
مقایسه جوعاطفی خانواده کودکان بیش فعال و عادی

مژگان تقاضا^۱، دکتر خدیجه ابوالمعالی^۲، دکترهایده صابری^۳

چکیده

هدف: از پژوهش حاضر مقایسه جوعاطفی خانواده کودکان بیش فعال و عادی بود. روش: این پژوهش از نوع پس رویدادی بود. جامعه آماری این پژوهش در برگزیده کلیه کودکان بیش فعال ۲۱-۷ سال بود که در سال ۱۳۸۹ تحت پوشش بخش اعصاب و روان بیمارستان روزبه قرار داشتند و همچنین کلیه کودکان عادی که از نظر سن و جنس با آنان مشابه بودند. ۵۴ کودک بیش فعال و ۵۴ کودک عادی به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. به منظور جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه موس و موس استفاده شد. داده‌های بدست آمده با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری (AVONAM) تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که در بین ۶ مؤلفه جوعاطفی خانواده فقط ابرازگری بین دو گروه بیش فعال و عادی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/50$). همچنین در مورد اثرات تعاملی وضعیت (بیش فعال و عادی) و جنسیت در جوعاطفی خانواده، تنها تفاوت در مؤلفه تعارض معنادار بود ($p < 0/50$). اما اثر جنسیت به تنهایی معنی دار نبود، به عبارت دیگر بین مؤلفه‌های جوعاطفی خانواده در دو گروه از دختران و پسران بیش فعال تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

واژه‌های کلیدی

جوعاطفی خانواده، بیش فعال، عادی

۱ دانش آموخته‌ی کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی E-mail: mtaghaza@yahoo.com

۲ استادیار روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

۳ استادیار روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

مقدمه

دنیای شادمانه کودک سرشار از تحرک و نشاط است و بازی نمونه بارز آن است. اصولاً یکی از نشانه‌های سلامت کودک وجود تحرک و بازی است. اما پر تحرکی این مرز فطری و طبیعی راشکسته و به عنوان یکی از ناهنجاری‌های روانی مطرح است. یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی، (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) است. به دلیل اینکه کودکان ADHD دارای مشکلات تحرکی، بی‌توجهی و تحصیلی هستند، برخورد والدین با آنان خشن است، حتی گاه آنان را کتک زده و به شدت تحقیر می‌کنند. اطرافیان با تنبیه کودک تلاش می‌کنند تا توجه و رفتار او را کنترل کنند و روی یک موضوع خاص متمرکز سازند، اما این امر نه تنها مؤثر واقع نمی‌شود، بلکه کودک را خسته و نگران می‌سازد و او را برای مقابله با خواسته‌های اطرافیان، بیش از پیش تحریک می‌کند. بنابراین نه فقط اختلال کودک تخفیف نمی‌یابد، بلکه لجبازی و نافرمانی او نیز شروع می‌شود (کاراحمدی، طبائیان، افخمی عقدا، ۱۳۸۶).

کاستی توجه و یا اختلال بیش‌فعالی (ADHD) یکی از متداول‌ترین اختلالات رفتاری کودکان است که تقریباً ۵٪ کودکان سنین مدرسه را در سرتاسر جهان دربرمی‌گیرد. طبق راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات ذهنی، چاپ چهارم تجدید نظر شده (DSM-IV-TR)، کاستی توجه و یا اختلال بیش‌فعالی (ADHD) مشخصه اش علائم نامناسب عدم توجه، بیش‌فعالی و یا تکانشی که شروع آن در سن هفت سالگی می‌باشد و در دو زمینه برای مثال مدرسه و خانه عملکردناقص دارد (کونوفال، لسندروس، کورتس، ۲۰۱۰).

از آنجا که ما شاهد دورانی هستیم که در آن مطالعات و فعالیتهای گسترده‌ای در باره کودکان و نوجوانان انجام می‌شود و نگرانی‌هایی که تا کنون عملاً در باره نارسایی‌های کودکان وجود دارد، موجب شده است تا اختلال‌های رفتاری کودکان مورد توجه بیشتری قرار گیرد. از جمله اختلالاتی که مورد توجه و بررسی قرار گرفته است اختلالی است که معمولاً نخستین بار در دوره شیر خوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شود. یکی از این اختلالات اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی است. اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی (ADHD) معمولاً در

کودکان گزارش شده است. اختلال نقص توجه توأم با بیش‌فعالی با ضعف نامتناسب رشدی در فراخنای توجه یا خصوصیات بیش‌فعالی و تکانشگری یا هر دو که با سن تناسب نداشته باشد مشخص می‌گردد (صدری، ۱۳۸۲). هوش ور و همکاران (۱۳۸۸) معتقدند خانواده، یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضاء آن، کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضاء را تشدید کرده و مشکلات جدیدی ایجاد می‌کند، به راحتی می‌توان تصور کرد که وجوه رفتاری متعدد اختلالی پایدار چون ADHD، می‌تواند به افسردگی مادران، اضطراب و احساس محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم لیاقت در امر تربیت فرزند، وابستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، روابط منفی تر این کودکان با خواهران و برادرانشان، بالا رفتن سطح تنش در خانواده، بالاتر بودن میزان طلاق و از هم گسیختگی روابط خانوادگی در خانواده‌های کودکان ADHD منجر شود. از طرفی تأثیر ADHD، بر روی خانواده‌ها نیز کاملاً بارز و مشخص است. والدین کودکان مبتلا به ADHD سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزندپروری را تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت دارند. در این افراد تعارضات زناشویی افزایش یافته و سطوح افسردگی در مادران بالا است. تعاملات کودک والد به خصوص در دوران نوجوانی در این خانواده‌ها به طور مشخص منفی‌تر و خصمانه‌تر از سایر خانواده‌ها می‌باشد. مادران کودکان مبتلا به ADHD کمتر به سوالات آنها پاسخ می‌گویند و پاداشهایی که به رفتارهای قابل قبول و مطلوب کودک می‌دهند کم است (محرری، شهرپور، تهرانی دوست، ۱۳۸۸). تنش والدگری تحت تأثیر عوامل و شرایط متفاوتی قرار دارد. از جمله عوامل و شرایط مرتبط با آن می‌توان ویژگی‌های کودک، متغیرهای فراخانوادگی، واکنشهای والدین و کودک و یکسری ویژگی‌های متفاوت والدین از جمله ذهنیت‌ها، بیماری‌های روانی و از هم گسیختگی را نام برد. همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که وضعیت سلامت جسمی و روانی والدین، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان خانواده، اشتغال والدین، ثبات و کیفیت زناشویی، وجود حمایت خانوادگی و باورهای ذهنی والدین می‌تواند نقش مهمی در ایجاد تنش داشته باشد. یکی از عوامل مرتبط با ویژگی‌های درونی خانواده که می‌تواند سبب تنش والدین گردد

مشکلات رفتاری عاطفی کودکان است. به طوری که پژوهشها نشان می‌دهند شدت اختلال رفتاری کودک، ویژگی مهم موقعیت تنش‌زا محسوب می‌شود که یکی از شایعترین اختلالات ADHD است. تحقیقات نشان داده که تنش والدگری با آشفتگی‌های رفتاری و شدت ADHD ارتباط دارد (یوسفی، سلطانی فر، تیموری، ۱۳۸۸).

خانواده‌های کودکان بیش فعال فشارهای والدینی بیشتری را تجربه می‌کنند و حس صلاحیت و شایستگی کمتری دارند، مصرف الکل در والدین افزایش یافته و تماسهای خانواده این کودکان کاهش می‌یابد. همچنین کشمکشهای زناشویی، جدایی، طلاق و افسردگی والدین بیشتر می‌شود. به عبارت دیگر در مجموع، احتمال وجود آسیب‌شناسی در والدین دارای کودک ADHD بیش از سایر والدین است (آناستاپولوس، ۱۹۹۲).

همانگونه که والدین بر افراد خانواده تأثیر می‌گذارند، فرزندان نیز با ویژگی‌های شخصیتی و رشدی و رفتاری خود، تأثیراتی را بر رفتار والدین بر جای می‌گذارند. اختلال رفتاری از رایجترین مسائل روانشناختی کودکان است که بر کارکردهای روانی و اجتماعی تمامی اعضای خانواده تأثیر گذار است. در این بین مادر به عنوان عضوی از این مجموعه که دارای بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک را دارد، می‌تواند در معرض خطر بیشتر این گونه مشکلات باشد.

پلهام در سال ۱۹۹۷ نشان داد که مادران کودکانی که مشکلات رفتاری دارند، احساس موفقیت کمتر، اثربخشی پایین و احساس خشم، اضطراب و افسردگی بیشتر نسبت به کودکان سالم دارند (جعفری، موسوی، فتحی آشتیانی، خوشابی، ۱۳۸۹). نتایج تحقیقات مختلف در مورد خانواده نشان داده است که، اعضای خانواده به عنوان یک گروه، تعاملات پیچیده‌ای با یکدیگر دارند که احتمال دارد متأثر از محیط کلی خانواده باشد. تا آنجا که عده‌ای از متخصصان روان‌شناختی و درمانگران خانواده بر این عقیده‌اند که بهترین ملاک و معیاری که بر اساس آن می‌توان کیفیت اخلاقی، اجتماعی و روانی افراد را مورد ارزیابی و دقت قرار داد، همان شبکه ارتباطی اعضای خانواده و مجموعه قوانین حاکم بر محیط و جو عاطفی خانواده می‌باشد (ملاشریفی، وخشور، سلیمی زاده، ۱۳۸۴).

کودکان مبتلا به ADHD، تأثیر ویرانگری روی خانواده‌هایشان دارند، علاوه بر مشکل بودن پرورش کودکی که پر جنب و جوش است و نیاز به نظارت زیادتری دارد، کودکان مبتلا به ADHD روشهای زیرکانه دیگری هم دارند که باعث مختل شدن زندگی می‌شود. مادران معمولاً مسئولیت مراقبت روزانه را بر عهده دارند، به ویژه زمانی که کودکان کم سن و سال تر هستند. در نتیجه هنگامی که مشکلاتی وجود داشته باشد، مادر بیشترین ناراحتی و ناکامی را احساس می‌کند. در سالهای آغازین، پیش از اینکه کودکان کم سن و سال مبتلا به ADHD، به خوبی تشخیص داده شوند، این ناکامی اغلب منجر به تعارض و تضاد بین زن و شوهرها می‌شود (رونالد. جی، ترجمه صدرالسادات و همکاران، ۱۳۸۱).

در نظریه سیستمی خانواده رفتار هر فرد وابسته به کل سیستم و رفتار سایر اعضاء و عناصر توصیف شده است. در نتیجه مشکلات رفتاری فرد نیز ناشی از تعامل عنصری است که در خانواده یا محیط‌های دیگر اجتماعی در حالت تعادل قرار دارند، لذا فرایندهای درونی انسان‌ها پدیده‌هایی کاملاً درونی نبوده و متأثر از عوامل بیرونی است که بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند و سیستمی که بیش از همه بر رفتار فرد اثر دارد خانواده است که هم رفتارهای سازشی و بهنجار و هم رفتارهای نابهنجار افراد را شکل می‌دهد (ثنائی، امینی، ۱۳۷۹).

ارتباط بین والدین و کودکان مبتلا به ADHD نسبت به ارتباط والد و کودک در خانواده‌هایی که کودکان مبتلا به ADHD ندارند با تعارضات بیشتری همراه است و بطور قابل ملاحظه‌ای این ارتباط، استرس زاتر است (وهمیر، اسکاچت، بارکلی، ۲۰۱۰).

والدین و معلمان اغلب از ستیزه جویی، دعوا، نافرمانی و تخاصم کودکان بیش فعال شکایت دارند. تحقیقاتی که درباره رابطه این کودکان با همسالانشان به عمل آمده است نشان می‌دهد که کودک بیش فعال بیش از حد پرتحرک و پرخاشگر است و کودکان عادی نظر مساعدی نسبت به او ندارند (کینگ و یانگ، ۱۹۸۱).

در نظریه سازو کار برانگیختگی ادعا می‌شود که اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی ناشی از نابهنجاری‌ها در سازوکارهای برانگیختگی مغز در افراد دارای این اختلال است و الگوی

کارکردهای هماهنگ ساز بر این باور است که نارسایی توجّه در این اختلال، نارسایی ثانویه‌ای است که از ضعف در بازداری رفتاری با خود تنظیمی ناشی می‌شود (علیزاده، ۱۳۸۳).

شیوع ADHD در DSM-IV-TR در سن مدرسه % ۷-۳ نیز گزارش شده است. بستگان مبتلایان به ADHD ریسک بالاتری برای ابتلا به ADHD دارند. شیوع ADHD در پسرها بیش از دخترها است و در نسبت‌های ۲ به ۱ و ۹ به ۱ گزارش شده است (سادوک، ۲۰۰۳، ص ۳۷۱). برآوردها درباره میزان شیوع بیش فعالی غالباً، بین ۵ تا ۱۰ درصد کودکان سن مدرسه را در بر می‌گیرد (لامبرت و سندوال، ۱۹۸۰).

در پژوهشی سطوح تنش والدین و عوامل مؤثر بر آن در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجّه و مادران کودکان بهنجار مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد که ADHD کودکان باعث تنش والدگری در مادران این کودکان شده است. والدین کودکان مبتلا به اختلال ADHD تنش بیشتری در مقایسه با گروه شاهد متحمل می‌شوند و % ۸۹ والدین کودکان مبتلا به اختلال ADHD از تنش بیشتری رنج می‌برند و % ۶۴ آنان از رفتار کودکان خود احساس آرامش ندارند (یوسفی، سلطانی فر، تیموری، ۱۳۸۸).

امریکنر و همکاران او رابطه بین سلامت روانی با تعاملات ادراک شده خانواده را بررسی کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد خانواده‌هایی که از انسجام یا همبستگی بیشتر، ارتباط بهتر بین اعضای خانواده با پدر و مادر و رضایت بیشتر از وضعیت خانواده برخوردارند، اعضایشان از میزان سرسختی بالاتری برخوردار هستند (شریفی، عریضی، نامداری، ۱۳۸۴).

تحقیقات بارکلی ۱۹۹۲ و آناستاپولوس ۱۹۹۲ نشان می‌دهند که ارتباط مادران نوجوان ADHD با فرزندانشان، منفی‌تر از مادران دیگر است و به هنگام بروز اختلاف، خشمگین‌تر می‌شوند. مادران این نوجوانان اغلب خود رأی و مستبد و گرایش کمتری به حل مسئله نشان می‌دهند. بدین ترتیب الگوی تعامل خاص این والدین ایجاد رابطه و حل تعارض را مشکل‌تر می‌سازد (کاراحمدی، طبائیان، افخمی، ۱۳۸۶). بر اساس یافته‌های جانستون، رینولدز، فریمن و گلر که اسنادهای رفتار کودکان را در والدین کودکان دارای ADHD و بدون مشکل

مقایسه کردند، والدین کودکان دارای ADHD نسبت به والدین کودکان بدون مشکل، رفتارهای کودکان خود را ثابت، تغییرناپذیر و غیرقابل کنترل می‌دانسته و کمتر خود را مسئول رفتار کودک می‌دانستند (جانستون، رینولدز، فریمن، گلر، ۱۹۹۸).

بر طبق مطالعه بک و دیگران نشان داده شده است که مادرانی که پسران آنها درجه ی بیشتری از فزون کنشی داشتند، به طور مشخص تنش بیشتری را در مقایسه با مادران کودکانی که به طور مزمین یا درجه کمتری از فزون کنشی دارند، تجربه می‌کنند (بک، ۱۹۹۰).
دایپال مشاهده نمود که کودکان ADHD در سنین پیش دبستانی سطوح بالاتری از عدم اطاعت پذیری را در بسیاری از موقعیت‌های ارتباطی میان کودک و والد نشان می‌دهند (دایپال، ۱۹۹۱).

در مطالعه ای با عنوان الگوهای بین واکنش والدین کودکان ADHD مشخص گردید که مادران کودکان مبتلا به ADHD بار بیشتری تحمل نموده و پاداش کمتری به کودکان خود می‌دهند، واکنش آنها نسبت به مادران گروه شاهد کمتر است (جانستون، ۱۹۹۶).

بررسی همه گیر شناسی اختلالات رفتاری ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد نشان داد که ۱۷٪ دانش آموزان این شهر دارای اختلال بیش فعالی هستند که از بین این دو اختلال، اختلال بیش فعالی، کمبود توجه با ۹٪ بالاترین میزان را دارا بوده است و به طور کلی میزان شیوع در پسران بیش از دختران بوده است (توکل زاده، ۱۳۷۵).

در رابطه با بررسی میزان بیش فعالی در بین دانش آموزان دبستانهای شهر تهران یافته‌ها نشان می‌دهد که شیوع اختلال بیش فعالی در پسران بیش از دختران است. این اختلال در بین اولین فرزند پسر خانواده شایعتر است. همچنین بین اختلال بیش فعالی و سن رابطه مثبت وجود دارد (مجتهد صالح، ۱۳۷۰). با توجه به میزان شیوع این اختلال به نظر می‌رسد، مطالعه اثرات بیش فعالی بر جو عاطفی خانواده، اهمیت زیادی دارد.

تحقیقات نشان می‌دهد که تأثیرات اجتماعی والدین و کودکان بیش فعال ماهیتاً دوجانبه است و به طور کلی ماهیت رابطه والدین و کودک به میزان قابل توجهی پیچیده‌تر از آن است

که اساساً بتوان تصور کرد (گودرزی، ۱۳۶۹).

با این وجود برای کمک به آنها و درمان این اختلال و جلوگیری از حاد شدن مشکل، اجرای تحقیقات و پژوهشهای دانشگاهی در این زمینه جهت شناسایی اختلال و بررسی شیوع آن گامی مهم و مؤثر محسوب می‌شود.

با توجه به مطالب مطرح شده پژوهشگر در صدد است به این سؤال پاسخ دهد که آیا بین جو عاطفی خانواده کودکان بیش فعال و عادی تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر علی - مقایسه‌ای از نوع پس رویدادی است و در آن جو عاطفی خانواده دو گروه از کودکان بیش فعال و عادی مورد مقایسه قرار گرفته است. جامعه مورد مطالعه این تحقیق شامل کلیه کودکان بیش فعال ۱۲-۷ سال بود که در سال ۱۳۸۹ تحت پوشش بخش اعصاب و روان بیمارستان روزبه قرار گرفته‌اند و جامعه کودکان عادی شامل دانش آموزان منطقه ۶ آموزش و پرورش در سال ۸۹ که از نظر سن، جنس با کودکان بیش فعال هم‌تا شدند. از آنجایی که نمونه مورد پژوهش را گروه کودکان بیش فعال و عادی مقطع سنی ۱۲-۷ سال تشکیل می‌دادند، بعد از تهیه لیست کودکان بیش فعال مراجعه کننده به بخش اعصاب و روان بیمارستان روزبه از طریق مسئول مربوطه، تعداد ۴۵ کودک بیش فعال ۱۲-۷ سال به روش تصادفی ساده انتخاب شدند که از این تعداد ۳۳ پسر بیش فعال و ۱۲ دختر بیش فعال مورد بررسی قرار گرفتند. پس از آن پرسشنامه جو عاطفی خانواده در اختیار والدین آنان قرار گرفت. بعد از تحلیل داده‌های مربوط به سن و جنس کودکان بیش فعال، به منظور انتخاب گروه نمونه کودکان عادی، از روش تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد که در آن ابتدا دو مدرسه یکی دخترانه و دیگری پسرانه، مقطع سنی ۱۲-۷ سال به تصادف از منطقه ۶ آموزش و پرورش انتخاب و سپس در مدرسه پسرانه تعداد ۳۳ نفر کودک عادی و در مقطع تحصیلی مشابه با

کودکان بیش فعال انتخاب شده و در مدرسه دخترانه نیز تعداد ۱۲ دختر عادی و درمقطع تحصیلی مشابه با کودکان بیش فعال دختر انتخاب شدند. قابل ذکر است که دانش آموزان عادی بر اساس متغیرهای سن و جنس با کودکان بیش فعال همتا شدند.

ابزار

پرسشنامه جو عاطفی خانواده (موس و موس)

مقیاس جو خانواده (فرم R) یکی از مجموعه ۹ مقیاس مربوط به جو اجتماعی است که در سال ۱۹۷۶ توسط رادولف موس و پرنیس موس گسترش پیدا کرد. سه حیطه اساسی بعد رابطه، بعد رشد شخصی و بعد بقاء نظام خانواده را اندازه گیری می کند. این مقیاس از ۹۰ عبارت و ۱۰ خرده مقیاس تشکیل شده است، که این خرده مقیاسها، ادراک اشخاص را در مورد ویژگی های اجتماعی - محیطی خانواده هایشان مورد ارزیابی قرار می دهند. که در تحقیق فوق مؤلفه های انسجام، خود ابرازگری، تعارض، استقلال، سازماندهی و کنترل مورد بررسی واقع می شود. پایایی مقیاس پرسشنامه جو عاطفی خانواده به دو روش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس و روش باز آزمایی به فاصله ۱/۵ ماه و محاسبه ضریب همبستگی پیرسون برای هر یک از خرده مقیاسها بدست آمد. آلفای بدست آمده دامنه ای از ۰/۵۶ تا ۰/۷۹ و ضریب همبستگی آن ها دامنه ای از ۰/۶۳ تا ۰/۸۳ را در بر گرفت. روایی آزمون در دوی بخش روایی محتوا و روایی تشخیصی مورد بررسی قرار گرفت. در کل این آزمون، قادر به تشخیص تفاوت بین دو گروه خانواده مشکل دار و خانواده عادی بوده و از روایی تشخیصی لازم برخوردار است (ملاشرفی، و خشور، سلیمی زاده، ۱۳۸۴).

یافته ها

در این تحقیق، متناسب با متغیرهای مورد مطالعه و نوع داده های جمع آوری شده، به منظور توصیف آنان از شاخص های گرایش مرکزی، پراکندگی و توزیع نمره ها استفاده شد. در مرحله

تحلیل آماری، با توجه به ماهیت مقیاس اندازه‌گیری که از نوع فاصله‌ای است و فرضیه‌های تحقیق برای تحلیل داده‌ها حسب مورد از روش تحلیل واریانس چند متغیّری (MANOVA) استفاده شد. از مقایسه جوّ عاطفی خانواده ۴۵ کودک بیش فعال و عادی نتایج زیر به دست آمده است. در این قسمت داده‌های به دست آمده از اندازه‌گیری متغیّره‌های مختلف، حسب مورد با استفاده از روش‌های مناسب آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های توزیع توصیف می‌شوند.

جدول ۱: خلاصه شاخص‌های توصیفی نمره‌های شرکت‌کنندگان پسر و دختر بیش فعال در آزمون جوّ عاطفی خانواده و مؤلفه‌های آن (n = ۳۳) پسر (n = ۱۲) دختر

متغیّرها	میانگین		انحراف معیار		کجی		کشیدگی		k-s		p	
	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر
انسجام	۵/۶۰	۵/۹۱	۱/۰۵	۱/۳۱۱	-۰/۴۶۵	-۰/۴۷۱	۱/۱۵۵	-۰/۹۷۲	۱/۲۶۹	-۰/۸۹۳	-۰/۰۸۰	-۰/۴۰۳
ابرازگری	۴/۷۵	۴/۹۱	۱/۴۷	۲/۰۲۰	۰/۳۲۳	۱/۰۰۸	-۰/۲۳۹	-۰/۳۵۷	-۰/۸۰۹	۱/۱۸۳	-۰/۵۳۰	-۰/۱۲۱
تعارض	۴/۳۳	۳/۹۱	۱/۴۹	۱/۶۷	-۰/۰۷۶	-۰/۹۸۹	-۰/۹۲۸	-۰/۱۹۵	-۰/۹۰۳	-۰/۷۹۷	-۰/۳۸۸	-۰/۵۴۸
استقلال	۴/۷۵	۴/۹۱	۱/۳۹	۰/۹۹۶	-۰/۴۲۴	-۰/۴۷۰	-۰/۳۳۰	-۰/۶۵۴	۱/۱۸۰	-۰/۶۹۳	-۰/۱۲۳	-۰/۷۲۳
سازماندهی	۴/۹۶	۵/۰۰	۱/۵۱	۱/۲۰۶	۰/۴۶۷	-۰/۳۷۳	۰/۵۷۴	-۰/۱۶۰	۱/۱۷۷	-۰/۸۶۶	-۰/۱۲۵	-۰/۴۴۱
کنترل	۴/۰۰	۳/۴۱	۱/۴۱	۱/۱۶۴	۱/۰۵۹	-۰/۲۴۱	۱/۲۵۹	-۱/۳۵۳	۱/۱۳۲	-۰/۷۷۳	-۰/۱۵۴	-۰/۵۸۹

براساس اطلاعات جدول بالا توزیع نمره‌های آزمودنی‌های پسر و دختر بیش فعال در آزمون جوّ عاطفی خانواده (و مؤلفه‌های انسجام، ابرازگری، تعارض، استقلال، سازماندهی و کنترل) شاخص‌های مختلف توصیفی اعم از میانگین، انحراف معیار، شاخص‌های کجی و کشیدگی و نتایج آزمون نرمالیتی کولموگروف - اسمیرنوف نشان می‌دهد که توزیع نمره‌های دو گروه نمونه در متغیّره‌های اندازه‌گیری شده به توزیع نرمال میل دارد.

جدول ۲: خلاصه شاخص‌های توصیفی نمره‌های شرکت کنندگان پسر و دختر سالم در آزمون جوعاطفی خانواده و مؤلفه‌های آن (n=۳۳) پسر (n=۱۲) دختر

متغیرها	میانگین		انحراف معیار		کجی		کشیدگی		k-s		p	
	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر- دختر	
انسجام	۵/۵۰	۵/۸۴	۰/۹۷۲	۰/۹۰۴	۰/۱۱۴	-۰/۴۴۲	-۰/۲۳۸	-۰/۳۲۶	۱/۳۳۸	۱/۰۱۵	۰/۰۵۶	۰/۲۵۴
ابرازگری	۳/۷۵	۴/۲۴	۱/۲۲	۱/۰۵	۰/۱۵۵	۰/۵۹۲	-۰/۰۸۴	۰/۸۸۸	۱/۴۰۸	۰/۸۳۰	۰/۰۳۸	۰/۴۹۶
تعارض	۳/۳۹	۴/۵۸	۰/۸۹۹	۱/۱۶	-۰/۳۴۸	۰/۵۸۸	-۰/۸۷۷	۰/۳۶۲	۱/۶۹۶	۰/۶۷۱	۰/۰۰۶	۰/۷۵۹
استقلال	۴/۱۶	۴/۶۳	۱/۱۱	۱/۳۳	-۰/۲۲۱	۰/۷۳۵	-۱/۲۷۳	۰/۹۹۴	۱/۱۷۱	۱/۰۲۸	۰/۱۲۹	۰/۲۳۲
سازماندهی	۴/۸۳	۵/۴۸	۰/۹۰۵	۱/۵۲	-۰/۶۲۴	-۰/۵۸۵	۰/۶۳۱	-۰/۶۴۸	۱/۴۹۸	۰/۷۲۸	۰/۰۲۳	۰/۶۶۵
کنترل	۳/۷۵	۳/۴۵	۱/۰۰۲	۱/۲۱	-۰/۲۶۳	۰/۲۰۵	-۰/۱۶۴	-۰/۴۰۶	۱/۱۰۱	۰/۵۸۴	۰/۱۷۷	۰/۸۸۵

بر اساس اطلاعات جدول بالا توزیع نمره‌های آزمودنی‌های پسر و دختر سالم در آزمون جوعاطفی خانواده (مؤلفه‌های انسجام، ابرازگری، تعارض، استقلال، سازماندهی و کنترل) و شاخص‌های مختلف توصیفی اعم از میانگین، انحراف معیار، شاخص‌های کجی و کشیدگی و نتایج آزمون نرمالیتی کولموگروف - اسمیرنوف (بجز ابرازگری $p < ۰/۰۱$ در پسرها) در بقیه موارد نشان می‌دهد که توزیع نمره‌های هر دو گروه نمونه در متغیرهای اندازه‌گیری شده به توزیع نرمال میل دارد.

جدول ۳: خلاصه آزمون‌های چند متغیری

اثرات	آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	P	مجذور ایتا
وضعیت	ویلکز لامبدا	۰/۹۱۰	۱/۳۴۰	۶	۸۱	۰/۲۴۹	۰/۰۹۰
جنسیت	ویلکز لامبدا	۰/۹۵۶	۰/۶۲۹	۶	۸۱	۰/۷۰۷	۰/۰۴۴
وضعیت*جنسیت	ویلکز لامبدا	۰/۸۴۵	۲/۴۷۱	۶	۸۱	۰/۰۳۰	۰/۱۵۵

با توجه به مقدار آزمون‌های ویلکز لامبدا در مورد متغیرهای وضعیت و جنسیت به ترتیب ۰/۹۱۰ و ۰/۹۵۶ و Fهای محاسبه شده (۱/۳۴۰ و ۰/۶۲۹) با درجه آزادی ۸۱ و ۶ نمی‌توان فرض صفر را در مورد اثر اصلی این دو متغیر رد کرد. هرچند، مقدار آزمون ویلکز لامبدا (۰/۸۴۵) و مقدار F (۲/۴۷۱) با درجه آزادی ۸۱ و ۶ در مورد تعامل دو متغیر وضعیت و جنسیت در تبیین واریانس متغیرهای وابسته به طور همزمان می‌توان فرض صفر را رد کرد.

($p > 0/05$). به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمره‌های ۶ مؤلفه جوخانوادگی انسجام، ابرازگری، تعارض، استقلال، سازماندهی و کنترل به طور همزمان بین دختران و پسران مبتلا به بیش‌فعالی و سالم معنادار است. اندازه اثر اختلاف با توجه به مقدار مجذور ای‌تا ($0/155$) در حد ضعیف است. در مجموع، مقدار مجذور ای‌تا ($0/155$) نشان دهنده ارتباط نسبی بین ۶ مؤلفه با تعامل وضعیت و جنسیت است.

جدول ۴: خلاصه آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها

منابع	متغیرهای وابسته	SS	۱df	۲df	MS	F	مجذور ای‌تا
وضعیت	انسجام	۰/۱۳۴	۱	۸۶	۰/۱۳۴	۰/۱۲۲	۰/۰۰۱
	ابرازگری	۱۲/۴۴۵	۱	۸۶	۱۲/۴۴۵	۶/۱۰۶	۰/۰۶۶
	تعارض	۰/۳۲۷	۱	۸۶	۰/۳۲۷	۰/۱۹۷	۰/۰۰۲
	استقلال	۳/۳۴۰	۱	۸۶	۳/۳۴۰	۲/۱۷۱	۰/۰۲۵
	سازماندهی	۰/۵۳۴	۱	۸۶	۰/۵۳۴	۰/۳۲۶	۰/۰۰۴
	کنترل	۰/۱۹۸	۱	۸۶	۰/۱۹۸	۰/۱۳۴	۰/۰۰۲

با توجه به نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها و شاخص‌های محاسبه شده می‌توان اظهار داشت که در بین ۶ مؤلفه تنها میانگین‌های دو گروه بیش فعال و عادی در مؤلفه ابرازگری تفاوت معنادار وجود دارد ($p > 0/05$). مقدار مجذور ای‌تا ($0/066$) در مورد این مؤلفه نشان دهنده ارتباط ضعیف بین ابرازگری و بیش‌فعالی است.

جدول ۵: خلاصه آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها

منابع	متغیرهای وابسته	SS	۱df	۲df	MS	F	مجذور ای‌تا
جنسیت	انسجام	۰/۰۰۶	۱	۸۶	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶	۰/۰۰۰
	ابرازگری	۰/۴۸۹	۱	۸۶	۰/۴۸۹	۰/۲۴۰	۰/۰۰۳
	تعارض	۲/۶۲۷	۱	۸۶	۲/۶۲۷	۱/۵۸۰	۰/۰۱۸
	استقلال	۰/۴۲۴	۱	۸۶	۰/۴۲۴	۰/۲۷۶	۰/۰۰۳
	سازماندهی	۱/۶۹۸	۱	۸۶	۱/۶۹۸	۱/۰۳۷	۰/۰۱۲
	کنترل	۰/۳۵۶	۱	۸۶	۰/۳۵۶	۰/۲۴۶	۰/۰۰۳

با توجه به نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها و شاخص‌های محاسبه شده می‌توان اظهار داشت که بین میانگین‌های دو گروه دختر و پسر در ۶ مؤلفه جو عاطفی خانوادگی تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۶: خلاصه آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها

منابع	متغیرهای وابسته	SS	1df	2df	MS	F	مجذور ای‌تا
وضعیت*جنسیت	انسجام	۱/۹۱۱	۱	۸۶	۱/۹۱۱	۱/۷۴۸	۰/۰۲۰
	ابرازگری	۱/۸۶۸	۱	۸۶	۱/۸۶۸	۰/۹۱۶	۰/۰۱۱
	تعارض	۱۱/۳۴۹	۱	۸۶	۱۱/۳۴۹	۶/۸۲۳	۰/۰۷۴
	استقلال	۱/۷۴۰	۱	۸۶	۱/۷۴۰	۱/۱۳۱	۰/۰۱۳
	سازماندهی	۲/۰۴۵	۱	۸۶	۲/۰۴۵	۱/۲۴۹	۰/۰۱۴
	کنترل	۳/۳۹۸	۱	۸۶	۳/۳۹۸	۲/۲۹۶	۰/۰۲۶

با توجه به نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها و شاخص‌های محاسبه شده می‌توان اظهار داشت که در مورد تعامل بین وضعیت و جنسیت در تبیین واریانس ۶ مؤلفه تنها در مؤلفه تعارض معنادار است ($p > 0/05$). مقدار مجذور ای‌تا (۰/۰۷۴) در مورد این مؤلفه نشان دهنده ارتباط ضعیف بین ابرازگری و تعامل وضعیت و جنسیت است.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش اثر بیش فعالی بر جو عاطفی خانواده مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج تحقیق نشان داد که در بین ۶ مؤلفه جو عاطفی خانواده (همبستگی، تعارض، استقلال، خود ابرازگری، سازماندهی و کنترل) تنها میانگین‌های دو گروه بیش فعال و عادی در مؤلفه ابرازگری تفاوت معنادار وجود دارد ($p > 0/05$). با توجه به نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها و شاخص‌های محاسبه شده می‌توان اظهار داشت که بین میانگین‌های دو گروه دختر و پسر بیش فعال در ۶ مؤلفه جو خانوادگی تفاوت معنادار وجود ندارد و با توجه به نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها و شاخص‌های محاسبه شده می‌توان اظهار داشت که در مورد تعامل بین وضعیت و جنسیت در تبیین واریانس ۶ مؤلفه جو عاطفی خانواده (همبستگی، تعارض، استقلال، خود ابرازگری، سازماندهی و کنترل) تنها در مؤلفه تعارض معنادار است ($p > 0/05$). مقدار مجذور ای‌تا (۰/۰۷۴) در مورد این مؤلفه نشان دهنده ارتباط ضعیف بین ابرازگری و تعامل وضعیت و جنسیت است. با توجه به فرضیه اختصاصی این پژوهش مبنی بر تفاوت یکی از

مؤلفه‌های جو عاطفی خانواده (ابرازگری) در دو گروه کودکان بیش فعال و عادی به نظر می‌رسد نتایج پژوهش‌های زیر با پژوهش حاضر همخوان هستند.

از آنجایی که یکی از عوامل مرتبط با ویژگی‌های درونی خانواده که می‌تواند سبب تنش والدین گردد، مشکلات رفتاری- عاطفی کودکان است به طوری که پژوهش‌ها نشان می‌دهند شدت اختلال رفتاری کودک، ویژگی مهم موقعیت تنش را محسوب می‌شود که یکی از شایع‌ترین این اختلالات ADHD است. یوسفی، سلطانی فر و تیموری معتقدند که تنش والدگری با آشفتگی‌های رفتاری و شدت ADHD ارتباط دارد. که تنش فوق می‌تواند باعث اختلال در جو عاطفی خانواده شود. مادرانی که پسران آنها درجه ی بیشتری از فزون کنشی داشتند، به طور مشخص تنش بیشتری را در مقایسه با مادران کودکانی که به طور مزن یا درجه کمتری از فزون کنشی دارند تجربه می‌کنند که شاید بخاطر همین تنشها ابرازگری در آنها ضعیف است (بک، ۱۹۹۰)

آناستاپولوس (۱۹۹۲) معتقد است خانواده‌های کودکان بیش فعال فشارهای والدینی بیشتری را تجربه می‌کنند و حس صلاحیت و شایستگی کمتری دارند، از اینرو به نظر می‌رسد فشارهای تجربه شده ممکن است بر ابرازگری (گستره‌ای که اعضای خانواده در آن برای صادقانه عمل کردن و بیان احساسات خود به صورت مستقیم تشویق می‌شوند) آنان اثر بگذارد.

ملا شریفی، وخشور و سلیمی زاده در سال ۱۳۸۴ در تحقیقی نشان دادند که اعضای خانواده به عنوان یک گروه، تعاملات پیچیده‌ای با یکدیگر دارند که احتمال دارد متأثر از محیط کلی خانواده باشد. از طرفی دیگر جعفری، موسوی، فتحی آشتیانی و خوشابی ۱۳۸۹ معتقدند که همانگونه که والدین بر افراد خانواده تأثیر می‌گذارند، فرزندان نیز با ویژگی‌های شخصیتی و رشدی و رفتاری خود، تأثیراتی را بر رفتار والدین بر جای می‌گذارند. که طبق پژوهش فوق کودکان با اختلال ADHD می‌توانند بر جو عاطفی خانواده اثر نامطلوبی بر جای گزارند.

همچنین پژوهش فوق نشان داد که اثرات تعاملی این دو متغیر (بیش فعالی و جنسیت) موجب تفاوت مؤلفه تعارض جو عاطفی خانواده در دو گروه می‌شود، یعنی تعارض بیشتری بر

اساس نتایج این پژوهش در جو عاطفی کودکان بیش فعال مشاهده شده است. تأثیر ADHD، بر روی خانواده‌ها نیز کاملاً بارز و مشخص است. والدین کودکان مبتلا به ADHD سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزندپروری را تجربه می‌کنند (محرری، شهریور و تهرانی دوست، ۱۳۸۸) و احساس عدم کفایت دارند. در این افراد تعارضات زناشویی افزایش یافته و سطوح افسردگی در مادران بالا است که در نهایت می‌تواند منجر به تعارض در بین اعضای خانواده شود. ADHD منجر به بروز واکنشهایی مانند پرخاشگری، خصومت و تنبیهات جسمانی از جانب والدین می‌گردد (درتاج و محمدی در سال ۱۳۸۶) حتی اطرافیان با تنبیه کودک تلاش می‌کنند تا توجه و رفتار او را کنترل کنند، اما این امر نه تنها مؤثر واقع نمی‌شود بلکه او را برای مقابله با خواسته‌های اطرافیان بیش از پیش تحریک می‌کند و باعث افزایش لجبازی و نافرمانی او نیز میشود که این خود نیز منجر به ایجاد تعارض می‌شود.

کاراحمدی، طبائیان و افخمی (۱۳۸۶) به نقل از تحقیقات بارکلی ۱۹۹۲ و آناستاپولوس ۱۹۹۲ نشان می‌دهند که ارتباط مادران نوجوان ADHD با فرزندانشان، منفی‌تر از مادران دیگر است و به هنگام بروز اختلاف، خشمگین‌تر می‌شوند. مادران این نوجوانان اغلب خود رأی و مستبد و گرایش کمتری به حل مسئله نشان می‌دهند. بدین ترتیب الگوی تعامل خاص این والدین ایجاد رابطه و حل تعارض را مشکل‌تر می‌سازد. وهمیر، اسکاچت و بارکلی (۲۰۱۰) معتقدند که ارتباط بین والدین و کودکان مبتلا به ADHD همراه با تعارضات بیشتر و بطور قابل ملاحظه‌ای استرس زاتر است نسبت به روابط والد و کودک در خانواده‌هایی که کودک مبتلا به ADHD وجود ندارد، که در پژوهش فوق تعارض در خانواده‌های کودکان بیش فعال در مقایسه با خانواده کودکان عادی دیده شده است. سیدموسوی، نادعلی و قنبری (۱۳۸۷) به نقل از اسمارت در پژوهشی دریافته است که چگونگی تعامل والد-کودک اغلب به عنوان پیش بینی کننده‌ای برای مشکلات رفتاری کودکان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. کودکانی که اختلال‌های رفتاری بیمارگونه داشتند دارای مادرانی با میزان پرخاشگری بالاتر، افسردگی بیشتر، حمایت اجتماعی کمتر بودند که از شیوه‌های فرزند پروری توأم با طرد و تنبیه استفاده

می کردند، که خود این مسئله باعث ابرازگری ضعیف در این خانواده‌ها و تعارض شدید در بین اعضاء خانواده می شود.

به طور کلی با توجه به اینکه آزمون جوخانوادگی (موس و موس) تا به به حال در مورد کودکان بیش فعال بکار نرفته است، نمی توان همخوانی آن را با آزمونهای دیگر به طور کامل مورد بررسی قرار داد، ولیکن در نهایت می توان به این نتیجه رسید که با توجه به تحقیقات انجام شده و نتایج پژوهش فوق بیش فعالی در پسرها بیشتر از دخترها است و در عین حال بر جوخانواده اثر مخربی دارد.

منابع

- ثنائی، ب.، و امینی، ف. (۱۳۷۹). مقایسه عملکرد خانواده در دو گروه دانش آموزان دختر مستقل و وابسته به دیگران، تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره. جلد دوم. شماره ۸ و ۷. صص. ۸۲-۹
- جعفری، ب.، موسوی، ر.، فتحی آشتیانی، ع.، و خوشابی، ک. (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه. فصلنامه خانواده پژوهی. سال ششم. شماره ۴۲. صص. ۴۹۷-۵۱۰
- رونالدجی، ف. گای تی، د. (۱۳۸۱). شیوه رفتار با کودکان و نوجوانان دچار اختلال نقص توجه - بیش فعالی ترجمه صدر السادات، سید جلال. محمدی، محمد رضا. صدرالسادات، لیلیا. کتاب. تهران: انتشارات اسپند هنر.
- شریفی، خ.، عریضی، ح.، و نامداری، ک. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و سرسختی و انشناختی در دانش آموزان، ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد. سال دوازدهم - دوره جدید. شماره ۱۰. صص. ۸۵-۹۴.
- صدری، ک. (۱۳۸۲). فراوانی اختلال بیش فعالی - کم توجهی در سابقه روانپزشکی والدین کودکان مبتلا در مراکز دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان نامه (اثر چاپ نشده).
- علیزاده، ح. (۱۳۸۳). اختلال نارسیایی توجه-فزون کنشی، ویژگی ارزیابی و درمان. تهران: انتشارات رشد.
- کاپلان و سادوک. (۱۳۷۶). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی، جلد سوم. ترجمه پورافکاری، نصرت اله چاپ دوم. تهران: انتشارات شهرآب. سال انتشار اثر به زبان اصلی (۲۰۰۳).
- کاراحمدی، م.، طبیبیان، م.، و افخمی عقدا، م. (۱۳۸۶). مقایسه الگوهای تعامل والدین در کودکان مبتلا به بیش فعالی با گروه کنترل. مجله دانشگاه علوم پزشکی، خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد.
- مجتهدصالح، م. (۱۳۷۰). بررسی میزان بیش فعالی در بین دانش آموزان دبستانهای شهر تهران بر اساس مقیاس کیت کنرز. پایان نامه کارشناسی ارشد (اثر چاپ نشده). دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز.
- محرری، ف.، شهریور، ز.، و تهرانی دوست، م. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش "برنامه تربیت سازنده" به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کم توجهی. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی. سال یازدهم. شماره ۱. صص. ۳۱-۴۰.
- ملاشریفی، شیدا، و خورشور، حسن.، و سلیمی زاده، محمد کاظم. (۱۳۸۴). هنجاریابی مقیاس جو عاطفی خانواده برای خانواده ایرانی ساکن تهران. فصلنامه خانواده پژوهی. سال اول. شماره ۳. صص. ۲۶۷-۲۵۵.
- هوش ور، پ.، بهنیا، ف.، خوشابی، ک.، میرزایی، ه.، و رهگذر، م. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال نقصان توجه - بیش فعالی بر اختلالات رفتاری فرزندان. مجله توانبخشی. شماره سوم.
- یوسفی، ش.، سلطانی فر، ع.، و تیموری، س. (۱۳۸۸). مقایسه تنش والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه با مادران کودکان بهنجار. مجله بهداشت علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی. سال یازدهم. شماره ۲.

Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, Dupaul GJ. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychology*; 20(5): 5

- Beck SJ, young GH, Tarnowski KG (1990) Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyper actives and normal control. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*: 88: 150
- Dapaul GJ. (1991). Parent and teacher rating of ADHD system psychometric properties in a community based sample child psychopharmacology. *J Clin Psychol*; 20: 245-53

- Eric Konofal, Michel Lecendreux, Samuele Cortese.(2010). Sleep and ADHD. Review Article Sleep Medicine. 11 652–658.
- Johnston C.(1996).Parent characteristics and parent-child interactions in families of non problem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. J Abnorm Child Psychol; 24(1): 85-104.
- Johnston C, Reynolds S, Freeman WS, Geller J.(1998).Assessing parent attributions for child behavior using open-ended questions. J Child Psychol; 27: 87-97.
- King. C. A., & Young , R. D.(1981).Peer poularity and peer normal boys. Journal of Abnormal child psychology , , 9 ,465 – 482.
- LAMBERT , N. M., &SANDOVAL , J,(1980) the prevalence of learning disabilities in a sample of children considered hyperactive. Journal of abnomal child psychology , , 8 , 33 -5
- Peter M. Wehmeier, M.D, Alexander Schacht, Ph.D, and Russell A. Barkley, Ph. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life, Journal of Adolescent Health 46 209–217.
- Wiener Jerry M,Dulcan Mina K.(2004).Textbook of child and adolescent psychiatry.3 thed;,chap5.485-509.