

تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال‌های بیرونی شده کودکان آنها

علیرضا کاکاوند^۱، حسن شمس اسفندآباد^۲ و معصومه بیرانوند^۳

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال‌های بیرونی شده کودکان آنها بود. این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. از میان مادران کودکان دارای اختلال‌های بیرونی شده ارجاع داده شده به مرکز مشاوره و روان‌شناسی دانش‌آموزی منطقه نه شهر تهران، ۳۰ نفر به‌طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. متغیر مستقل آموزش تفکر مثبت بود که در ۸ جلسه ۲ ساعته روی گروه آزمایش انجام شد، در گروه گواه هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. از پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش نمره بیش‌فعالی/کمبود توجه و نافرمانی مقابله‌ای/لج بازی مؤثر بود. همچنین، تغییرات ایجاد شده در پیگیری یک ماهه نیز ماندگار بود. آموزش تفکر مثبت به مادران، در بهبود علائم رفتاری کودکان دارای اختلال‌های بیرونی شده مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: اختلال‌های بیرونی شده، بیش‌فعالی، کمبود توجه، لج بازی، نافرمانی مقابله‌ای، آموزش تفکر مثبت.

۱. نویسنده‌ی رابط: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین

(ali.reza_kakavand@yahoo.com)

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۳/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۲۵

مقدمه

اختلال‌های بیرونی شده کودکان و نوجوانان از قبیل بیش‌فعالی / کمبود توجه و اختلال لج بازی / نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک از مشکلات شایع روان پزشکی و روان‌شناسی هستند که موجب اختلال کارکرد اجتماعی و آموزشی در کودک می‌گردند (برزگری و زمینی، ۲۰۱۱؛ لینیا^۱ و همکاران، ۲۰۱۲؛ آویلا و همکاران^۲، ۲۰۰۴؛ جنتیان و همکاران، ۱۳۸۷). اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه یک اختلال عصبی- رفتاری است که با دشواری در توجه کردن، فعالیت مفرط و تکانشگری مشخص می‌گردد. این اختلال معمولاً هنگامی که کودک به مدرسه می‌رود شناسایی می‌شود اما می‌تواند قبل از دبستان تا بزرگسالی نیز تشخیص داده شود (ویسر، بیتسکو، دانیلسون و قندور، ۲۰۱۵). شیوع این اختلال در دنیا ۱۰-۵ درصد است (کنو فال و همکاران^۳، ۲۰۱۰؛ سیلوستری و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسکیراس^۴ و همکاران، ۲۰۱۱؛ لی^۵ و همکاران، ۲۰۱۱). شیوع در ایران نیز بالا بوده؛ علیشاهی و بزرگی (۲۰۰۳) در تحقیقی میزان شیوع بیش‌فعالی را در ایران نه درصد گزارش کرده‌اند. بیش از ۸۰ درصد از کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه احتمال ابتلا به حداقل یکی دیگر از اختلالات روان پزشکی را دارند. بیش از ۵۰ درصد از آن‌ها احتمال ابتلا به دو اختلال را دارند (ویهمیر^۶ و همکاران، ۲۰۱۰؛ علیزاده و همکاران، ۲۰۰۷).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی ناپایدار منفی، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر مراجع قدرت است که دست کم باید ۶ ماه ادامه داشته باشد (فرامرزی، عابدی و قنبری،

1. Linnea
2. Avila
3. Konofal
4. Sciberras
5. Lee
6. Wehmeier

(۱۳۹۱). میزان شیوع این اختلال ۲ تا ۱۶٪ در سنین پیش دبستانی یا اوایل سن مدرسه می‌باشد (استینر و رمسینگ، ۲۰۰۷). اختلال سلوک با الگویی از رفتارها مشخص می‌گردد که در آن حقوق اساسی دیگران و هنجارهای اجتماعی متناسب با سن را نقض می‌کند و هم چنین پرخاشگری، ویرانی و تخریب اموال، سرقت، تقلب، دروغگویی و غیره در میان کودکان مبتلا به اختلال سلوک مشاهده می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع این اختلال در پسران ۱۶-۶٪ و در دختران ۹-۲٪ می‌باشد (پرت، اسمیت، ریجلسپرگر، اکانر و سام، ۲۰۰۳).

ویژگی‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلال‌های بیرونی شده از قبیل ناتوانی در مهار رفتار حرکتی، نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، برانگیختگی و بی‌قراری حرکتی، رفتارهای آزارنده، کینه توزی، نقض حقوق دیگران، دزدی و دروغ‌گویی معضل اساسی برای والدین، همسالان و مسئولان آموزشگاهی به شمار می‌آید و به فرایند تحول استعدادهای ذهنی و مهارت‌های اجتماعی - عاطفی خود کودک نیز آسیب جدی وارد می‌کند (بوسینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۲؛ فایانو و همکاران، ۲۰۰۹).

یافته‌ها حاکی از آن است که تعامل‌های درون خانوادگی، در خانواده‌های دارای فرزند با اختلال‌های کمبود توجه/ بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای با سطح بالایی از ناسازگاری و ناهماهنگی همراه است (پرنده و همکاران، ۲۰۱۰). چرا که این کودکان از دستورات والدین و سایر اعضا تبعیت نمی‌کنند، تکالیف انجام نمی‌دهند و رفتارهای منفی بیشتری نسبت به همسالان خود دارند که این شرایط، نا کارآمدی کارکردهای خانوادگی را به دنبال دارد. بنا براین خانواده کارکردهای خود را به خوبی انجام نمی‌دهد (کیمیایی و همکاران، ۱۳۸۹). رابطه منفی بین والدین و این کودکان باعث ایجاد ناکامی، پرخاشگری (بارکلی^۲، آناستوپولوس^۳، گیوورمنت و فلچر^۴،

1. Bussing
2. Barkley
3. Anastopoulos
4. Guevermont & Fletcher

۱۹۹۲؛ به نقل از پرند و همکاران، ۲۰۱۰) ناسازگاری وعدم تعادل در اعضای خانواده می‌شود (بالدوین^۱، بروون و میلان^۲، ۱۹۹۵؛ به نقل از پرند و همکاران، ۲۰۱۰). افسردگی، تعارض‌های زناشویی و طلاق در این خانواده‌ها بیشتر از دیگر خانواده‌ها است. بدرفتاری‌های این کودکان اثر منفی بر رابطه بین والدین و کودک دارد و ممکن است، حس درماندگی را در خانواده‌های آن‌ها ایجاد کند (بارکلی، ۱۹۹۶؛ به نقل از پرند و همکاران، ۲۰۱۰). در نتیجه، به نظر می‌رسد که آموزش‌های خانواده محور با تاکید بر مدیریت تنش می‌تواند سلامت ذهنی خانواده و رابطه بین والدین و کودکان را ارتقاء بخشد. با توجه به این که خانواده، یک نظام اجتماعی است که اختلال در هریک از اعضای آن، کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضا را تشدید کرده و مشکلات جدیدی ایجاد می‌کند، به راحتی می‌توان تصور کرد که وجوه رفتاری متعدد این اختلالات، می‌تواند به افسردگی مادران، اضطراب و احساس محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم لیاقت در امر تربیت فرزند، وابستگی ضعیف بین کودک و والد، روابط منفی تر این کودکان با خواهران و برادران شان، بالا رفتن سطح تنش در خانواده، بالا تر بودن میزان طلاق، استرس و از هم گسیختگی روابط خانوادگی در خانواده‌های کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/کمبود توجه منجر شود (ناظمی و همکاران، ۲۰۱۰؛ کرونیس و همکاران، ۲۰۰۴؛ هوش ور و همکاران، ۱۳۸۸؛ ون دیر اورد^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). بیشتر این کودکان در مهارت‌های اجتماعی، رفتاری و تحصیلی کمبودهای زیادی نشان می‌دهند، و این خود می‌تواند منبعی برای درگیری و تنش والدین و کودک باشد (لی و همکاران، ۲۰۱۱). نگرش والدین نسبت به کودکان در گزارش مشکلات رفتاری آن‌ها نقش دارد. محققان دریافتند که بسیاری از پدران و مادران از مهارت‌های فرزند پروری بی بهره نیستند، بلکه نگرش آن‌ها نسبت به کودکان دچار اختلال‌های بیرونی شده، مانند بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی منفی تر و مشکلات رفتاری بیشتری را از این

-
1. Baldwin
 2. Brown & Milan
 3. Van der Oord

کودکان گزارش می‌کنند (بیدرمن^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ محرری و همکاران، ۱۳۸۸؛ کاکاوند، ۱۳۸۵؛ وونگ، ۲۰۱۲). آموزش تفکر مثبت می‌تواند تعامل‌های مادر و کودک، تغییر نگرش والدین نسبت به رفتارهای کودک و شناخت مشکلات آنان، مدیریت صحیح تر والدین در زمینه اداره کودکان بیش فعال/کمبود توجه، لج بازی /نافرمانی مقابله ای را فراهم کند. کما این که با آموزش نحوه رفتار صحیح و مؤثر والدگری، علامت‌های اختلالات رفتاری ضد اجتماعی و رفتارهای مقابله‌ای در کودکان به طرز معناداری کاهش می‌یابد (هوش و همکاران، ۱۳۸۸). از آنجایی که تفکرات افراد تأثیر مستقیمی روی رفتار آن‌ها دارد و قسمت اعظمی از رفتار از آن ناشی می‌شود، این امر در مورد والدین نیز صادق است و نوع تفکرات آن‌ها می‌تواند روی رفتار آن‌ها با کودکانشان تأثیرگذار باشد. در نتیجه آموزش تفکر مثبت به مادران می‌تواند تأثیر بسیار زیادی روی کودکان آن‌ها داشته باشد. تفکر مثبت با ناسازگاری روان‌شناختی مانند افسردگی به‌طور منفی و با بهزیستی روان‌شناختی مانند رضایت از زندگی و شادی به‌طور مثبت، ارتباط معنی داری دارد. تفکر مثبت به عنوان یک سازه ارزشمند در تحقیقات اخیر مورد توجه قرار گرفته است (سلیگمن، ۲۰۰۲؛ ترجمه تبریزی و همکاران، ۱۳۸۹). آموزش تفکر مثبت به والدین می‌تواند در بهبود روابط و مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی و همچنین کاهش اضطراب کودکان مؤثر باشد. این آموزش‌ها می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا مشکلات کمتری داشته باشند. قدرتمند ساختن خانواده‌ها در کنار آمدن با تنش‌های روزانه زندگی و تنش‌های فرزند پروری که در اثر بزرگ کردن یک کودک با نیازهای خاص ایجاد می‌شود، می‌تواند باعث روابط و سلامت ذهنی بهتر خانواده گردد (لی و همکاران، ۲۰۱۱). رافائل^۲ (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان داد که مثبت اندیشی می‌تواند در بهبود علائم کودکان دبستانی مبتلا به بیش‌فعالی و صرع مؤثر باشد (رافائل، ۲۰۰۹). هوانگ، چاو و یانگ (۲۰۰۳) در پژوهشی اثر بخشی آموزش والدین را روی نشانه‌های اختلال

1. Biederman
2. Rafaela

بیش فعالی/کمبود توجه، اختلال نافرمانی مقابله ای و مشکلات رفتاری در منزل بررسی کردند. نتایج نشان داد که هم نشانه‌ها اختلال بیش فعالی/کمبود توجه، اختلال نافرمانی مقابله پس از آموزش والدین بهبود زیادی یافته اند (به نقل از میرزاییان و همکاران، ۱۳۸۵). از آنجایی که تفکرات افراد تأثیر مستقیمی روی رفتار آن‌ها دارد و قسمت اعظمی از رفتار از آن ناشی می‌شود این امر در مورد والدین نیز صادق است و نوع تفکرات آن‌ها می‌تواند روی رفتار آن‌ها با کودکانشان تأثیرگذار باشد. در نتیجه آموزش تفکر مثبت به مادران می‌تواند تأثیر بسیار زیادی روی کودکان آن‌ها داشته باشد. این کودکان به دلیل رفتارهای غیر قابل قبول جامعه مورد طرد و تحقیر اطرافیان قرار می‌گیرند و باعث می‌شود که رفتار معیوب آن‌ها نه تنها اصلاح نشود بلکه به آن نیز دامن زده شود و به دنبال آن تنبیه و مجازات می‌آید که این امر باعث اضطراب این کودکان می‌شود و یادگیری و مهارت‌های اجتماعی آن‌ها را مختل‌تر می‌کند. آموزش تفکر مثبت به والدین کمک می‌کند، تا چرخه تعاملی ناکارآمد را بشکنند و الگوهای تعاملی حمایتی مثبت و متقابلی به وجود آورند (محرری و همکاران، ۱۳۸۸). آموزش تفکر مثبت به والدین می‌تواند در بهبود روابط و مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی و همچنین کاهش اضطراب کودکان مؤثر باشد، بنابر آنچه مطرح شد، هدف پژوهش حاضر آموزش تفکر مثبت بر مادران کودکان دارای اختلال‌های بیرونی شده و تأثیر این آموزش بر اختلال‌های بیرونی شده فرزندان است.

روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و طرح این مطالعه نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران کودکان مبتلابه اختلال‌های بیرونی سازی شده مراجعه کننده به کلینیک مشاوره و روان‌شناسی دانش‌آموزی منطقه ۹ شهر تهران و فرزندان آنها بودند. از میان ۴۵ والد مراجعه کننده، ۳۰ مادر کودک ۶ تا ۱۱ ساله به‌طور تصادفی ساده انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار

گرفتند. مادران گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند. بعد از انجام نمونه گیری، با مادران این کودکان تماس گرفته شد و از آنها برای شرکت در جلسات دعوت به عمل آمد. ابتدا با مادران گروه آزمایش ملاقات انجام شد و در مورد مشکلات کودکان و هدف جلسات آموزشی صحبت شد و پرسش‌نامه‌ها در اختیار گروه مورد آموزش قرار گرفت و از آنها رضایت کتبی جهت حضور در جلسات آموزشی اخذ گردید و آنها متعهد شدند که به مدت ۸ جلسه در این برنامه آموزشی شرکت کنند. در واقع آموزش به صورت گروهی انجام گرفت. در مرحله بعد با مادران گروه گواه ملاقات به عمل آمد و سؤالات پیش آزمون توسط آنها تکمیل گردید. پس از اتمام جلسات از گروه آزمایش و گواه آزمون گرفته شد. یک ماه بعد مجدداً از گروه آزمایش و گواه آزمون گرفته شد. تشخیص اختلالات به وسیله روان‌شناس یا روان پزشک، دامنه سنی ۱۱-۶ سال، زندگی کردن با هر دو والد، بهره هوشی در دامنه متوسط، نداشتن سابقه بیماری روان پزشکی قابل تشخیص، نبود مشکلات جسمانی و روان‌شناختی به جز موارد مطرح شده در کودکان و تمایل به شرکت مادران در جلسات از شرایط ورود به این تحقیق بود.

پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI-4): این پرسش‌نامه یک ابزار غربالگری برای شایع‌ترین اختلالات روان پزشکی است. عبارات آن بر اساس ملاک‌های چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، تدوین شده است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سؤال است که ۴۱ عبارت آن (گروه A, B, C) مربوط به اختلال‌های رفتار ایدایی و، بیش‌فعالی و اختلال سلوک است. هر یک از عبارات مذکور، در یک مقیاس چهار درجه‌ای: هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود در پژوهش حاضر گروه A: اختلال بیش‌فعالی از سؤال ۱-۱۸، گروه B: اختلال نافرمانی مقابله‌ای از سؤالات ۱۹-۲۶ و گروه C: اختلال سلوک از سؤالات ۲۷-۴۱ است. در این پژوهش فقط دو گروه A و B مورد نظر قرار دارند و گروه C مورد نظر نیست. دو شیوه برای نمره گذاری پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) طراحی شده است. در این پژوهش، نمره گذاری با جمع زدن تعداد عباراتی که با گزینه‌های گاهی، اغلب

اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده اند، به دست می‌آید. پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده است، در پژوهشی که گراسیون و کارلسون (۱۹۹۱)؛ به نقل از کلانتری و همکاران، (۱۳۸۰) روی نسخه *CSI-3-R* انجام گرفت حساسیت آن برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شده است. در تحقیق کلانتری و همکاران (۱۳۸۰) اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از روش تنصیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آمده. پایایی چک لیست والدین از طریق بازآزمایی ۰/۹۰ تعیین شده است (کلانتری و همکاران، ۱۳۸۰).

برنامه آموزشی شامل ۸ جلسه آموزشی دو ساعته بود که دو بار در هفته به مدت یک ماه اجرا شد. این بسته درمانی اقتباس از برنامه تفکر مثبت سلیگمن، پارکز و رشید^۱ (۲۰۰۶) بود که برای استفاده در این پژوهش آماده گردید.

خلاصه محتوای جلسات آموزشی به صورت زیر است:

جلسه اول: (معرفی و جهت‌دهی) آشنایی شرکت‌کنندگان با دوره آموزشی و مفاهیمی چون رضایت از زندگی، شادی، نشاط و نقش این موارد در زندگی خوب و مسیرهای دستیابی به زندگی رضایت‌بخش، سنجش سطح رضایت از زندگی، نشاط، شادی، معنا در زندگی و افسردگی افراد و در نهایت آموزش تکلیف خانگی: معرفی مثبت خود.

جلسه دوم: (توانمندی‌های شخصی و استفاده از آن‌ها به شکلی تازه) اجرای پرسش‌نامه توانمندی شخصی و شناسایی پنج توانمندی برتر هر یک از اعضای گروه، معرفی توانمندی‌های شخصی به عنوان مسیری برای دستیابی به رضایت از زندگی، و در نهایت آموزش تکلیف خانگی: استفاده از توانمندی‌ها به شکلی نو و تازه.

جلسه سوم: (کاشت هیجان‌های مثبت و ذکر نعمت‌ها و امور خوب در زندگی) آشنایی با هیجان‌های مثبت و نقش آنها در نشاط و شادی، ذکر نعمت‌ها و امور مثبت در زندگی روزمره، بررسی میزان استفاده از توانمندی‌های شخصی در رفتار افراد و آشنایی با هیجان‌های مثبت، و در نهایت ارائه تکلیف خانگی: ذکر سه امر مثبت/ سه نعمت در زندگی.

جلسه چهارم: (میراث شخصی و داشتن قصد و هدف در زندگی) بررسی تکلیف جلسه قبل، بحث درباره اهمیت داشتن قصد و معنا در زندگی ضمن اشاره به علائم افسردگی در افراد، شرح فن میراث شخصی و کاربرد آن در زندگی، در نهایت ارائه سؤال‌هایی در زمینه میراث شخصی برای پاسخگویی تا جلسه بعد.

جلسه پنجم: (نامه و دیدار تشکرآمیز (تقدیر و سپاس) و بررسی نیم دوره آموزشی) بررسی نتایج فعالیت‌هایی که طی هفته‌های قبلی انجام شده است، تأکید بر خاطرات خوب، حرکت به سمت ایجاد ارتباطات بین فردی مناسب، افزایش رضایت از زندگی از طریق لذت حاصل از خشنود ساختن دیگران، آموزش فن تقدیر و سپاس، اجرای تمام آزمون‌های جلسه اول، و در نهایت تکلیف خانگی: اجرای فن نامه نویسی و دیدار تشکر آمیز.

جلسه ششم: (روابط مثبت اجتماعی و شادکامی در زندگی) آشنایی با روابط مثبت اجتماعی، نقش روابط مثبت در زندگی شادمانه، آموزش و در نهایت ارائه تکلیف خانگی: کاربرد فن پاسخ دهی سازنده و فعال

جلسه هفتم: (انجام کار با تأمل و طمأنینه (پرهیز از شتاب زدگی) آشنایی با نحوه پایدار کردن لذت‌ها، انجام کار با تأمل و طمأنینه و نقش آن در رضایت از زندگی و در نهایت ارائه تکلیف خانگی: نحوه انجام کار با تأمل

جلسه هشتم: (جشن شادی و پایدارسازی شادمانی) بازخورد دوره آموزشی، برگزاری جشن شادی، اجرای آزمون‌های اجرا شده در جلسه اول، بررسی نحوه پیگیری تأثیرات آموزشی در ماه آتی.

ابزار به کار رفته در این پژوهش شامل پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان^۱ (CSI-4) به منظور بررسی علائم مرضی کودکان و بسته آموزشی تفکر مثبت به مادران است.

نتایج

میزان تحصیلات افراد نمونه در دو گروه کنترل و آزمایش به ترتیب برابر است با: راهنمایی (۳ نفر و ۳ نفر)، دیپلم (۹ نفر و ۱۰ نفر)، لیسانس (۳ نفر و ۲ نفر). همچنین میانگین و انحراف استاندارد و دامنه سنی افراد نمونه در گروه کنترل (۲۶-۴۶ = R و $SD = ۶/۵۲$ و $M = ۳۶/۲۶$) و آزمایش (۲۸-۴۵ = R و $SD = ۵/۶۹$ و $M = ۳۶/۶۶$) به دست آمد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار بیش‌فعالی از نوع بی‌توجهی، بیش‌فعالی از نوع تکانشی، بیش‌فعالی از نوع ترکیبی

متغیرها	گروه‌ها	M/SD	بیش‌فعالی از نوع تکانشی	بیش‌فعالی از نوع ترکیبی	بیش‌فعالی از نوع بی‌توجهی	نافرمانی مقابله‌ای
پیش‌آزمون	کنترل	M	۱۶/۶	۳۴/۳۳	۱۷/۷۳	۱۲/۸
		SD	۳/۶۴	۴/۶۲	۴/۲۵	۳/۸۵
	آزمایش	M	۱۶/۴۶	۳۴/۴	۱۷/۹۳	۱۲/۱۳
		SD	۴/۱۳	۶/۲۶	۳/۹۱	۴/۴۸
پس‌آزمون	کنترل	M	۱۵/۸۶	۳۲/۷۳	۱۶/۲	۱۲/۴
		SD	۳/۸۷	۵/۱۱	۳/۷	۴/۵۱
	آزمایش	M	۹/۰۶	۱۸/۴	۹/۳۳	۵/۴۶
		SD	۲/۶۳	۳/۳۷	۲/۳۸	۲/۵

به منظور پی بردن به تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای بیش‌فعالی از نوع تکانشی، بیش‌فعالی از نوع ترکیبی، بیش‌فعالی از نوع بی‌توجهی، نافرمانی مقابله‌ای از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری یکی از

1. child symptom inventory -4

مفروضه‌های تحلیل کواریانس (همگنی واریانس‌ها) مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در

مرحله پیش آزمون

اثر	متغیروابسته	Df 1	Df 2	F	Sig
گروه	بیش فعالی از نوع بی توجهی	۱	۲۸	۳/۴۶	۰/۰۵۵
	بیش فعالی از نوع تکانشی	۱	۲۸	۰/۰۱	۰/۸۹
	بیش فعالی از نوع ترکیبی	۱	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	نافرمانی مقابله‌ای	۱	۲۸	۰/۴۹	۰/۴۸

همان گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد آزمون لوین در متغیر بیش فعالی از نوع بی توجهی ($p=۰/۰۵۵$, $f=۳/۴۶$)؛ بیش فعالی از نوع تکانشی ($p=۰/۰۸۹$, $f=۰/۰۱$)؛ بیش فعالی از نوع ترکیبی ($p=۰/۰۰۱$, $f=۰/۹۷$)؛ ($p=۰/۴۸$, $f=۰/۴۹$)؛ نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته معنی‌دار نیست در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تایید می‌شود. جدول ۳ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون بیش فعالی از نوع تکانشی، بیش فعالی از نوع ترکیبی، بیش فعالی از نوع بی توجهی، نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	SS	Df	MS	f	Sig	Eta
بیش فعالی از نوع تکانشی	۲۲۵/۵۵	۱	۲۲۵/۵۵	۷۵/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳
بیش فعالی از نوع ترکیبی	۳۴۷/۲۳	۱	۳۴۷/۲۳	۵۲/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵
بیش فعالی از نوع بی توجهی	۱۲۸/۴۳	۱	۱۲۸/۴۳	۲۴/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷
نافرمانی مقابله‌ای	۲۰۳/۸۳	۱	۲۰۳/۸۳	۰/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱

همان گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین متغیرهای پژوهش بیش فعالی از نوع تکانشی ($f=۷۵/۰۷$)، بیش فعالی از نوع ترکیبی ($f=۵۲/۲۸$)، بیش فعالی از نوع بی توجهی ($f=۲۴/۱۹$)، نافرمانی مقابله‌ای ($f=۰/۹۸$) گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P=۰/۰۰۱$). با توجه به جدول ۱ میانگین بیش فعالی از نوع تکانشی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون برابر

با ۹/۰۶ و در گروه کنترل ۱۵/۸۶ است همچنین میانگین بیش‌فعالی از نوع ترکیبی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون برابر با ۱۸/۴ و در گروه کنترل ۳۲/۷۳ است، میانگین بیش‌فعالی از نوع بی‌توجهی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون برابر با ۱۷/۹۳ و در گروه کنترل ۱۷/۷۳ است. میانگین نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون برابر با ۵/۴۶ و در گروه کنترل ۱۲/۴ است. با توجه به موارد ذکر شده، می‌توان بیان کرد آموزش تفکر مثبت بر مادران موجب کاهش بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال‌های بیرونی شده کودکان آن‌ها بوده است. همان‌گونه که تحلیل داده‌ها نشان داد، آموزش تفکر مثبت به والدین در بهبود علائم رفتاری کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی مؤثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های (زارعی‌متین و همکاران، ۱۳۸۸؛ هانی‌کات و همکاران، ۲۰۰۵؛ هوش‌ور و همکاران، ۱۳۸۸) که اثر آموزش والدین را بر کاهش اختلال بیش‌فعالی کودکان شان، نشان داده‌اند همسو است. در تحلیل داده می‌توان بیان کرد که آموزش تفکر مثبت به والدین باعث می‌شود که آن‌ها دیدگاهی واقع‌بینانه از خود و زندگی پیدا کنند و در باره مشکلات واقعی خود به درستی قضاوت کنند و نگرش خود را تغییر دهند. به علت مشکلات رفتاری این کودکان رابطه آن‌ها با والدین و اطرافیان به شدت آسیب می‌بیند در این میان مادران به دلیل این که بیشتر از هر فرد دیگری با این کودکان در ارتباط هستند، روابط آن‌ها با کودکان شان بیشتر آسیب می‌بیند در نتیجه کودکی که این چنین مشکل رفتاری دارد به جای این که با او به‌طور منعطف و صبورانه برخورد شود با او بد رفتاری می‌شود و همین بد رفتاری‌ها به اختلال او بیشتر دامن می‌زند. آموزش تفکر مثبت به والدین کمک کرده است تا چرخه تعاملی نا کارآمد را بشکنند و الگوهای تعاملی حمایتی مثبت و متقابلی به وجود آورند. از طریق آموزش افراد توانمندی‌های خود را می‌شناسند و در ضمن یاد می‌گیرند تا به بهترین صورت از توانمندی‌های موجود خود استفاده کنند. وقتی که افراد بتوانند علاوه بر

شناخت توانمندی‌های خود، نحوه استفاده از آن‌ها را هم به بهترین حالت یاد بگیرند، باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود در نتیجه بهتر می‌توانند مشکلات را حل کنند و این می‌تواند در در بهبود علایم رفتاری کودکان شان مؤثر بوده باشد. در واقع در چنین حالت‌هایی افراد بهتر می‌توانند مشکلات را ریشه‌یابی کنند و به راه‌حل‌های بهتری برای آن‌ها دست یابند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که والدین کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی غالباً در سبک تربیت فرزند خود بسیار آمرانه و منفی‌باف هستند (هانی کات و همکاران، ۲۰۰۵؛ سیلوستری و همکاران، ۲۰۰۹؛ میرزاییان و همکاران، ۱۳۸۵). یوسفی و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که تفاوت معناداری بین سطح اضطراب والدینی و شیوه‌های تربیت فرزند در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، کودکان و مادران کودکان عادی وجود داشت و سطح اضطراب والدینی بر انتخاب شیوه‌های تربیت فرزند در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه اثر داشته است (هانی کات و همکاران، ۲۰۰۵). بین اختلال‌های کمبود توجه/بیش‌فعالی، لج بازی/نافرمانی مقابله‌ای کودکان و استرس والدین ارتباط دوگانه و جهت‌دار وجود داشت (کیمیایی و همکاران، ۱۳۸۹). از طریق آموزش افراد برای زندگی خود، هدف تعیین می‌کنند. برای خود ارزشمندی بیشتری قابل می‌شوند، و در ضمن، سپاس‌گذار بودن را تمرین می‌کنند. دست یافتن به موارد گفته شده باعث، کنترل بیشتر بر اضطراب و فشارهای روحی می‌شود، منفی‌نگری کاهش می‌یابد. تنش کمتر می‌شود و آرامش بیشتری به وجود می‌آید، در نتیجه، بهبود در علایم اختلال کودکان را به دنبال دارد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد آموزش تفکر مثبت به مادران موجب کاهش نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان می‌شود که نتایج این یافته با پژوهش‌های هوانگ، چاو و یانگ (۲۰۰۳)، دانفورد (۱۹۹۸؛ به نقل از کلانتری و همکاران، ۱۳۸۰) که اثر آموزش والدین را بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان شان، نشان داده‌اند همسو است. از طریق آموزش افراد روابط خود را با دیگر اعضای خانواده بر اساس احترام متقابل و گذشت بنا می‌نهند و می‌آموزند که در انجام امورتأمل کنند و در مقابل رفتار منفی دیگران به‌طور متقابل پاسخ ندهند. در این حالت به جای این که با

کودک جرو بحث کنند از رفتارهای مثبت و خنثی بدون توجه به رفتار بلاواسطه قبلی کودک خود استفاده می‌کنند، مشخصه این راهبرد نیکی کن و فراموش کن است، که به نظر می‌رسد راهبردی پخته و از نظر اجتماعی موفقیت آمیز تر برای هر دو طرف در دراز مدت باشد (کاکاوند، ۱۳۸۵). این باعث می‌شود به لج بازی کودک خاتمه دهد، و مقاومت کودک را بشکند. این پژوهش با محدودیت‌هایی مانند کم سواد بودن برخی از مادران که باعث عدم درک برخی از آموزش‌ها می‌شود و همچنین محدود بودن گروه نمونه بر مادران کودکان دچار اختلالات بیرونی شده و محدود بودن پژوهش به شهر تهران همراه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این پژوهش در شهرهای دیگر و بر پدران کودکان دارای اختلالات بیرونی شده انجام شود. رفتارهای تخریب‌گرانه این کودکان، می‌توانند بر بهزیستی روانی والدین تأثیر منفی داشته باشند. بنابراین توصیه می‌شود برنامه‌های آموزشی تفکر مثبت توسط روان‌شناسان و مشاورین، برنامه ریزی و مورد توجه قرار گیرد. همچنین توصیه می‌شود برای پژوهش‌های آتی والدینی انتخاب شوند که حداقل دارای مدرک لیسانس باشند زیرا در خیلی از قسمت‌های آموزش با مطالب انتزاعی در ارتباط اند و برای بهتر فهمیدن و درست اجرا شدن این آموزش‌ها به سواد بالاتری از سوی والدین نیاز است.

با تشکر و سپاس از همکاری صمیمانه کلینیک مشاوره و روان‌شناسی دانش‌آموزی منطقه ۹ شهر تهران که در اجرای این تحقیق ما را یاری نمودند.

منابع

جنتیان، سیما؛ نوری، ابوالقاسم؛ شفتی، سیدعباس؛ مولوی، حسین و سماواتیان، حسین (۱۳۸۷). اثر بخشی بازی درمانی مبتنی رویکرد شناختی- رفتاری بر شدت علائم اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه در دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۶(۲)، ۱۱۸-۱۰۹.

زارعی متین، حسن؛ جندقی، غلامرضا و حق گویان، زلفا (۱۳۸۸). شناسایی مؤلفه‌های نشاط در محیط کار و سنجش وضعیت این مؤلفه‌ها در سازمان‌های اجرایی استان قم. *نشریه مدیریت دولتی*، ۱(۲)، ۴۸-۳۵.

سلیگمن، مارتین (۲۰۰۲)، *شادمانی درونی*، ترجمه مصطفی تبریزی و همکاران (۱۳۸۹). تهران: دایره.

فرامرزی، سالار؛ عابدی، احمدی و قنبری، آمنه (۱۳۹۱). تأثیر آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) فرزندان. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۴(۲)، ۹۰-۹۶.

کاکاوند، علیرضا (۱۳۸۵)، *اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه (نظریه و درمان)*، کرج: نشر سرفراز.

کلاتری، مهرداد؛ نشاط دوست، حمید و زارعی، محمد باقر. (۱۳۸۰). تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه کودکان، *مجله روان‌شناسی*، ۵(۱۸)، ۷۱-۵۴.

کیمیایی، سیدعلی و بیگی، فاطمه (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای خانوادگی کودکان سالم و کودکان بیش‌فعال و تأثیر مهارت‌های حل مسأله بر کارکردهای خانوادگی مادران، *مجله علوم رفتاری*، ۴(۲)، ۱۴۷-۱۴۱.

محرری، فاطمه؛ شهریور، زهرا و تهران دوست، مهدی (۱۳۸۸)، تأثیر آموزش برنامه تربیت سازنده به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روان*، ۱۱(۱)، ۲۲-۳۱.

میرزائیان، بهرام؛ احدی، حسن؛ پاشا شریفی، حسن و آزاد، حسین (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های کنترل کودک به مادران بر کاهش علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی کودکان و افسردگی مادران، *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۲۹(۳)، ۱۰۲-۸۱.

هوش‌ور، پارسا؛ بهنیا، فاطمه؛ خوشابی، کتایون؛ میرزایی، هوشنگ و رهگذر، مهدی (۱۳۸۸)، تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه بر اختلالات رفتاری فرزندان. *مجله توانبخشی*، ۱۰(۳)، ۳۰-۲۴.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th edn), Washington

Alishahi, M. J., Deh Bozorgi, G. H. & Dehghan, B. (2003). Prevalence rate attention deficit hyperactivity disorder among the students of primary school. *Tabib-e-Shargh*, 5(1), 61-67.

Alizadeh, H., Applequist, K. F. & Coolidge, F. L. (2007). Parental self-confidence, Parenting styles and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse & Neglect*, 31, 567-572.

- Avila, C., Cuenca, I., F'elix, V., Parcet, M. A. , Miranda, A. (2004). Measuring Impulsivity in School-Aged Boys and Examining Its Relationship With ADHD and ODD Ratings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 295–304.
- Barkley, R. A. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development*, 25, 77–83.
- Barzegary, L. , Zamini, S. (2011). The effect of play therapy on children with ADHD. *Procedia-social and Behavioral Sciences*, 30, 2216-2218.
- Bezdjian, S., Krueger, R. F., Derringer, J., Malone, S., McGue, M. & Iacono, W. G. (2011). The structure of DSM-IV ADHD, ODD, and CD criteria in adolescent boys A hierarchical approach. *Psychiatry Research*, 188, 411–421.
- Biederman, J., Spencer, T. J., Newcorn, J. H., Gao, H., Milton, D. R., Feldman, P. D. & Witte, M. M. (2007). Effect of comorbid symptoms of oppositional defiant disorder on responses to atomoxetine in children with ADHD: a meta-analysis of controlled clinical trial data. *Psychopharmacology*, 190, 31–41.
- Bussing, R., Zima, B. T. , M. D., Mason, D. M., Meyera, J. M., White, K. & Garvan, C. W. (2012). ADHD Knowledge, Perceptions, and Information Sources: Perspectives From a Community Sample of Adolescents and Their Parents. *Journal of Adolescence Health xxxxx*.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. M., Wymbs, B. T. & Pelham, W. E. (2004). Enhancement to the behavioral parent training, Paradigm for families of children with ADHD: *Review and future directions Clinical child and family psychology review*, 7(1), 1-27
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A. & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention- Deficit/ hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129–140.
- Framarzi, S., Abedi, A., & Ghanbary, A. (2013). Effect of mothers' relationship pattern on reduction of *Oppositional defiant disorder (ODD)* in children, *Medical Journal of Tabriz University of Medical Science & Health Service*, 34, 2, 90-96. (Persian)
- Honeycutt, C., Sleath, B., Bushc, P. J., Campbellb, W. & Tudord, G. (2005). Physician use of a participatory decision-making style with children with ADHD and their parents. *Patient Education and Counseling*, 57, 327–332.
- Houshvar P, Behnia F, Khoushabi K, Mirzaei H, & Rahgozar M. (2009). Effect of group parent management training on behavioral disorders of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Rehabilitation*, 10 (3), 24-30. (Persian)
- Janatian, S., Nouri, A., Shafiti, A., Molavi, H., & Samavatyan, H. (2009). Effectiveness of play therapy on the bases of cognitive behavior approach on severity of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among primary school male students aged 9-11. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 6(2) 109-118. (Persian)
- Kakavand, A. (2007). *Attention deficit hyperactivity disorder (theories and treatment)*. Karaj, Sarafranz. (Persian)
- Klantary, M., Neshat Doust, H., Zarei, M.B. (2003). Effectiveness of parental education program and pharmacotherapy in reducing the symptoms Attention deficit hyperactivity disorder of children. *Journal of Psychology*, 5(18) 54-71. (Persian)

- Kimiaee, S. A. & Baygi F. (2010). Comparison the family function of normal and ADHD mothers and effect of problem solving skill training on family function of mothers. *Journal of Behavioral Sciences*, 42, 141-147. (Persian)
- Lara, C., Fayyad, J., Graaf, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M. et al (2009). Childhood Predictors of Adult Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World, Mental Health Survey Initiative *Biological Psychiatry*, 65, 64-54.
- Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 31, 328-341.
- Moharreri1 ,F., Shahrivar, Z. & Tehrani-Dust, T. (2007). Effect of the positive parenting program on parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 29, 81-102. (Persian)
- Mirzaeian, B., Ahadi, H., Pasha Sharifi, H., Azad, H. (2007). Effect of child control skills education in mothers on reduction of children attention deficit hyperactivity disorder and mothers' depression. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 29, 81-102. (Persian)
- Nazemi, F., Mohammadkhani, P., Khoshabi, K.(2010). Parent management training used in abusive parent-child interaction in children with ADHD. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 244-249.
- Parand, A., Afrooza, G., Mansoor, M., Shokoohi, M., Mohammadali Besharata, Y. & Khooshabib, K. (2010). Developing stress management program for mothers of children With ADHD and its effectiveness on their mental health. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1135-1139.
- Pratt, M., Smith, M., Reigelsperger, R., O'Connor, L.V., Saum, C. (2003). Psychosocial treatment alternatives for adolescents with conduct problems. *Journal of Psychological Practice*, 8, 1-13.
- Raffaele, M.(2009).An exploration of the psychosocial effects that school-age children with Child Absence Epilepsy (CAE) experience when their condition is misdiagnosed as Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).*Faculty of Education and Social Work the University of Sydney www NDLTD. Com*
- Seligman, M. (2002). *Intrinsic Happiness*, Translated into Persian by Mostafa Tabrizi et al. (2011). Tehran:Dayereh. (Persian)
- Sciberras, E. , Fulton, M. , Efron, D. , Oberklaid, F. Hiscock, H. (2011). Managing sleep problems in school aged children with ADHD: A pilot randomised controlled trial. *Sleep Medicine*, 12, 932-935.
- Silvestri, R., Gagliano, A., Aric, I., Calarese, T., Cedro, C., Bruni, O., Concurso, R., German, E., Gervasi, G., Siracusano, R., Vita, G. & Bramanti, P. (2009). Sleep disorders in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) recorded overnight by video-polysomnography. *Sleep Medicine*, 10, 1132-1138.

- Steiner, H., & Remsing, L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126-141.
- Van derOord, S., Prins, P. J. M., Oosterlaan J., Emmelkamp, P. M. G. (2006). The association between parenting stress, depressed mood and informant agreement in ADHD and ODD. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1585-1595.
- Visser, S.N., Bitsko, R.H., Danielson, M.L., Ghandour R.M. (2015). Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder among Children with Special Health Care Needs. *The Journal of Pediatrics*, 2, 1-10.
- Wehmeier, P. M. , Schacht, A. , Barkley, R. A. (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.
- Wong, S. S. (2012). Negative thinking versus positive thinking in a Singaporean student sample: Relationships with psychological well-being and psychological maladjustment. *Learning and Individual Differences*, 22, 76-82.
- Yousefia, S., Soltani Farb, A., Abdolahianc, E.(2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with Mothers of normal children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666 – 1671.
- Zarei Matin, H., Jandaghi, G. & Haghgooyan, Z. (2010). Identification of components of Exhilaration in working environment ans assessment of these components in executive organizations of Qom state. *Journal of Public Administration*, 1(2) 35-48. (Persian)

Effect of the positive thinking education to the mothers on their children externalizing disorders reduction

A. kakavand¹, H. Shams Esfandabad² & M. Beiranvand³

Abstract

Introduction: The purpose of this study, the effect of positive thinking to mothers on their children's disorders of the outer. **Method:** This quasi-experimental pretest - posttest control group. Among mothers of children with disorders of the exterior has been referred to counseling and psychology students in nine of Tehran, 30 were randomized into two groups (n = 15) and control group (15 cases). The independent variable of positive thinking in 8 sessions of 3 hours was the experimental group, the control group received no intervention. the Child Symptom Inventory was used to collect data. Analysis of covariance was used to analyze the data **Results:** Mothers of positive thinking to reduce the hyperactivity/ attention deficit and in disobedience coping / grudge match was effective. Also, changes in one-month follow-up was persistent. **Conclusion:** Positive thinking education for mothers improve behavioral symptoms in children with disorders affecting the exterior of the mothers.

Keywords: externalizing disorders/ ADHD/ ODD/ positive thinking training

-
1. Corresponding Author: Assistant Professor of Psychology, Imam Khomeini University of Qazvin. (ali.reza_kakavand@yahoo.com)
 2. Associate Professor of Psychology, Imam Khomeini University of Qazvin.
 3. MA of Psychology, Imam Khomeini University of Qazvin