

پیش بینی اختلال بیش فعالی - نقص توجه کودک بر اساس

الگوی دلبستگی و اضطراب

سید ابوالقاسم مهری نژاد^۱، صفیه فرح زادی^۲

^۱دانشیار و هیئت علمی دانشگاه الزهراء- تهران- ایران

^۲کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان- ایران

نویسنده مسئول :

صفیه فرح زادی

چکیده

هدف : مشکلات و ناسازگاری های کودکان دارای اختلال بیش فعالی - نقص توجه (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) یا ADHD) لزوم توجه به این اختلال را روشن می سازد. پژوهش حاضر به منظور پیش بینی اختلال بیش فعالی - نقص توجه کودک بر اساس الگوی دلبستگی و اضطراب انجام گرفت.

روش : نمونه ۲۰۰ کودک دبستانی (۸۸ دختر، ۱۱۲ پسر) که به صورت نمونه گیری هدفمند و ابزارهای مورد استفاده ۳ پرسشنامه بودند که عبارتند از: پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) مقیاس والدین، پرسشنامه اضطراب اسپنس (SCAS) مقیاس والدین. پرسشنامه روابط میانی دلبستگی (KCAQ) مقیاس والدین.

یافته ها: داده ها مورد همبستگی، رگرسیون قرار گرفت و نتایج حاصل نشان داد که میزان تاثیر الگوی دلبستگی بر اختلال بیش فعالی - نقص توجه برابر ۰/۶۹۵ است. برای متغیر اضطراب کودک این مقدار برابر ۰/۸۵۳ است. که سهم قابل ملاحظه ای در اختلال بیش فعالی - نقص توجه، تبیین می کنند. نتیجه گیری: اضطراب با اختلال بیش فعالی - نقص توجه رابطه معنا دار دارد. الگوی دلبستگی با اختلال بیش فعالی - نقص توجه رابطه معنا دار دارد. یافته پژوهش حاضر می تواند در خدمت آموزش و پرورش، مدارس، خانواده ها، روانشناسان، روانپزشکان و پژوهشگران علاقه مند قرار گیرد.

واژگان کلیدی: بیش فعالی - نقص توجه کودک، الگوی دلبستگی، اضطراب

Attention – Deficit - Hyperactivity Disorder Anticipation in Children Based on Attachment Style AND Anxiety

Abolghasem Mehrinejad¹.

***Safieh Farahzadi².**

Abstract

Objective: Problems and incompatibilities of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Clarifies the need for attention to this disorder. The present study aims Anticipation in Children Based on Attachment Style AND Anxiety.

Method: A sample of 200 primary school children (88 girls , 112 boys) were selected using targeted sampling. The research tools employed for the purposes of the study were three questionnaires including: The Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) Parents' Scale, the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), and the Kinship Center Attachment Questionnaire (KCAQ) parents' scale,

Results: Correlation, regression, data were obtained and the results showed that The effect of The attachment style on ADHD is 0/695 . The result of the statistical analysis for the anxiety variable in child is 0/853; therefore it has a significant impact on ADHD.

Conclusion: Anxiety has a significant relationship with ADHD. The attachment style and ADHD have a significant relationship. The findings of the present study can serve the interests of education, schools, families, psychologists, psychiatrists and researchers.

Key word: Attention – Deficit - Hyperactivity in Children, attachment pattern, anxiety.

¹ Associate Professor and Faculty member of Alzahra University

² *Master of Science in Clinical Psychology, Semnan Islamic Azad University

مقدمه

مشکلات و ناسازگاری های کودکان دارای اختلال بیش فعالی - نقص توجه (Attention Deficit Hyperactivity Disorder یا ADHD) لزوم توجه به این اختلال را روشن می سازد مقاله پیش رو پیش بینی اختلال بیش فعالی - نقص توجه کودک بر اساس دو متغیر الگوی دلبستگی و اضطراب است. اختلال بیش فعالی - نقص توجه یک اختلال عصبی رشدی است پیامدهای رشد و استمرار این اختلال به وسیله عوامل محیطی و خانواده همچون الگوی دلبستگی تشخیص داده شده است [۱،۲]. در ادبیات آسیب شناسی روانی تحولی، اختلالات روانی کودکان به دو طبقه کلی تقسیم شده است: ۱- مشکلات برونی شده ۲- مشکلات درونی شده [۳]. مشکلات برونی شده مشکلاتی هستند که ویژگی بارز آنها رفتارهایی است که روی محیط و افراد دیگر اثر گذار می باشند، مانند اختلال سلوک و اختلال بیش فعالی - نقص توجه و اختلال نافرمانی مقابله ای. امروزه این اختلالات، اختلالات رفتاری نامیده می شوند. مشکلات درونی که ویژگی بارز آنها تجربه درونی ناراحتی است از قبیل افسردگی، اضطراب، استرس، روابط والد فرزند و دلبستگی است [۴]. کودکان دارای اختلال بیش فعالی - نقص توجه در خطر ابتلا به اختلالاتی از قبیل نافرمانی مقابله ای، اختلال سلوک، اضطراب و اختلالات خلقی، افت تحصیلی، رفتارهای اجتماعی منفی و روابط آسیب دیده می باشند [۵].

اختلال بیش فعالی - نقص توجه مانند سایر اختلالات روانی به سبب مجموعه ای از عوامل زیستی - روانی - اجتماعی (Bio psychosocial) به وجود می آید. میانگین شیوع اختلال بیش فعالی - نقص توجه را در سرتاسر دنیا ۵/۲۹ درصد برآورد می کنند، اما دامنه میزان شیوع ADHD بسته به کشور و منطقه دنیا خیلی تفاوت دارد [۶]. موسسه ملی سلامت روان^۳، NIMH، ۲۰۰۷، تعداد کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی را حدود ۲ تا ۵ درصد برآورد می کند. شیوع این اختلال در کشورهای ثروتمند بیشتر از کشورهای فقیر است. عوامل خانوادگی مثل تعداد فرزندان، سابقه ی ابتلای والدین به بیش فعالی یا سایر اختلالات روانپریشی و وزن پایین هنگام تولد می تواند از دیگر عوامل بروز این اختلال باشد [۷]. تعجب آور نیست کودکانی که با اختلال بیش فعالی - نقص توجه زندگی می کنند احتمال دارد سطوح زیادی از اضطراب را تجربه کنند. نشانه های بیش فعالی - نقص توجه چون مشکل تمرکز، دامنه توجه کوتاه، بیش فعالی، و عدم مهارت های نظم داشتن، می تواند به سرخوردگی و احساس از دست دادن کنترل و ناامیدی بیانجامد. و همچنین احتمال دارد با سایر بیماری های سلامت روان همراه شود. بیماری هایی مرتبط به استرس افسردگی، افکار منفی، اضطراب، به سختی خوابیدن است. اضطراب در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی توام با نقص توجه دارای به عنوان یکی از مشکلات همراه تلقی میگردد. همچنین کودکان دارای ADHD خیلی بعید نیست که با اختلالات اضطرابی نیز در کشمکش باشند که ممکن است شامل چندین علائم آن باشد یا بصورت کامل به اختلالات اضطرابی مبتلا باشند. در حقیقت حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد افراد مبتلا به ADHD به یکی از اختلالات اضطرابی نیز دچار هستند. که این اختلالات دربرگیرنده اختلال اضطراب فراگیر، فوبیا، اضطراب اجتماعی و اختلال پنیک می باشند. اضطراب یک احساس ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که با یک یا چند علامت جسمانی مثل تپش قلب، تنگی نفس، احساس خالی شدن سر دل، تعریق و بیقراری و میل به حرکت همراه می گردد [۸].

در پژوهشی به بررسی نقش اضطراب و افسردگی در تبیین اختلال بیش فعالی، نارسایی توجه و ترکیبی در کودکان پیش دبستانی شهرکرد پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد نارسایی توجه نقش اساسی در اشتراکات دو متغیر دارد و در این راستا شاید بتوان نوعی آمادگی عمومی برای شکل گیری اختلالات نارسایی توجه و اضطراب - افسردگی را متصور شد [۹]

به طور کلی دلبستگی را می توان جو هیجانی حاکم بر روابط کودک با مراقبش تعریف کرد. دلبستگی را می توان به عنوان یک رابطه فعال، عمیق و پایدار عاطفی بین کودک و والدین تعریف کرد. دلبستگی عبارت است از پیوند عاطفی عمیقی که با افراد خاص در زندگی خود برقرار می کنیم، طوری که باعث می شود وقتی با آنها تعامل می کنیم احساس نشاط و شغف کرده و به هنگام استرس از اینکه آنها را در کنار خود داریم، احساس آرامش کنیم [۱۰]. تجارب اولیه ی ارتباطی بین مراقب و کودک، تأثیرات عمیق در توانایی فرد در پیمودن شرایط و موقعیت های اجتماعی در طول زندگی دارد [۱۱]. بین سبک های دلبستگی نا ایمن و اختلال توجه در کودکان سنین ۷ تا ۱۲ سال همبستگی وجود دارد [۱۲].

در پژوهشی در خصوص سبک های دلبستگی و اختلال کاستی توجه، روشن شد که میزان کاستی توجه در افراد با سبک های نا ایمن دوسوگرا بالاتر از سبک ایمن است [۱۳]. در تحقیقی تحت عنوان دلبستگی و عملکرد اجرایی در ارتباط با نشانه های ADHD در کودکان، نتایج طبقه بندی دلبستگی نشان داد که 57 % از کودکان دارای دلبستگی ایمن، ۱۹ % دلبستگی اجتنابی، ۱۵ % دلبستگی دوسوگرا و ۹ % دلبستگی آشفته هستند. بین سبک های دلبستگی پسران و دختران تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین در مورد نقص عملکرد اجرایی، پسران عملکرد ضعیف تری نسبت به دختران دارند. پسران همچنین بطور معناداری سطح بالاتری از نشانه های ADHD داشتند.

³ National Institute of Mental Health

همچنین نتایج نشان داد که نقص عملکرد اجرایی به طور معناداری به دلبستگی آشفته وابسته است اما نه به دلبستگی ناایمن، نشانه های ADHD بطور معناداری به نقص عملکرد اجرایی و همچنین هم دلبستگی آشفته و هم دلبستگی ناایمن وابسته است. اما عملکرد اجرایی به عنوان میانجی بین دلبستگی آشفته و نشانه های ADHD عمل نمی کند [۱۴]. پژوهش کلارک و همکاران نشان داد که کودکان با اختلال بیش فعالی-کمبود توجه به احتمال بیشتری نسبت به افراد گروه گواه بازنمایی های بیشتری دارند. کودکان با بازنمایی دلبستگی ناایمن به طور کلی برای ناسازگاری مستعد هستند [۱۵].

امیری [۱۶] نشان داد، بین کیفیت دلبستگی کودک - مادر با علایم اختلال بیش فعالی-کمبود توجه با متغیر میانجی شدت افسردگی کودک و شدت افسردگی مادر با علایم اختلال بیش فعالی-کمبود توجه با متغیر میانجی مشکلات رفتاری کودک، رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد. کیفیت دلبستگی کودک - مادر با شدت افسردگی کودک رابطه مستقیم دارد و منفی و با شدت افسردگی مادر، رابطه معنی داری بدست نیامد. با توجه مطالب بیان شده، پژوهشگر در این پژوهش، به دنبال این مسأله است که آیا اضطراب و الگوی دلبستگی در بیش فعالی - نقص توجه کودک تاثیر دارد؟

مواد و روش ها

در پژوهش حاضر جامعه آماری رادانش آموزان با اختلال بیش فعالی - نقص توجه، ۸ تا ۱۱ سال (۱۱۲ پسر و ۸۸ دختر) مشغول به تحصیل در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ استان تهران تشکیل دادند. نمونه گیری به شکل هدفمند از میان کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نقص توجه مدارس ابتدایی در مناطق ۱-۲-۳-۴-۵-۶ آموزش و پرورش استان تهران انتخاب شد. کودکان مشکوک به ADHD مورد ارزیابی که با توجه به پرسشنامه و ملاک های تشخیصی DSM-5^۶ مورد ارزیابی قرار گرفت و در صورت دریافت تشخیص ADHD در پرسشنامه مورد تایید و معاینه بالینی روانپزشک قرار گرفت و وارد نمونه شدند. حجم نمونه در این پژوهش ۲۰۰ کودک است. پژوهش حاضر از نوع کاربردی است. ملاک های ورود در پژوهش: اعلام رضایت والدین برای شرکت در پژوهش از طریق تکمیل فرم رضایت، تحصیل در مقطع دوم، سوم، چهارم ابتدایی، دارای سن ۸ تا ۱۱ سال باشد. دریافت تشخیص قطعی اختلال بیش فعالی - نقص توجه بر اساس، مصاحبه، پرسشنامه و نظر روانپزشک، سکونت در تهران بود. در خصوص ملاحظات اخلاقی پس از کسب رضایت نامه و دادن آگاهی های لازم به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده فقط در پژوهش حاضر استفاده خواهد شد، و از هرگونه سوء استفاده محفوظ خواهد ماند. ابزار جمع آوری داده ها شامل: پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4^۴ فرم والد. پرسشنامه اضطراب کودک اسپنس - نسخه والدین SCAS-P^۵، پرسشنامه روابط میانی دلبستگی KCAQ^۶ بودند. مقیاس علائم مرضی کودکان (CSI-4) فهرست والدین: این فهرست دارای ۱۱۲ عبارت است که ۴۱ عبارت آن (گروه عبارت، A, B, C) مربوط به ارزیابی اختلالات رفتاری مخرب و کمبود توجه می باشد. در پژوهش حاضر از عبارات گروه A که مربوط به اختلال بیش فعالی - نقص توجه می باشد استفاده شده است. هر یک از عبارات این فهرست در یک مقیاس ۴ درجه ای که از هیچ گاه تا بیشتر اوقات می باشد مشخص می گردد. در مطالعه ای که توسط گادو و اسپیرافکین (۱۹۹۷) بر روی این پرسشنامه انجام گرفت، اعتبار بازآزمایی پرسشنامه نشانه های مرضی کودک CSI-4 مورد بررسی قرار گرفت درجه بندی ها به طور متوسط با فاصله زمانی ۶ هفته انجام گرفت، نتایج حاصل از تحلیل داده ها و همبستگی های بدست آمده از دوبار اجرای این پرسشنامه نشان داد که اعتبار باز آزمایی برای همه طبقه های CSI-4 در سطح $p < 0.001$ معنا دار بود [۱۷]. در پژوهشی که توسط گادو و اسپیرافکین و همکاران (۲۰۰۲) انجام شد، اعتبار و روایی بازآزمایی پرسشنامه علائم مرضی کودک CSI-4 بررسی شد. نتایج این مطالعه نشان داد که اعتبار همسانی درونی رضایت بخش، اعتبار بازآزمایی و همچنین ثبات در طول دوره ۴ ساله، وجود داشته است [۱۸]. مطالعه ای توسط گادو و دوین سنت^۷ (۲۰۰۹) برای مقایسه سه سندرم مجزا بر اساس مقیاس CSI-4 انجام شد. محاسبه نقطه برش برای تمایز کودکان با اختلال طیف اتیسم (ASD) از کودکان بیش فعال - کمبود توجه. حساسیت، ویژگی، قدرت پیش بینی مثبت بر روی نمودار و از خوب تا عالی نشان داده شدند. همچنین نقطه برش فرم والدین به فرم معلم برتری داشت [۱۹]. در مطالعه توکلی زاده، پایایی چک لیست والدین و معلمان از طریق بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ تعیین گردیده است [۲۰]. مقیاس اضطراب کودک اسپنس - نسخه والدین (SCAS-P) این مقیاس شامل ۳۸ گویه می باشد که سوالات در یک مقیاس لیکرت (هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات، همیشه) این پرسشنامه اضطراب را مطابق با DSM-IV به اختلالات جداگانه ای تقسیم بندی می کند. این پرسشنامه دارای شش زیر مقیاس هراس و ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب فیزیکی، ترس اجتماعی (فوبیا)، وسواس فکری - عملی، اضطراب عمومی است. روایی همگرا مقیاس اضطراب کودکان اسپنس مقیاس تجدید

^۶ Children Symptom inventory -4

^۷ Spence Children's Anxiety Scale Parent Version).

^۸ (Kinship Center Attachment Questionnaire

^۹ Devinent

نظرشده اضطراب مانیفست کودکان به طور معنا دار همبستگی داشته اند $r=0/71$ ۲ روایی افتراقی مقیاس نیز با همبستگی پایین و کم کودکان مشخص شد. اعتبار همسانی درونی مقیاس نیز با آلفای $0/92$ و اعتبار بازآزمایی مقیاس به مدت ۶ ماه $0/60$ بدست آمد [۲۱]. مقیاس روابط میانی دلبستگی (KCAQ)، برای سنجش دلبستگی کودکان در دوره ی میانی (قبل از دبستان و دبستان) از ابعاد مختلف، تکامل انطباقی مثبت، واکنش هیجانی، رفتارهای منفی، دوری گزیدن از حمایت چهره ی دلبستگی /فرد مراقب طراحی شده است. این آزمون توسط مادر تکمیل می گردد. پایایی اولیه پرسشنامه در مطالعه سازندگان پرسشنامه بر اساس همبستگی درونی $0/85$ و بر اساس روش دو نیمه کردن $0/83$ گزارش شده است. این پرسشنامه بر روی ۲۳ کودک به صورت تکرار پذیری آزمون - بازآزمون، مورد بررسی قرار گرفته که پایایی آن $0/79$ گزارش شده است. میزان آلفای کرونباخ توسط سازندگان مقیاس برای مولفه های تکامل انطباقی مثبت ، رفتارهای منفی، واکنش هیجانی، دوری گزیدن از حمایت چهره ی دلبستگی/ فرد مراقب به ترتیب $0/69$ ، $0/63$ ، $0/65$ ، $0/56$ ، گزارش شده است [۲۲].

در پژوهش [۲۳] روایی و پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج آزمون تحلیل عاملی نشان داد که آزمون KMO و در سطح مطلوب بوده و آزمون کرویت بارتلت از نظر آماری معنی دار بود. نتایج تحلیل / عاملی با چرخش واریماکس وجود چهار عامل در گویه ها را تأیید کرد که برابر با $0/72/48$ از واریانس کل مقیاس را تبیین کرد. ضرایب همسانی درونی این پرسشنامه در حد بالایی بدست آمد. محاسبه ی ضریب آزمون - بازآزمون به فاصله ی یک ماه مطلوب و بالا بود. تحلیل عاملی تأییدی، نتایج حاصل از تحلیل عامل به چرخش واریماکس را تأیید کرد. همبستگی معنی دار نمرات این پرسشنامه با نمرات پرسشنامه های هیجان های مادرانه و پرسشنامه SDQ روایی همگرا، واگرا و همزمان مقیاس را تأیید کرد. همچنین پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه $0/79$ گزارش شده است [۲۴ در این پژوهش اعتبار آزمون روابط میانی دلبستگی (KCAQ)، با آلفای کرونباخ $0/786$ تعیین شد. تعداد سؤالات آن ۲۰ سوال است و طیف نمره دهی آن براساس لیکرت بوده که امتیازات مربوط به گزینه ها هرگز=۱، به ندرت=۲، گاه گاهی=۳، اغلب اوقات=۴، همیشه=۵، محاسبه می گردد.

یافته ها

نتایج جدول ۱ نشان داد که اضطراب دارای بیشترین انحراف معیار و ترس از فضای باز، دارای کمترین انحراف معیار است. همچنین دلبستگی، دارای بیشترین میانگین و ترس از فضای باز، دارای کمترین میانگین است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار الگوی دلبستگی- اضطراب، و مولفه های آنها

متغیرها	انحراف معیار	میانگین	بیشترین مقدار	کمترین مقدار	تعداد
دلبستگی	۹/۱۵۲۹۶	۵۱/۵۱۰۸۵۰	۸۰/۰۰	۳۰/۰۰	۲۰۰
تکامل انطباقی مثبت	۳/۸۵۹۹۸	۲۳/۷۵۵۰	۳۳/۰۰	۱۳/۰۰	۲۰۰
واکنش هیجانی	۳/۷۷۹۸۴	۲۰/۶۴۵۰	۳۰/۰۰	۹/۰۰	۲۰۰
رفتارهای منفی	۴/۸۳۲۴۶	۱۰/۲۹۰۰	۳۰/۰۰	۶/۰۰	۲۰۰
دوری گزیدن از حمایت چهره دلبستگی	۳/۷۷۹۸۴	۷/۳۱۵۰	۲۰/۰۰	۴/۰۰	۲۰۰
اضطراب	۱۳/۳۱۲۵۲	۲۰/۷۳۰۰	۶۹/۰۰	۰/۰	۲۰۰
ترس از فضای باز	۲/۰۴۵۸۰	۱/۵۷۵۰	۱۲/۰۰	۰/۰	۲۰۰
اضطراب جدایی	۴/۰۵۲۱۲	۵۰/۶۸۰۰	۱۸/۰۰	۰/۰	۲۰۰
ترس از آسیب فیزیکی	۳/۱۸۵۴۶	۳/۵۶۰۰	۱۵/۰۰	۰/۰	۲۰۰
ترس اجتماعی	۲/۹۷۱۸۹	۳/۴۵۵۰	۱۴/۰۰	۰/۰	۲۰۰
وسواس فکری- عملی	۲/۶۰۱۵۸	۲/۸۲۵۰	۱۳/۰۰	۰/۰	۲۰۰
اضطراب عمومی	۲/۹۳۸۵۳	۳/۶۳۵۰	۱۲/۰۰	۰/۰	۲۰۰
بیش فعالی	۰/۷۹۷۹۹	۸/۴۲۰۰	۹/۰۰	۵/۰۰	۲۰۰

در جدول ۲ برای گرفتن مجوز لازم جهت استفاده از رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون بر متغیرهای پیش بین و ملاک اعمال آزمون کالموگروف اسمیرنوف انجام شد تا نرمال بودن اطلاعات اثبات گردد در این آزمون با توجه به فرضیات زیر گام به بررسی نرمال بودن داده ها نهاده شده است :

H_0 : داده ها دارای توزیع نرمال هستند. H_1 : داده ها دارای توزیع نرمال نیستند.

سطح معنی داری برای کلیه متغیرهای پیش بین و ملاک بزرگتر از سطح آزمون (۰.۰۵) است. و توزیع داده ها نرمال می باشد.

جدول ۲: نتیجه آزمون کالموگروف اسمیرنوف الگوی دلبستگی- اضطراب، و مولفه های آنها

متغیرها	سطح معنی داری	وضعیت متغیر
دلبستگی	۰/۰۹۴	نرمال
تکامل انطباقی مثبت	۰/۱۵۰	نرمال
واکنش هیجانی	۰/۰۷۸	نرمال
رفتارهای منفی	۰/۱۷۸	نرمال
دوری گزیدن از حمایت چهره دلبستگی	۰/۱۹۰	نرمال
اضطراب	۰/۰۸۶	نرمال
ترس از فضای باز	۰/۲۳۶	نرمال
اضطراب جدایی	۰/۱۲۱	نرمال
ترس از آسیب فیزیکی	۰/۱۴۸	نرمال
ترس اجتماعی	۰/۱۵۳	نرمال
وسواس فکری-عملی	۰/۱۵۴	نرمال
اضطراب عمومی	۰/۱۷۶	نرمال
بیش فعالی	۰/۳۵۶	نرمال

نتایج جدول ۳ نشان داد ضریب تعیین مدل رگرسیونی ۰/۴۸۴ می باشد و حاکی از این است که این مدل توانسته است ۴۸.۴ درصد از تغییرات بیش فعالی را از طریق متغیر الگوی دلبستگی کودک تبیین نماید. همچنین، نتایج نشان می دهد که آماره دوربین واتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ بوده و بنابراین، بین خطاهای الگوی رگرسیونی خود همبستگی شدیدی وجود ندارد و عدم وجود خود همبستگی بین خطاها، بعنوان یکی از فرض های اساسی رگرسیون در خصوص مدل برازش شده، پذیرفته می شود. نتایج تحلیل واریانس رگرسیون (ANOVA)، نشان داد سطح معنی داری آماره F برای مدل کمتر از سطح خطای آزمون ($\alpha=0/05$) است و در نتیجه فرض H1 فوق تایید می شود و رگرسیون برآورد شده به لحاظ آماری معنی دار و روابط بین متغیرهای تحقیق، خطی می باشد.

$H_0: \beta_i=0$ الگوی رگرسیونی معنی دار نیست. $H_1: \beta_i \neq 0$ الگوی رگرسیونی معنی دار است. با توجه به میزان ضریب استاندارد برای متغیر الگوی دلبستگی کودک برابر ۰.۶۹۵ به دست آمده است و از آنجایی که سطح معنی داری آن کمتر از ۰.۰۵ به دست آمده است نتیجه گیری می شود که این تاثیر معنی دار است. معادله رگرسیون این مدل بدین صورت می باشد: بیش فعالی = ۰.۶۹۵ الگوی دلبستگی کودک + ۱.۶۷۵

جدول ۳: مقادیر همبستگی و ضریب تعیین مدل					
اماره دوربین واتسون	انحراف استاندارد	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	
۱/۵۴	۲/۱۱	۰/۴۸۱	۰/۴۸۴	۰/۶۹۵	
نتایج آزمون آنوا					
سطح معنی داری	f	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	Model
.000 ^b	۱۸۵/۳۷۶	۸۳۱/۴۳۵	۱	۸۳۱/۴۳۵	مقادیر رگرسیون
		۴/۴۸۵	۱۹۸	۸۸۸/۰۵۶	مقادیر باقیمانده
			۱۹۹	۱۷۱۹/۴۹۱	کل
مقادیر ضرایب استاندارد					
سطح معنی داری	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		Model
		Beta	انحراف استاندارد	B	
۰/۵۰	۱/۹۶۸		۰/۸۵۱	۱/۶۷۵	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۱۳/۶۱۵	۰/۶۹۵	۰/۰۱۶	۰/۲۲۳	الگوی دلبستگی کودک

نتایج جدول ۴ نشان داد میزان تاثیر مولفه های الگوی دلبستگی کودک دارای ضریب تعیین مدل رگرسیونی ۰/۵۳۸ می باشد و حاکی از این است که این مدل توانسته است ۵۳/۸ درصد از تغییرات بیش فعالی را از طریق متغیر پیش بین مولفه های الگوی دلبستگی کودک تبیین نماید. همچنین، نتایج نشان می دهد که آماره دوربین واتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ بوده و بنابراین، بین خطاهای الگوی رگرسیونی خود همبستگی شدیدی وجود ندارد. همچنین سطح معنی داری آماره F برای مدل کمتر از سطح خطای آزمون ($\alpha=0/05$) است و در نتیجه فرض H_1 فوق تایید می شود و رگرسیون برآورد شده به لحاظ آماری معنی دار و روابط بین متغیرهای تحقیق، خطی می باشد.

$H_0: \beta_i=0$ الگوی رگرسیونی معنی دار نیست. $H_1: \beta_i \neq 0$ الگوی رگرسیونی معنی دار است.

با توجه به میزان ضریب استاندارد به دست آمده برای متغیر و مولفه های الگوی دلبستگی کودک، سطح معنی داری برای تمامی مولفه های الگوی دلبستگی آن کمتر از ۰/۰۵ است نتیجه گیری می شود که این تاثیرها معنی دار هستند. متغیر رفتارهای منفی بیشترین تاثیر را در الگوی دلبستگی کودک با میزان ۵۵/۱ درصد داشته است.

جدول ۴: مقادیر همبستگی و ضریب تعیین مدل					
اماره دوربین واتسون	انحراف استاندارد	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	
۱/۷۲	۲/۰۱	۰/۵۲۹	۰/۵۳۸	۰/۷۳۴	
نتایج آزمون آنوا					
سطح معنی داری	f	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	Model
.000 ^b	۵۶/۸۵۸	۲۳۱/۴۳۸	۴	۹۲۵/۷۵۰	مقادیر رگرسیون
		۴/۰۷۰	۱۹۵	۷۹۳/۷۴۰	مقادیر باقیمانده
			۱۹۹	۱۷۱۹/۴۹۱	کل
مقادیر ضرایب استاندارد					
سطح معنی داری	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		Model
		Beta	انحراف استاندارد	B	
۰/۰۲۱	۲/۳۲۳		۱/۱۹۱	۲/۷۶۷	مقدار ثابت
۰/۰۴۹	۹/۳۸۳	۰/۱۵۴	۰/۰۴۴	۰/۴۱۱	تکامل انطباقی مثبت
۰/۰۰۰	۸/۶۸۵	۰/۴۶۶	۰/۰۴۲	۰/۳۶۱	واکنش هیجانی
۰/۰۰۰	۷/۷۳۵	۰/۵۵۱	۰/۰۴۳	۰/۳۳۵	رفتارهای منفی
۰/۰۲۹	۲/۹۷۹	۰/۱۶۸	۰/۰۵۴	۰/۵۳۱	دوری گزیدن از حمایت چهره دلبستگی

در جدول ۵ به بررسی میزان تاثیر اضطراب کودک پرداخته شده ، ضریب تعیین مدل رگرسیونی ۰/۷۲۷ می باشد و حاکی از این است که این مدل توانسته است ۷۲.۷ درصد از تغییرات بیش فعالی را از طریق متغیر پیش بین اضطراب کودک تبیین نماید. همچنین ، نتایج نشان می دهد که آماره دوربین واتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ بوده و بنابراین، بین خطاهای الگوی رگرسیونی خود همبستگی شدیدی وجود ندارد. نتایج بدست آمده، سطح معنی داری آماره F برای مدل کمتر از سطح خطای آزمون ($\alpha=0.05$) است و در نتیجه فرض H_1 فوق تایید می شود و رگرسیون برآورد شده به لحاظ آماری معنی دار و روابط بین متغیرهای تحقیق، خطی می باشد.

$H_0: \beta_i=0$ الگوی رگرسیونی معنی دار نیست.
 $H_1: \beta_i \neq 0$ الگوی رگرسیونی معنی دار است.

باتوجه به میزان ضریب استاندارد به دست آمده برای متغیر اضطراب کودک برابر ۰.۸۵۳ و سطح معنی داری کمتر از ۰.۰۵ نتیجه گیری می شود که این تاثیر معنی دار است. معادله رگرسیون این مدل بدین صورت می باشد: بیش فعالی = ۰.۸۵۳ اضطراب کودک + ۹.۱۸۱

جدول ۵: مقادیر همبستگی و ضریب تعیین مدل					
اماره دوربین واتسون	انحراف استاندارد	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	
۱/۵۷	۱/۵۳	۰/۷۲۶	۰/۷۲۷	۰/۸۵۳	
نتایج آزمون آنوا					
سطح معنی داری	f	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	Model
.۰۰۰ ^b	۵۲۷/۱۱۷	۱۲۴۹/۹۶۸	۱	۱۲۴۹/۹۶۸	مقادیر رگرسیون
		۲/۳۷۱	۱۹۸	۴۶۹/۵۲۳	مقادیر باقیمانده
			۱۹۹	۱۷۱۹/۴۹۱	کل
مقادیر ضرایب استاندارد					
سطح معنی داری	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		Model
		Beta	انحراف استاندارد	B	
.۰۰۰۰	۴۵/۴۷۹		۰/۲۰۲	۹/۱۸۱	مقدار ثابت
.۰۰۰۰	۲۲/۹۵۹	۰/۸۵۳	۰/۰۰۸	۰/۱۸۸	اضطراب کودک

نتایج جدول ۶ نشان داد میزان تاثیر مولفه های الگوی دلبستگی کودک دارای ضریب تعیین مدل رگرسیونی ۰/۷۹۴ می باشد و حاکی از این است، که این مدل توانسته است ۷۹/۴ درصد از تغییرات بیش فعالی را از طریق متغیر پیش بین مولفه های اضطراب کودک تبیین نماید. همچنین، نتایج نشان می دهد که آماره دوربین واتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ بوده و بنابراین، بین خطاهای الگوی رگرسیونی خود همبستگی شدیدی وجود ندارد. سطح معنی داری آماره F برای مدل کمتر از سطح خطای آزمون ($\alpha=0.05$) است و در نتیجه فرض $H1$ فوق تایید می شود و رگرسیون برآورد شده به لحاظ آماری معنی دار و روابط بین متغیرهای تحقیق، خطی می باشد. $H0: \beta_i=0$ الگوی رگرسیونی معنی دار نیست. $H1: \beta_i \neq 0$ الگوی رگرسیونی معنی دار است. با توجه به میزان ضریب استاندارد به دست آمده است برای متغیر مولفه های اضطراب کودک و از آنجایی که سطح معنی داری برای تمامی مولفه های آن کمتر از ۰.۰۵ به دست آمده است نتیجه گیری می شود که این تاثیرها معنی دار بوده اند. با توجه به جدول مشخص است که مولفه جدایی بیشترین تاثیر را بر بیش فعالی کودک با میزان ۳۵.۱ درصد داشته است.

جدول ۶: مقادیر همبستگی و ضریب تعیین مدل

اماره دوربین واتسون	انحراف استاندارد	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی
۱/۷۰	۱/۳۵	۰/۷۸۸	۰/۷۹۴	۰/۸۹۱

نتایج ازمون آنوا

سطح معنی داری	f	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	Model
.000 ^b	۱۲۴/۱۰۳	۲۲۷/۵۹۲	۶	۱۳۶۵/۵۵۰	مقادیر رگرسیون
		۱/۸۳۴	۱۹۳	۳۵۳/۹۴۱	مقادیر باقیمانده
			۱۹۹	۱۷۱۹/۴۹۱	کل

مقادیر ضرایب استاندارد

سطح معنی داری	t	ضرایب استاندارد		ضرایب غیر استاندارد		Model
		Beta	انحراف استاندارد	B		
۰/۰۰۰	۵۰/۰۷۴		۰/۱۸۵	۹/۲۶۸		مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۴/۴۴۵	۰/۱۹۹	۰/۰۶۴	۰/۲۸۶		ترس از فضای باز
۰/۰۰۰	۷/۵۳۰	۰/۳۵۱	۰/۰۳۴	۰/۲۵۴		اضطراب جدایی
۰/۰۳۹	۰/۴۶۹۱	۰/۰۸۳	۰/۰۳۶	۰/۷۳		ترس از آسیب فیزیکی
۰/۰۴۲	۲۰۰۴۶۰۴ ۲/۶	۰/۰۸۴	۰/۰۴۱	۰/۰۸۳		ترس اجتماعی
۰/۰۰۰	۸/۴۸۳	۰/۱۶۵	۰/۰۴۶	۰/۳۸۷		وسواس فکری-عملی
۰/۰۰۱	۳/۴۳۲	۰/۱۶۵	۰/۰۴۸	۰/۱۶۵		اضطراب عمومی

بحث

تحلیل ها نشان گر ارتباط مثبت و معنی دار بین اختلال بیش فعالی - نقص توجه و الگوی دلبستگی، اضطراب بود. با توجه به نتایج حاصل الگوی دلبستگی بر میزان بیش فعالی - نقص توجه کودک تاثیر دارد. همچنین دلبستگی کودک ۰/۴۸۴ می تواند بیش فعالی کودک را تعیین نماید. این نتیجه با پژوهشهای تحقیق [۱۴]، [۲۴]، [۲۵]، همخوان می باشد که نتایج تحقیقات نشان دهنده وجود رابطه معنا دار الگوی دلبستگی و اختلال بیش فعالی - نقص توجه کودک است. همسان با بررسی های دیگران در مطالعه ای روی جمعیت بالینی نشان داده شد که سبک دلبستگی با نشانه های اضطراب مرتبط است به طوری که بین سبک دلبستگی بیمناک با نشانه های فوبی اجتماعی رابطه معنادار یافت شد. نتایج نشان داد که اضطراب در تبیین اختلال بیش فعالی - نقص توجه تاثیر قابل ملاحظه ای دارند. اضطراب و افسردگی در بین مولفه های بیش فعالی - نقص توجه، درصد قابل ملاحظه ای از تغییرات نوع نقص توجه را تبیین می کند بنابراین کاهش تمرکز که در اختلال بیش فعالی - نقص توجه متجلی می شود، ارتباط زیادی با اضطراب و افسردگی دارد [۲۶]. چراکه برخی تحقیقات [۲۷]، [۲۸]، [۲۹]، مشکلات شناختی را در اختلال بیش فعالی - نقص توجه، اضطرابی و خلقی نشان داده اند. بنابراین نتایج این پژوهش همسو با تحقیقات قبلی لزوم توجه به رابطه بین عوامل عاطفی و اختلال بیش فعالی - نقص توجه را نشان می دهد. همچنین نتیجه این پژوهش با پژوهش های [۳۰]، [۳۱]، [۹]، همخوان است، نتایج تحلیل رگرسیون این پژوهش ها نشان داد چند متغیره نشان داد که اضطراب - افسردگی در تبیین تغییرات انواع سه گانه فزون کنشی / نارسایی توجه یعنی نارسایی توجه، فزون کنشی - تکانشگری و ترکیبی سهم قابل ملاحظه ای دارد. این یافته ها همسو با تحقیقات قبلی تفسیر گردید و نشان داد ساز و کار های مشترکی بین مولفه های عاطفی و فزون کنشی / نارسایی توجه وجود دارد. پژوهشی مبنی بر عدم رابطه اضطراب با اختلال بیش فعالی - نقص توجه انجام نگرفته است [۹]. به بررسی نقش اضطراب و افسردگی در تبیین اختلال بیش فعالی، نارسایی توجه و ترکیبی در کودکان پیش دبستانی شهرکرد پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد نارسایی توجه نقش اساسی در اشتراکات دو متغیر دارد و در این راستا شاید بتوان نوعی آمادگی عمومی برای شکل گیری اختلالات نارسایی توجه و اضطراب - افسردگی را متصور شد.

نتیجه گیری

بنابراین با توجه به نیاز شدید به ترمیم نقایص دلبستگی در دوران کودکی و نوجوانی و شناخت مناسب از روابط باز و همیارانه، که نشانه ی یک رابطه دلبستگی ایمن است و برقراری رابطه متناسب که باعث اطمینان کودک به والد می شود را به اجرا در آورند و هیجانات بطور مستقیم رد و بدل شده و توانایی کودک و والد برای همدلی و توجه به دیدگاه های یکدیگر افزایش یابد. یک ارتباط سود مند مستلزم ظرفیت مذاکره و انعطاف پذیری در حل مسئله است. که آن نیز مستلزم آزادی برای جنبه های مختلف مشکل و رشد ایده های خلاقانه در مورد چگونگی وفق دادن آنها با یکدیگر است. از عوامل اساسی که دلبستگی ایمن را در کودک ایجاد می کند حساسیت به علائم و نشانه های رشد کودک است عدم شناخت مناسب از نیاز های اصلی با توجه به دوران رشد باعث می شود والدین نتوانند به گونه ی مناسبی که باعث ایجاد دلبستگی ایمن می شود پاسخگو باشند. این شناخت و هم چنین هماهنگ شدن والدین با این نیاز ها و تفاوت های فردی هر کودک به بهبود ارتباط و نهایتا بهبود الگوی دلبستگی می انجامد.

افزایش آگاهی والدین در زمینه ی ویژگی های اختلال، راه های برخورد مناسب با این کودکان، منجر به تغییر در شناخت والدین از رفتار کودک می شود و از این طریق می توان از هرچه وخیم تر شدن رفتارهای ناسازگارانه و بیش فعالانه کودکان پیشگیری کرد، چراکه نداشتن شناخت و اطلاعات کافی در مورد اختلال و علل اختلال باعث می شود درگیری بین والد و کودک بیشتر شود تعارض در روابط و ناتوانی در مدیریت کودک، باعث تشدید رفتارهای بیش فعالانه کودک می گردد. [۳۱]. همچنین افزایش توانایی مادر، در زمینه ی ایجاد انگیزه بیشتر در کودک برای انجام تکالیف درسی و دادن پاداش های بجا و متناسب به او برای انجام فعالیت ها همراه با توجه کافی می تواند یکی از علل احتمالی کاهش مشکلات شناختی و توجهی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نقص توجه باشد.

مک دانیل به نقل از حسینی بیرجندی در مورد اهمیت موضوع اضطراب کودکان ADHD دوره ابتدایی چنین می گوید: «دانش آموزان ابتدایی در مرحله ای از رشد و نمو هستند که رو به تکامل می روند و اگر در مورد مشکلاتی که در این سن با آنها مواجه می شوند مغری پیدا نکنند این مشکلات در دوره های بعدی مزمن خواهد شد؛ در حالیکه اگر در دبستان درمان مشکلات صورت گیرد دانش آموزان دبیرستانی مشکلات کمتری خواهند داشت [۳۲]. در این سن، بخصوص عواطف، رفتار و احساسات کودکان در مقایسه با سنین بعدی انعطاف پذیرتر است و اقدامات راهنمایی، با هدف پروراندن یک شخصیت کامل، سالم و مطلوب انجام می شود. در این سن به ویژه هر اقدامی که به منظور رفع مشکلات شخصیتی و عاطفی فرد به عمل آید در بهبود آینده او مؤثر خواهد بود. این موضوع ما را متوجه لزوم تشخیص به موقع و مداخله درمانی در سنین پایین می نماید.

با توجه به نتایج این پژوهش، هر یک از متغیر های تحقیق با توجه اختلال بیش فعالی - نقص کودک در رابطه است و با کنترل هر یک از متغیر ها می توان می تواند نشانه های بیش فعالی را کاهش داد. همچنین رفتارهای منفی و نامناسب والد به ویژه مادر نسبت به فرزند مبتلا به اختلال بیش فعالی - نقص توجه کودک و گاهی اوقات تنیدگی موجود در خانواده، نشانه ها و علائم اختلال را تشدید می کند [۳۳]. کودکان مبتلا به این اختلال، درمقایسه با کودکان عادی، رفتارهای نامناسب بیشتری دارند و فرمان بری کمتری از خود بروز می دهند و والدین آنها بیشتر منفی گرا هستند [۳۴].

محدودیت های پژوهش

با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی دانش آموزان دختر و پسر پایه دبستان شهر تهران در سال ۹۷-۱۳۹۶ انجام گرفت، بنابر این تعمیم نتایج آن به افراد سایر فرهنگ ها و گروه های سنی باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. از جمله محدودیت های دیگر پژوهش حاضر، عدم کنترل میزان رضایت زناشویی والدین و سایر استرسورهای والدین - عدم کنترل شیوه تربیتی کودکان - متغیرهای مربوط به تعداد فرزندان خانواده مورد کنترل قرار نگرفته است - تحصیلات و سن والدین مورد کنترل قرار نگرفته است و سطح امکانات اقتصادی و رفاهی خانواده مورد کنترل قرار نگرفته است.

پیشنهادهای

یافته پژوهش حاضر می تواند در خدمت آموزش و پرورش، مدارس، خانواده ها، روانشناسان، روان پزشکان و پژوهشگران علاقه مند قرار گیرد. پیشنهاد می شود که این پژوهش در گروه های سنی دیگر و با تفکیک دو جنس صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می شود پژوهش های در مورد نقش مدرسه در درمان و کاهش نشانه های کودکان دارای اختلال بیش فعالی - نقص توجه انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از تمام دانش آموزان، والدین، معلمان و مسئولان مدارس و آموزش و پرورش نواحی ۶-۵-۳-۲-۱ شهر تهران که ما را در این مطالعه همکاری نموده اند، نهایت سپاسگذاری و تشکر را ابراز نمایند.

منابع

- [1] Johnston,C.,&Mash,E.J(2001).Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- [2] Thapar, A., van den Bree, M., Fowler, T., Langley, K., & Whittinger, N. (2006). Predictors of antisocial behaviour in children with attention deficit hyperactivity disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 15(2), 118-125.
- [3] Cicchetti D, Cohen DJ. Perspectives on developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen DJ,Editors.Developmental psychopathology. New York : Wiley ; 1995 .p. 3-20.
- [4] Carr A. The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach, London: Rutledge;1999.
- [5] Deault, L.C.(2010).Systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD).*Child Psychiatry Hum Dev*, 41(2):168- 192
- [6] هالچین،ر.کراکس وینتون،س.مترجم ، سید محمدی.آسیب شناسی روانی،جلد ۱، ۲۰۱۴- ویراست هفتم.
- [7] Fayyad,J.,DeGraaf,R.,Kessler,R.,Alonso,J.,Angermeyer,M.,Demyttenaere,K.,etal.(2007). oss-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder.*British Journal of Psychiatry*.190,402-409.
- [8] مارتین ای پی سلیگمن.دیوید ال روزنهان (۱۳۸۴) آسیب شناسی روانی. ترجمه سید محمدی . تهران نشر ارسباران
- [9] قاسمی، م. صابری، ل. علیرضایی، ر. بررسی نقش اضطراب وافسردگی درتبیین اختلال بیش فعالی، نارسایی توجه و ترکیبی در کودکان پیش دبستانی شهرکرد،(۱۳۹۳).
- [10] Berk, L. E., & Potts, M. K. (1991). Development and functional significance of private speech among attention-deficit hyperactivity disorder and normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 19(3), 357-377.
- [11] Gruenbaum, Michal F., Golfalvy, Hanga, Motenson, Lindsey Y., Burke, Ainsley, Oquendo mariam., Mann, John J. (2010). Attachment and social adjustment: Relationship to suicide attempt and majar depressive episode in prospective study. *Journal of affective disorders*, Vol. 123, 123-130.
- [12] Wood JM.Examining stress among parents of children with ADHD .Ph.D.Dissertation New York University. College of Psychology,2011:50-80.
- [13] Bottonari,K.A. Robert,J.E. Kelly,M.A,Kashdan,T.B.&Ciesla,J.A.(2010).A Prospective invention of the impact of affachment style on stress generation among clinically depressed individuals.*Behaviour . Research Therapy* .45(1):179-88.
- [14]Thorell, Lisa B., Rydell, Ann-Margret & Bohlin, Gunilla. (2012). Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Journal of Attachment & Human Development*. 14(5), 517-532.
- [15]Kessler RC, Adler L ,Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am JPsychiatry* 2006; 163(4): 716-23.
- [16]Amiri M.Structural model of relationship quality and attachment disorder, attention deficit/hyperactiv ityinschool children in Isfahan [Thesis]. Isfahan, Iran: Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan University. 2011. [In Persian].

[17]Gadow, K.D., sprafkin, J., & Pierre, C. (1997), A test-re test Reliability study of the child symptom Inventory-4: parent check list. Unpublished data. Perported in Gadow and sprafkin (1997), child symptom Inventory-4 norms manual. Stony-Brook, Ny. Check mate plus.

[18]Sprafkin, J, Gadow, KD, salisburyH, Schneider. J, Long, J, (2002), further evidence of reliability and validity of the child symptom Inventory-4: parent checklist in clinically referred boys. Department of psychiatry, state university of New York, NY 11794-879, USA. Ysprafkin @ notes.cc.sunysb.

[19]Devincent CJ, Gadow KD (2009), Relative clinical utility of three child symptom inventory-4 scoring algorithms for differentiating children with autism spectrum disorder VS. attention – deficit hyperactivity disorder. Cody center for Autism and Developmental Disa, Department of pediatrics, Putnam Hall, south campus, stony Brook university, stony Brooke, New York 11794-8790, USA.

[20]Tavakoli Zade ,Epidemiologic study of behavioral disorders and lack of attention in schoolchildren in ShahrghanabadMSc Clinical Thesis, Iran University of Medical Sciences & Health Services, Faculty of Tehran Psychiatric Institute.1376. [In Persian].

[21]Nauta, Scholing, Rapee, Abbott, Spence and Waters. (2004). A parent report measure of children's anxiety. Behaviour Research and Therapy. 42 (7), 813-839.

[22]Kappenberg, E.S., & Halpern, D.F. (2006). Kinship Center Attachment Questionnaire: Development of a Caregiver-Completed Attachment Measure for Latency-Aged for Children. Educational and Psychological Measurement, 66 (5),852-873.

[23] پشت مشهدی، مرجان. محمدخانی، پروانه. پورشهباز، عباس. خوشابی، کتایون. (۱۳۸۹). تحت عنوان اثربخشی مداخله ترکیبی درمان دلبستگی

و آموزش فرزندپروری در مادران دلبسته ناایمن بر نشانه های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی. مجله ی روان شناسی بالینی. سال اول، شماره(۳۹). ۶۳-۷۶.

[24] سلیمانی، حمیده، بشاش، لعیا، لطیفیان، مرتضی، (۱۳۹۳)، خصوصیات روانسنجی پرسشنامه روابط میانی دلبستگی برای دوره ی سنی میانی کودکی، روش ها و مدل های روانشناختی، سال چهارم، شماره ۱۶، تابستان ۹۳.

[25] جهان بخشی مرضیه . امیری ، شعله . موسوی ، حسین .بهادری ،محمد حسین (۱۳۸۹). رابطه مشکلات دلبستگی دختران با سبک دلبستگی

مادران . مجله روان شناسی بالینی ، سال دوم ، شماره(۳)۲۴-۱۵.

[26]Bifalco,Antonia, Kwon, Junghye., Jacobs,Catherine., Moran, Patricia. M. (2006). Adult Attachment style as mediator between childhood neglect/ abuse and adult depression and anxiety. Soc Psychiatry Psychiatr epidemiol, 41, 796-805.

[27]Vance ALA, Harris K, Boots M, Talbot J, Costin J, Karamitsios M, Maruff P. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Combined type (ADHD-CT) with and without dysthymic disorder: Characteristics of parent and child reported anxiety. Aust and NZ J Psychiatry. 2003; 37: 563-569.

[28]Tannock R, Ickowicz A, Schachar R. Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995; 34: 886-896.

[29]Porter RJ, Gallagher P, Thompson JM, Young AH. Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. Br J Psychiatry. 2003; 182: 214-220

[30]Linyan, S., Kai, W., Fang, F., Yi, S., & Xueping, G. Reliability .2007; and validity of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) in Chinese children. Journal of Anxiety.

[31] Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C., Bor, W. (2002). The effects of the Triple PPositive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of abnormal child psychology*, 30(6), 571-587. Retrieved from the web.<http://www.psy.uq.edu>.

[32] حسینی بیرجندی ، سید مهدی (۱۳۸۴) اصول و روشهای راهنمای مشاوره ، تهران ، انتشارات رشد.

[33]Barkley, R. A. (2000). *Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents*. Revised Edition. New York: Guilford Shelton, T. L., & Barkley, R. A. (1994). Critical issues in the assessment of attention deficit disorders in children. *Topics in Language Disorders*, 14(4), 26-41.

[34]McBurnett, K.,& Pfiffner, L. (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder: Concepts, controversies, new directions*. New York: Informa Health Care.