب برای مقابله مساله مدار برای پسران و دختران به ترتیب $0/90$ و $0/92$ ، برای مقابله هیجان مدار به ترتیب $0/85$ و $0/82$ و برای مقابله اجتنابی به ترتیب $0/82$ و $0/85$ گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $0/87$ و برای سبک‌های مقابله‌ای مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی به ترتیب $0/90$ ، $0/83$ و $0/77$ به دست آمد.

محتوای روش درمانی آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان که توسط گراتز و گاندرسون (به نقل از ۱۲) ارائه شده است، در طی ۸ جلسه به ترتیب زیر بود: ۱) جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی و لزوم استفاده از آموزش تنظیم هیجان. ۲) جلسه دوم: آموزش آگاهی از هیجان‌ات مثبت، شامل مروری کوتاه بر جلسه قبل، آموزش آگاهی از هیجان‌ات مثبت و انواع آن‌ها (شادی، علاقه‌مندی و عشق) و آموزش توجه به هیجان‌ات مثبت و لزوم استفاده از آن‌ها همراه با مثال به صورت تجسم ذهنی (به عنوان مثال: تجسم یک صحنه شادی‌بخش)، تکلیف خانگی نوشتن هیجان‌ات مثبت عمده و ثبت در فرم مربوطه. ۳) جلسه سوم: آموزش آگاهی از هیجان‌ات منفی که شامل مروری کوتاه بر جلسه قبل، آموزش آگاهی از هیجان‌ات منفی و انواع آن‌ها (اضطراب، غمگینی، خشم، نفرت) و آموزش توجه به هیجان‌ات منفی و لزوم استفاده از آن‌ها همراه با مثال به صورت تجسم ذهنی (به عنوان مثال تجسم یک صحنه اضطراب‌زا)، تکلیف خانگی نوشتن هیجان‌ات منفی عمده و ثبت در فرم مربوطه. ۴) جلسه چهارم: آموزش پذیرش هیجان‌ات مثبت، شامل مرور جلسه قبل، آموزش پذیرش بدون قضاوت میزان و تعداد (بالا یا پایین) هیجان‌ات مثبت و پیامدهای مثبت و منفی استفاده از این هیجان‌ات، تکلیف خانگی نظرخواهی از اعضای خانواده و دوست نزدیک در مورد پایین یا بالا بودن هیجان‌ات مثبت و ثبت در فرم مربوطه. ۵) جلسه پنجم: آموزش جلسه چهارم برای هیجان‌ات منفی به همراه تکلیف خانگی همان جلسه در مورد هیجان‌ات منفی. ۶) جلسه ششم: آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجان‌ات مثبت شامل مرور جلسه قبل، آموزش تجربه ذهنی هیجان‌ات مثبت به صورت تجسم ذهنی (شادی، علاقه‌مندی و عشق)، بازداری ذهنی و آموزش ابراز مناسب این هیجان‌ات. ۷) جلسه هفتم: آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجان‌ات منفی شامل مرور جلسه قبل، آموزش تجربه ذهنی هیجان‌ات منفی (اضطراب، غمگینی، خشم و نفرت) ابراز نامناسب و بازداری از ابراز نامناسب این هیجان‌ات. ۸) جلسه هشتم: جمع‌بندی جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۱ و تحلیل کوواریانس و آنکوا در سطح معنی‌داری ($p < 0/01$) تجزیه و تحلیل شدند.

جدول (۱): میانگین نمره خستگی و سبک‌های مقابله‌ای در دو گروه تجربی و شاهد قبل و بعد از مداخله

قبل از مداخله		بعد از مداخله			
میانگین ± انحراف معیار	df	میانگین ± انحراف معیار	df		
۴۷/۲۵ ± ۷/۷۹	۵	۳۰/۳۵ ± ۸/۴۵	۲۱	تجربی	خستگی
۵۰/۴۳ ± ۶/۵۷	۵	۵۱/۳۲ ± ۷/۴۵	۲۱	شاهد	
۵۱/۶۸ ± ۱۴/۱۴	۵	۶۸/۲۵ ± ۶/۱۹	۲۱	تجربی	سبک مسأله مدار
۵۴/۱۶ ± ۱۲/۵۴	۵	۵۳/۲۷ ± ۱۴/۶۶	۲۱	شاهد	
۵۲/۸۱ ± ۹/۶۰	۵	۳۷/۲۵ ± ۶/۴۸	۲۱	تجربی	سبک هیجان مدار
۴۹/۷۵ ± ۱۱/۴۳	۵	۴۸/۸۱ ± ۱۲/۷۲	۲۱	شاهد	
۲۳/۲۱ ± ۶/۵۸	۵	۱۹/۷۵ ± ۴/۹۸	۲۱	تجربی	سبک اجتنابی
۲۱/۱۸ ± ۴/۹۸	۵	۲۱/۱۲ ± ۶/۲۹	۲۱	شاهد	
۲۲/۱۲ ± ۴/۹۳	۵	۲۷/۵۰ ± ۳/۱۱	۲۱	تجربی	سبک روی آوردن به اجتماع
۲۰ ± ۶/۸۱	۵	۲۱/۱۶ ± ۶/۱۱	۲۱	شاهد	

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی نمرات خستگی و سبک‌های مقابله‌ای مادران گروه تجربی و شاهد

آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلی	۰/۸۴۳	۲۲/۶۱	۵	۲۱	$p < ۰/۰۱$
لامبدای ویکلز	۰/۱۵۷	۲۲/۶۱	۵	۲۱	$p < ۰/۰۱$
اثر هتلینگ	۵/۳۸۴	۲۲/۶۱	۵	۲۱	$p < ۰/۰۱$
بزرگترین ریشه روی	۵/۳۸۴	۲۲/۶۱	۵	۲۱	$p < ۰/۰۱$

جدول (۳): نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمرات پس از آزمون خستگی و سبک‌های مقابله‌ای

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
خستگی	۲۰۵۴/۷۸۵	۱	۲۰۵۴/۷۸۵	۲۹/۶۵۲	$p < ۰/۰۱$
مسأله دار	۱۵۷۳/۹۱۶	۱	۱۵۷۳/۹۱۶	۲/۳۷۵	$p < ۰/۰۱$
هیجان مدار	۱۲۲۹/۱۱۲	۱	۱۲۲۹/۱۱۲	۱۶/۸۴۲	$p < ۰/۰۱$
اجتنابی	۸۳/۹۰۸	۱	۸۳/۹۰۸	۲/۸۲۰	$p < ۰/۰۱$
روی آوردن به اجتماع	۲۰۰/۰۰۴	۱	۲۰۰/۰۰۴	۱۳/۱۰۱	$p < ۰/۰۱$

مراجعات نیز مؤثر خواهد بود که به شکلی غیرمستقیم می‌تواند تحت تأثیر برنامه درمانی و اثرگذار بر موفقیت پروتکل درمانی باشد.

مطالعه حاضر، تأثیر آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان را بر خستگی مزمن و سبک‌های مقابله‌ای مادران دارای فرزند مبتلابه اختلال بیش فعالی و نقص توجه را مورد بررسی قرار داده است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان در گروه آزمایش باعث کاهش خستگی مزمن و استفاده از سبک‌های مقابله کارآمدتر می‌شود. در ارتباط با این پژوهش، مطالعات پژوهشگران دیگر بیشتر در زمینه تعیین روابط میان سلامت مادران و مشکلات رفتاری در کودکان، آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان به والدین و تعیین میزان خستگی در مادران

بحث و نتیجه گیری

خانواده‌های کودکان بیش فعالی - نقص توجه، درگیر یک پیش‌داوری نابرابر در مقابل مشکل فرزند خود هستند و آن‌هم مسری بودن و دید منفی نسبت به این مشکل می‌باشد، هرچند مسائل مربوط به این کودکان و زمانی که صرف مراقبت از این کودکان می‌شود، منجر به کاهش روابط اجتماعی و انزوا می‌گردد؛ اما حضور در گروه درمانی و آشنایی با کسانی که مشکل مشابه را دارند و جلب حمایت اجتماعی، خود عاملی در جهت تبیین مثبت مشکلات رو به رو و حل مسالمت‌آمیز آنان خواهد شد. رشد و تغییر در مؤلفه‌های پژوهشی مطمئناً به‌صرف راهبرد درمانی نخواهد بود و عوامل مؤثر دیگری مانند ویژگی‌های شخصیتی

هیجان مدار و روی آوردن به اجتماع در مادران دارای کودکان بیش فعال - نقص توجه مؤثر است. نتایج این بررسی دربارهٔ اثربخشی روش‌های آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان و مدیریت استرس با یافته‌های مهر و همکاران^۲ (۳۹)، تسر و همکاران^۳ (۴۰) و هاگس و همکاران^۴ (۴۱) همسو است. این محققان در تحقیق‌های خود اثر آموزش روش‌های گوناگون مدیریت استرس را در افزایش سلامت روانی مورد تأیید قرار داده‌اند. پژوهشگران مطالعه‌ای نیافتند که با نتایج مطالعه حاضر مغایر باشد.

در گروه، کنترل تغییرات قابل توجه در زمینه خستگی مزمن و سبک‌های مقابله‌ای مشاهده نشد. این نتیجه بیانگر این مطلب است که دارودرمانی به‌تنهایی نمی‌تواند در بهبود رفتارهای کودک بیش فعال و خانواده وی تأثیر مطلوب و طولانی مدت داشته باشد. این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود. تعداد نمونه‌ها و امکانات نسبتاً کم بود. همچنین پیشنهاد می‌شود دوره‌های پیگیری بیش از یک ماه و به‌صورت تکرار شونده در طول زمان در تأیید نتایج این پژوهش به کار گرفته شود.

آموزشی مبتنی بر تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر در درمان خستگی در تحقیق‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. مهر و همکاران (۳۹) نیز در تحقیق خود تأثیر آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان انفرادی و گروهی را بر کاهش خستگی مادران را مورد تأیید قرار دادند. داشتن کودک بیش فعال - نقص توجه باعث خستگی در مادران این کودکان می‌شود، لذا استفاده از روش‌هایی که باعث حفظ و ذخیره انرژی در فرد می‌شود، می‌تواند منجر به کاهش خستگی گردد.

همچنین یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان به مادران کمک می‌کند تا موقعیت‌های فشارزا را شناسایی کنند و راهبردهای مقابله کارآمد و مؤثر از جمله مهارت‌های حل مسأله برای مواجهه با این موقعیت‌ها را به‌کارگیرند. این مادران در جریان مداخله آموختند که چگونه می‌توانند شرایط فشارزا را به موقعیت‌های قابل کنترل و غیرقابل کنترل تقسیم کنند و به دو شکل مسأله مدار و هیجان مدار با آن‌ها برخورد نمایند. این نتایج با نتایج مطالعه مدنی و همکاران (۴۲) همسو است. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان، سبک مقابله اجتنابی مادران کودکان بیش فعال - نقص توجه را تغییر نمی‌دهد. به نظر می‌رسد که شدت به‌کارگیری اجتناب در این مادران به حدی است که نیازمند دوره‌های آموزشی بلندمدت هستند تا بتوانند اجتناب و فرار از موقعیت‌ها را کنار بگذارند و به چالش کارآمد با شرایط بپردازند. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند مؤثر بودن آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان را در کاهش خستگی و استفاده از سبک‌های

کودکان بیش فعال بود که نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات پیشین همخوانی دارد. موسی و شفیی در مالزی مطالعه‌ای با هدف تعیین سطح استرس، اضطراب و افسردگی در مادران کودکان بیش فعال و ارتباط آن با نشانه‌های بیش فعالی در کودکان انجام دادند، نتایج این پژوهش نشان داد که مادران کودکان بیش فعال در مقایسه با گروه کنترل سطوح استرس، اضطراب و افسردگی بالاتری را تجربه می‌کنند و این میزان بالای استرس، اضطراب و افسردگی ناشی از رفتارهای بیرونی کودکان می‌باشد (۳۴).

نتایج این مطالعات، حاکی از آن است که مادران کودکان بیش فعال به آموزشی جامع نیاز دارند تا بتوانند به دنبال افزایش اطلاعات و آگاهی دربارهٔ اختلال بیش فعالی - نقص توجه در نگرش و رفتارشان با کودکان تغییراتی ایجاد کنند (۳۵). همچنین افزایش اطلاعات و آگاهی والدین می‌تواند نگرانی‌ها و اضطراب مادران را کاهش داده و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و باورهای نادرست والدین را اصلاح نماید. این اصلاحات در نهایت زمینه را برای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی این مادران آماده می‌کند (۳۶). اگرچه پذیرش و درک ویژگی‌ها و رفتارهای کودکان توسط مادران دشوار است؛ اما مادران پس از شرکت در جلسات آموزشی راحت‌تر توانستند رفتار کودک خود را تبیین کنند. در نتیجه مشکلات رفتاری کودکان کاهش و اطاعت از دستورهای مادران افزایش می‌یابد و مادران به میزان کمتری، فشار و تنش را احساس می‌کنند (۳۵).

همچنین این مطالعات در یافته‌های خود به اثربخش بودن برنامه‌های آموزش والدین در بهبود روابط والدین و کودکان با اختلال بیش فعالی و نقص توجه اشاره کرده‌اند. پژوهش‌ها در افزایش اطلاعات و آگاهی مادران کودکان بیش فعال برنامه‌های آموزشی متفاوتی را به کار بردند. در این میان ادواردز و پریترورگ^۱ برنامه مدیریت استرس را برای والدین کودکان بیش فعال توصیه می‌کنند. نتایج حاصل از پژوهش آن‌ها نشان داد که برنامه آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان به‌عنوان یک استراتژی کمکی ارزشمند در مدیریت این اختلال به والدین کودکان بیش فعال کمک می‌کند (۳۷).

در پژوهش مفتاق و همکاران با هدف بررسی روش‌های مختلف درمان کودکان دارای اختلال بیش فعالی و نقص توجه بر سلامت روان ۹۵ مادر کودک بیش فعال انجام گرفت، این نتیجه به دست آمد که روش‌های آموزش رفتاری مادران و دارودرمانی به کار گرفته شده در درمان اختلال بیش فعالی و نقص توجه کودکان سبب ارتقای سلامت روان مادران در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد (۳۸).

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش خستگی مزمن و تغییر سبک‌های مقابله مسأله مدار،

2. Mohr DC, Hart SL, Goldberg A

3. Tesar N, Baumhackl U, Koop M, Gunther V

4. Hughes RB

1. Prithivirajh Y, Edwards SD

همچنین تأثیر اصلاح سبک‌های مقابله‌ای بر سازگاری بهتر با مشکلات عدیده داشتن فرزند بیش‌فعال - نقص توجه، آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان به‌عنوان یک روش مؤثر و کم‌هزینه می‌تواند برای این مادران سودمند باشد، توصیه می‌شود در برنامه‌های درمانی، آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان مورد توجه درمانگران و محققان قرار گیرد. همچنین بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش خستگی مزمن و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمد می‌تواند به‌عنوان پایه‌ای برای تحقیقات کاربردی در جهت شناسایی و کاهش مشکلات هیجانی می‌تواند مفید واقع شود. این پژوهش می‌تواند با آشکارسازی تأثیر آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان، بر کاهش خستگی مزمن و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمد، رهنمودی مناسب برای پیشگیری و عدم تداوم مشکلات هیجانی در مادران کودکان بیش‌فعالی - نقص توجه باشد.

تشکر و قدردانی

از همکاری روان‌پزشکان و کارکنان کلینیک‌های مفتوح و باران که مساعدت‌های لازم را انجام دادند و همچنین مادرانی که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، سپاسگزاری به عمل می‌آید.

مقابله‌ای کارآمدتر مادران کودکان بیش‌فعال - نقص توجه نشان داد. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد مادرانی که بیش از یک کودک بیش‌فعال دارند، میزان خستگی بالاتری را تجربه می‌کنند؛ بنابراین پژوهش‌های بعدی در این زمینه بر دوره‌های آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان طولانی‌تر و در مادرانی که بیش از یک کودک بیش‌فعال نیاز دارند، پیشنهاد می‌شود. این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود. تعداد نمونه‌ها و امکانات نسبتاً کم بود و همچنین محدودیت‌هایی نظیر محدودیت جغرافیایی و نمونه پژوهش منحصر به مادران کودکان بیش‌فعال - نقص توجه را به همراه داشت که باید در تعمیم نتایج به دیگر شرایط و افراد جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود دوره‌های پیگیری طولانی‌تر در طول زمان در تائید نتایج این پژوهش به کار گرفته شود.

مادران کودکان بیش‌فعال - نقص توجه به سبب درگیری فیزیکی و ذهنی زیادی که با مشکلات کودکان خود دارند دچار خستگی مزمن می‌شوند. آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان سبب کاهش خستگی مزمن و اصلاح سبک‌های مقابله‌ای در مادران دارای کودک بیش‌فعال نقص توجه می‌شود. با توجه به شیوع خستگی و تأثیرات آن در مادران دارای فرزند بیش‌فعال نقص توجه و

References

- Hodgkins P, Sasane R, Meijer WM. Pharmacologic treatment of attention - deficit/hyper activity disorder in children: incidence, prevalence and treatment patterns in the Netherlands. *Clinical therapeutics*.2011;33(2):188-203.
- Segenreich D, Fortes D, Coutinhom G, Pastura G, Mattos P. Anxiety and depression in parents of Brazilian non-clinical sample of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) students. *Brazilian journal of Medical and Biological Research*.2009;42(5):465-9.
- Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Cochrane Library*.2009.
- Levy F, Hay DA, McSTEPHEN M, Wood C, Waldman I. Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(6):737-44.
- Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*.2001;4(3):183-207.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry: Williams & Wilkins Co; 1988.
- Barkely RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder:A Handbook for Diagnosis and Treatment.New York :Guilford Press.2006.

8. Dadsetan P, Ahmadi Azghandi A, Hasanabadi H. Parenting Stress and Public Health: Research on the Relationship of Parenting Stress the Public Health Nurse and Homemaker Mothers with Young Children. *Journal of psychology developmental psychology*. 2006;7:171-84.
9. Johnson JH, Reader SK. Assessing stress in families of children with ADHD: Preliminary development of the Disruptive Behavior Stress Inventory (DBSI). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2002;9(1):51-62.
10. Harrison C, Sofronoff K. ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(6):703-11.
11. Lesesne CA, Visser SN, White CP. Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: Association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics*. 2003;111(Supplement 1):1232-7.
12. Spratt EG, Saylor CF, Macias MM. Assessing parenting stress in multiple samples of children with special needs (CSN). *Families, Systems, & Health*. 2007;25(4):435.
13. Benito-León J, Rivera-Navarro J, Guerrero AL, de las Heras V, Balseiro J, Rodríguez E, et al. The CAREQOL-MS was a useful instrument to measure caregiver quality of life in multiple sclerosis. *Journal of clinical epidemiology*. 2011;64(6):675-86.
14. Bassak-Nejad S, Boostani F. An investigation of the relationship between personality traits and coping style among the students of Shahid Chamran University. *Jentashapir Journal*. 2011;3(3):399-407.[Persian].
15. Goretti B, Portaccio E, Zipoli V, Hakiki B, Siracusa G, Sorbi S, et al. Impact of cognitive impairment on coping strategies in multiple sclerosis. *Clinical neurology and neurosurgery*. 2010;112(2):127-30.
16. Shokri O, Taghilou S, Geravand F, Paeizi M, MOULAEI M, ABD EM, et al. Factor Structure and Psychometric Properties of the Farsi Version of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). 2008;10(3):22-33.[Persian].
17. Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE. 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.
18. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: A cross-sectional study. *Medical education*. 2005;39(6):594-604.
19. Martini TS, Busseri MA. Emotion regulation strategies and goals as predictors of older mothers' and adult daughters' helping-related subjective well-being. *Psychology and aging*. 2010;25(1):48.
20. Saber M, Tehrani H, Shojaeizadeh D, Maleki Z, Esfandiyarpour R. Mental Health and Exposure to Stressful Life Events of Nurses Working in Emergency Medical Service (ER 115). 2013.[Persian].

21. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;85(2):348.
22. Narimani M, Ariapooran S, Abolghasemi A, Ahadi B. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims. *Arak Medical University Journal*. 2012;15(2):107-18.
23. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and individual differences*. 2001;30(8):1311-27.
24. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior therapy*. 2006;37(1):25-35.
25. Salovey P. Applied emotional intelligence: Regulating emotions to become healthy, wealthy, and wise. *Emotional intelligence and everyday life*. 2001:168-84.
26. Jennings PA, Greenberg MT. The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of educational research*. 2009;79(1):491-525.
27. Carver CS, Miller CJ. Relations of serotonin function to personality: Current views and a key methodological issue. *Psychiatry research*. 2006;144(1):1-15.
28. Saarijärvi S, Salminen J, Toikka T. Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *Journal of psychosomatic research*. 2001;51(6):729-33.
29. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2004;73(2):68-77.
30. Parand A, Afrooz G, Mansoor M, Yekta MS, Besharat M, Khooshabi K. Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1135-9.
31. Krupp LB, Serafin DJ, Christodoulou C. Multiple sclerosis-associated fatigue. Expert review of neurotherapeutics. 2010;10(9):1437-47.
32. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of neurology*. 1989;46(10):1121-3.
33. Ghoreyshi Rad F. Validation of Endler & Parker coping scale of stressful situations. *Journal of behavioral Science*. 2010;1:1-7.[Persian].
34. Musa R, Shafiee Z. Depressive, anxiety and stress levels among mothers of ADHD children and their relationships to ADHD symptoms. *AJP*. 2007;8:20-8.
35. Pourmohamadreza Tajrishi M, Ashori M, Afrooz GA, Arjmandnia AA, Ghobari-Bonab B. The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) training on Interaction of Mother-child with Intellectual Disability. *Journal of Rehabilitation*. 2015;16(2):128-37.
36. Jafari B, Mosavi R, Fathi Ashtiani A, Khoshabi K. The effectiveness of positive

- parenting program on the mental health of mothers with children suffering from attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Family Research*. 2011;6(4):497-510.
37. Prithvirajh Y, Edwards SD. An evaluation of a stress management intervention for parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Inkanyiso: Journal of Humanities and Social Sciences*. 2011;3(1):32-7.
38. Meftagh D, Mohamadi N, Najimi A. Different methods of treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder on mental health of mothers. *Journal of Nurse Khorasan University of Medical Science*. 2012;4(1):245-51.
39. Mohr DC, Hart SL, Goldberg A. Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. *Psychosomatic medicine*. 2003;65(4):542-7.
40. Tesar N, Baumhackl U, Kopp M, Günther V. Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2003;107(6):394-9.
41. Hughes RB, Robinson-Whelen S, Taylor HB, Hall JW. Stress self-management: an intervention for women with physical disabilities. *Women's Health Issues*. 2006;16(6):389-99.
42. Madani H, Navipour H, Rouzbayani P. Relations between self-esteem and applying coping mechanism and self-care program in multiple sclerosis (MS) patients. 2008. [Persian].