

# نقش میانجی ارتباط بین والد-کودک، منبع کنترل و عملکرد تحصیلی در رابطه بین اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و افسردگی کودکان

منصور حرفه دوست<sup>۱</sup>، اسماعیل خیرجو<sup>۲</sup>، مجتبی سلم آبادی<sup>۳</sup>، زهرا فیض الهی<sup>۴</sup>، نور

علی فرخی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: ۹۳/۰۹/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۱/۱۷

## چکیده

هدف این پژوهش بررسی نقش میانجی متغیرهای محیطی (ارتباط والد-کودک)، منبع کنترل و عملکرد تحصیلی به منظور تبیین افسردگی کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی بود. بعد از غربالگری کودکان مشغول به تحصیل در پایه پنجم ابتدایی مقیاس‌های مدیریت رفتاری و تنیدگی والدگری به عنوان نشان‌گرهای مربوط به رابطه والد-کودک و مقیاس اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی توسط مادران و آزمون عملکرد تحصیلی محقق ساخته و پرسش‌نامه افسردگی و منبع کنترل بر روی کودکان اجرا شد. تحلیل ضرایب همبستگی نشان‌گر ارتباط مثبت و معنی‌دار بین اختلال بعد نارسایی توجه و افسردگی بود؛ همچنین بین سه متغیر واسطه با افسردگی و بعد نارسایی توجه ارتباط معنی‌داری وجود داشت. تحلیل معادلات ساختاری نشان‌گر اهمیت متغیر ارتباط والد-کودک به عنوان متغیر میانجی گر رابطه بین اختلال نارسایی توجه و افسردگی بود. دو متغیر عملکرد تحصیلی و مکان کنترل نتوانستند به عنوان متغیر میانجی در الگو عمل کنند. یافته‌های این پژوهش تایید کننده اهمیت ارتباط والد-کودک و والدگری در اختلال افسردگی کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی است که باید در درمان و مشاوره این گروه از کودکان مورد توجه قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** افسردگی کودکان، اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی، ارتباط والد-کودک، عملکرد تحصیلی، منبع کنترل.

۱. دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه علامه طباطبائی تهران (drherfedust@gmail.com)

۲. استادیار گروه مطالعات خانواده دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

۳. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی دانشگاه علامه طباطبائی تهران

۴. کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

۵. دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه علامه طباطبائی تهران

## مقدمه

ارتباط بین اختلال‌های برون‌نمود، مثل اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی، و درون‌نمود، مثل افسردگی، در کودکان به صورت گسترده‌ای مورد بررسی واقع شده است (آنگولد، کاستلو، و ارکانلی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). اگر چه همبودی این دو اختلال به ویژگی‌های سنی و نمونه مورد پژوهش بستگی دارد، با این حال نرخ همبودی بین این دو اختلال از اندازه قابل ملاحظه‌ای برخوردار است (آنگولد و همکاران، ۱۹۹۹؛ ببرد، گولد، و استاگذا<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳؛ بوتلر، آرنندوندو، و مک کلوزکی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵).

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - ویرایش چهارم (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی از نظر زمانی مقدم بر اختلال افسردگی کودکان است. به سخن دیگر افسردگی کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی توجه عارضه‌ای ثانوی محسوب می‌شود. درک رابطه بین نشانگان اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و افسردگی دارای کاربردهای بالینی و پژوهشی مهمی است. برای مثال، کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی که اختلال‌های عاطفی همبود نیز دارند، ممکن است نشانه‌های بالینی، علت‌شناختی، دوره، پیامد و درمان مختلفی را داشته باشند. بنابراین، درک ویژگی‌های مربوط به همبودی در کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی گام مهمی در تشخیص‌گذاری، پیشگیری و انتخاب درمان مناسب است (جنسن، مارتین، و کانتول<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷).

با وجود همبودی بالا بین اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و افسردگی، ارتباط این دو متغیر به خوبی مورد بررسی قرار نگرفته است. اینکه آیا داشتن اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی به طور مستقیم موجب افسردگی می‌شود یا اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی از طریق متغیرهای ثالثی موجب افسردگی می‌شود، نیاز به پژوهش‌های مختلفی را ایجاب

- 
1. Angold, Costello, Erkanli
  2. Bird, Gould, & Staghezza
  3. Butler, Arrendondo, & McCloskey
  4. Jensen, Martin, & Cantwell

می‌کند. این پژوهش به دنبال بررسی نقش متغیرهای میانجی‌گر در ارتباط بین اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و افسردگی به منظور تبیین اختلال افسردگی کودکان است. نگاهی به ادبیات پژوهش نشان‌گر این است که اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی به طور عمده از طریق دو متغیر مهم میانجی‌گر شناخت کودکان و رفتارهای والدگرانه موجب افسردگی در کودکان می‌شود (برای مثال جنسن، ۲۰۰۳؛ اسراندر، هرمان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ گاربر و هارویتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ هومفریز، لی، هامن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). همچنین، بین افسردگی و باورهای مربوط به کنترل کودکان از قبیل منبع کنترل بیرونی (مک‌کالی، میشل، بورک، و موس<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸)، و کنترل ادراک شده پایین (ویسز، ساوتام-گیرو، و مک‌کارتی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱) نیز ارتباط بسیار قدرتمندی گزارش شده است. یافته‌های پژوهشی دلالت بر این دارند که درک علت افسردگی نیاز به الگوهای تعدیل یافته‌ای دارد که بتواند این اختلال را در کودکان مود تبیین قرار دهد. عوامل محیطی منجر به شناخت آشفته در کودکان می‌شوند، و درک نادرست نیز به نوبه خود موجب آسیب‌پذیری فرد به افسردگی می‌شوند. یکی از تنیدگی‌های محیطی، رفتارهای والدگری است که نقش مهمی در رشد سبک‌های شناختی در کودکان دارد. پژوهشگران روابط آشفته کودک - والد را در کودکان افسرده تایید می‌کنند (ریبی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷؛ والکر، گاربر، و گرین<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳؛ استاندر، هرمان، ۲۰۰۶؛ هومفریز و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که رفتارهای والدگرانه‌ای که با کنترل، ناسازگاری، دخالت بی‌مورد و بیش‌مراقبتی همراه باشند، باورهای مربوط به کنترل کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهند (چورپیتا، براون، و بارلو<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸؛ رودولف، کورلاوسکی، و کونل<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱). کول و ترنر<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۳) پیشنهاد کردند که اگر عوامل

- 
1. Ostrander & Herman
  2. Garber & Horowitz
  3. Humphreys, Lee, & Hammen
  4. McCauley, Mitchell, Burke & Moss
  5. Weisz, Southam-Gerow & McCarty
  6. Rapee
  7. Walker, Garber & Greene
  8. Chorpita, Brown & Barlow
  9. Rudolph, Kurlakowsky & Conley
  10. Cole & Turner

شناختی بتوانند آثار افسردگی در بزرگسالان را مورد تبیین قرار دهند، ممکن است بتوانند آثار عوامل بیرونی در افسردگی کودکان را نیز مورد میانجی‌گری قرار بدهند.

گسترش نظریه‌های مربوط به افسردگی کودکان برای درک افسردگی در بین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی نیاز به تامل بیشتری دارد. این نکته را باید دقت کرد که از نظر توالی متغیرها همواره نارسایی توجه - بیش‌فعالی نسبت به اختلال افسردگی از نظر زمانی جلوتر است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). شواهد تجربی و نظری موید این هستند که نقصان اصلی مرتبط با نارسایی توجه - بیش‌فعالی با نارسایی مربوط به خودکنترلی کودکان مرتبط است (بارکلی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸)؛ بنابراین، معقول است که انتظار داشته باشیم که کودکان دارای نشانگان اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی بر این باور باشند که آن‌ها نمی‌توانند بر رخدادهایی که اتفاق می‌افتد، تاثیر داشته باشند. به بیان دیگر کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی منبع کنترل بیرونی دارند (لین و هوج<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲). البته برخی از پژوهش‌ها نشان‌گر این هستند که همه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی شناخت‌های منفی را گزارش نمی‌کنند. برای مثال پژوهش هوزا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد که برخی از کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی به طور معمول خود را با یک شیوه بسیار خوشبینانه داوری می‌کنند. نکته جالب این است که این سوگیری‌های ادراکی در کودکانی که افسرده هستند، قوی نیستند (هوزا و همکاران، ۲۰۰۴)، که نشان دهنده این است که کودکان دارای نشانگان اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و افسردگی توأم دارای خودارزیابی منفی هستند که بسیار موازی با قضاوت‌های تندی است که توسط دیگران نسبت به این کودکان گزارش می‌شود. همچنین شواهدی وجود دارد که باورهای مربوط به کنترل با اختلال برون‌نمود تا حدی مرتبط است و به درجه‌ای که اختلال درون‌نمود نیز مورد مشاهده می‌شوند بستگی دارند. هان، ویز، و وایس<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که کودکان دارای نشانگان برون‌نمود

- 
1. Barkley
  2. Linn & Hodge
  3. Hoza
  4. Han, Weisz & Weiss

اعتقاد ندارند که آنها رفتار خود را کنترل می‌کنند، این اعتقاد زمانی گزارش می‌شود که آنها سطوح بالایی از نشانگان درون‌نمود را نشان می‌دهند.

از طرف دیگر پژوهش‌ها نشان‌گر این هستند که کودکان دارای اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی نسبت به کودکان بدون اختلال در روابط اجتماعی و تحصیلی مشکلات بسیاری دارند (هوزا و همکاران، ۲۰۰۱). این مشکلات تحصیلی را به طور عمده متناسب به مشکلات بی‌توجهی این کودکان نسبت می‌دهند (اسمارت، سانسون، و پرایور<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶). هرمان، لمپرت، ایلونگو، و استراندر<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) به این نتیجه رسیدند که مشکلات تحصیلی رابطه بین مشکلات توجه و افسردگی را مورد میانجی قرار می‌دهد.

تبیین افسردگی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی مساله‌ای است که این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به آن است. از آنجایی که نشانگان اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی با حوزه‌های چندگانه نارسایی رفتاری مرتبط است، میانجی‌گرهای<sup>۳</sup> مختلفی را باید به طور همزمان مورد بررسی قرار داد. در این پژوهش، پژوهش‌گران قصد دارند تا با روش تحلیل چند متغیری معادلات ساختاری به بررسی نقش واسطه متغیرهای عملکرد تحصیلی، ارتباط بین والد-کودک، و باورهای کنترل کودکان در ارتباط بین اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی با افسردگی بپردازند. پژوهش‌گران برای پاسخ به این سوال چندین الگو را با استفاده از ادبیات پژوهشی که به طور خلاصه به آن‌ها اشاره شد، مورد ملاحظه قرار دادند و در این پژوهش با استفاده از داده‌ها قصد بررسی این الگوهای پیش‌بینی‌شده با داده‌های حاصل را دارند. بنابراین آنچه که در این پژوهش به عنوان مساله اساسی مطرح است، این است که آیا متغیرهای ارتباط والد-کودک، منبع کنترل، و عملکرد تحصیلی می‌توانند رابطه بین نشانگان اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و افسردگی را میانجی‌گری کنند؟

- 
1. Smart, Sanson & Prior
  2. Herman & Lambert, Ialongo & Ostrander
  3. Mediators

### روش پژوهش

این پژوهش از نظر جمع‌آوری داده‌های پژوهشی از نوع پژوهش‌های مقطعی (در برابر طولی) می‌باشد، زیرا داده‌های پژوهش به صورت همزمان جمع‌آوری شده‌اند. از نظر تفسیر روابط بین متغیرها این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی می‌باشد. هر چند برخی از آماردانان ادعا دارند که روش تحلیل معادلات ساختاری از نوع علی است ولی اساس داده‌ها به علت نوع پژوهش همانند پژوهش‌های همبستگی می‌باشد. اگر چه که با استفاده از روش‌های چند متغیره معادلات ساختاری به بررسی نقش واسطه یا میانجی متغیرها پرداخته می‌شود، ولی در تفسیر نتایج همانند پژوهش‌های همبستگی استنباط علی از یافته‌ها صحیح نمی‌باشد.

برای انتخاب نمونه پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد. بدین منظور در مرحله نخست ۲۶ مدرسه ابتدایی شهر تبریز (۱۳ دخترانه، ۱۳ پسرانه) انتخاب شدند. در مرحله بعد مقیاس درجه‌بندی کانرز بر اساس درجه‌بندی معلمان برای غربال‌گری نخستین ۲۳۴۵ دانش‌آموز سال پنجم ابتدایی اجرا شد. دانش‌آموزانی که نمره‌های آن‌ها  $1/75$  انحراف معیار بالاتر از میانگین بود (در حدود ۱۷۳ نفر) به عنوان نمونه‌ای مشکوک به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی انتخاب شدند و در مرحله بعد با استفاده از مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیص و آماري اختلال‌های روانی - ویرایش چهارم (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) برای تشخیص اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی کودکان دو نفر از پژوهش‌گران و ۲ همکار متخصص روانشناسی بالینی که دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بالینی بودند به تشخیص دقیق دانش‌آموزان مشکوک به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی اقدام کردند. ۱۱۳ نفر از دانش‌آموزان (۷۲٪ پسر، ۲۸٪ دختر) که توسط هر چهار مصاحبه‌گر تشخیص اختلال را دریافت کرده بودند به عنوان نمونه بالینی (دارای نشانگان اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی) تشخیص داده شدند. همچنین به منظور انتخاب نمونه عادی تعداد ۱۱۳ دانش‌آموز که در مرحله نخست نمرات استاندارد آن‌ها در مقیاس درجه‌بندی معلمان کانرز پایین‌تر از ۱ بود از طریق نمونه‌گیری طبقه‌ای و به تناسب سن و تحصیلات و جنسیت انتخاب شدند. میانگین سن

دانش آموزان گروه اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی برابر با ۱۱/۳۲ (انحراف معیار ۰/۲۳) و میانگین سنی گروه عادی برابر با ۱۱/۲۵ (انحراف معیار ۰/۳۱) بود.

#### ابزار: در پژوهش زیر از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس درجه‌بندی کانرز (فرم معلم): برای غربال‌گری کودکان با اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی از نسخه ویرایش شده ۳۹ سوالی که توسط معلمان درجه‌بندی می‌شود، استفاده شد (کانرز، ۱۹۹۰). این پرسش‌نامه سه حیطه رفتار کلاسی، شرکت در گروه و نگرش به مراجع قدرت را می‌سنجد. معلمان گویه‌ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه ای از نوع لیکرت نمره‌گذاری می‌کنند؛ بنابراین دامنه نمره‌ها از صفر تا ۳ است. تکمیل این پرسش‌نامه حدود ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به طول می‌انجامد (کانرز، ۱۹۹۰). در این پژوهش از ۱۷ سوال مربوط به بعد بیش‌فعالی و ۴ سوال مربوط به بعد رویا پردازی - مشکلات توجه استفاده شد. تکمیل این پرسش‌نامه برای هر دانش‌آموز توسط معلم در حدود ۷ الی ۱۰ دقیقه زمان نیاز داشت. شهیم، یوسفی، شهبان (۱۳۸۶) پایایی خرده مقیاس‌های بیش‌فعالی و نارسایی توجه را به ترتیب برابر با ۰/۷۴ و ۰/۸۹ گزارش کردند. در این پژوهش پایایی این دو خرده مقیاس بر روی نمونه ۲۳۴۵ نفری از کودکان به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۰/۹۰ بدست آمد.

چون مقیاس کانرز بر اساس معیارهای تشخیص قدیمی طراحی شده است، بر طبق راهنمای این مقیاس، نمرات استاندارد بالای ۱/۷ در مجموع این دو خرده مقیاس، نشان‌دهنده مشکلات کودکان در توجه و بیش‌فعالی است. بنابراین در این پژوهش کودکانی که نمرات استانداردشان بالای ۱/۷ بود به عنوان نمونه مشکوک بالینی انتخاب شدند و سپس با مصاحبه به وسیله معیارهای راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی - ویرایش چهارم (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) که توسط دو نفر از پژوهش‌گران و دو نفر همکار که کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بودند به تشخیص‌گذاری دقیق اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی کودکان اقدام شد.

مقیاس اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی: چون پرسش‌نامه کانرز و همکاران بر اساس معیارهای قدیمی طراحی شده است، و از طرف دیگر به علت اینکه مصاحبه تشخیصی و بالینی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - ویرایش چهارم

(انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) نمراتی بدست می دهد که ۱ (وجود اختلال)، ۲ (عادی) هستند. برای بدست آوردن نمره دقیق و فاصله‌ای از مقیاس اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی استفاده شد. دلیل این کار به این مساله بر می گشت که در تحلیل نهایی الگوهای مفروضه می بایست از متغیرهای فاصله‌ای استفاده می‌شد. به سخن دیگر، مادران آزمودنی‌های گروه دارای اختلال و گروه عادی دوباره و بعد از مصاحبه بالینی به مقیاس ۱۸ سوالی اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی که توسط دوپاول، پاور، آناساوپولوس، و راید (۱۹۹۸) تدوین شده بود، پاسخ دادند. این مقیاس برای کودکان سنین ۵ تا ۱۸ ساله طراحی شده است. در ساخت این پرسش‌نامه ملاک‌های تشخیصی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - ویرایش چهارم (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تدوین شده است. در کل این مقیاس از دو خرده مقیاس نارسایی توجه (۹ سوال)، و بیش‌فعالی - تکانش‌گری (۹ سوال) تشکیل می‌شود. درجه‌بندی پاسخ به این مقیاس بر اساس طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای است که نمره ۰ برای هرگز یا به ندرت و نمره ۳ برای اغلب اوقات اختصاص داده شده است. پاسخ‌ها برای هر خرده مقیاس باهم دیگر جمع می‌شوند. در این پژوهش پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای دو خرده مقیاس بیش‌فعالی - تکانشگری و نارسایی توجه به ترتیب برابر با ۰/۸۸ و ۰/۸۵ بدست آمد.

پرسش‌نامه افسردگی کودکان<sup>۱</sup> برای سنجش افسردگی از پرسش‌نامه خود گزارشی افسردگی کودکان کواس و بک<sup>۲</sup> (۱۹۷۷) استفاده شد. این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷-۱۷ سال ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل پنج خرده مقیاس خلق منفی، مشکلات بین‌فردی، ناکارآمدی، بی لذتی، و عزت‌نفس منفی می‌شود. این پرسش‌نامه متشکل از ۲۷ سوال سه جمله‌ای است و برای اندازه‌گیری اختلال افسردگی نظیر گریه کردن، افکار خودکشی، توانایی در تمرکز بر تکالیف مدرسه طراحی شده است. کودک از سه جمله که بیان‌گر احساسات و افکار او در طول دو هفته گذشته

---

1. Child Depression Inventory  
2. Kovacs, Beck



است را انتخاب می‌کند. سوال‌ها از صفر تا ۲ نمره گذاری می‌شوند. نمره صفر نشان دهنده فقدان نشانه، نمره یک بیان‌گر نشانه متوسط و نمره ۲ بیان‌گر وجود نشانه آشکار است، در نتیجه دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان دهنده افسردگی بیشتر است. اجرای این پرسش‌نامه در حدود ۱۵ دقیقه زمان می‌برد. دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی عسگرآباد (۱۳۸۸) پایایی این پرسش‌نامه را بر روی ۴۰۷ نفر از کودکان ایرانی ۰/۸۲ گزارش کردند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۲۲۶ نفر از کودکان سال پنجم ابتدایی (۱۱۳ عادی، ۱۱۳ بالینی) برابر با ۰/۸۵ بدست آمد.

مقیاس مکان کنترل کودکان: این مقیاس توسط رینولد و کامفائوس<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) تدوین شده است. برای سنجش مکان کنترل کودکان از خرده مقیاس مکان کنترل پرسش‌نامه نظام ارزیابی رفتار کودکان استفاده شد. این خرده مقیاس دارای ۱۶ سوال می‌باشد که به سنجش ادراک فردی از کسی یا چیزی که رخدادهای گوناگون فرد را مورد سنجش قرار می‌دهد، استفاده شد. نمرات بالا نشان‌گر مکان کنترل بیرونی است که به صورت ادراک فرد از موفقیت یا شکست توسط نیروهای اطراف فرد تعریف می‌شود. راهنمای آزمون آلفای کرونباخ این پرسش را ۰/۸۷ گزارش کردند و همچنین اعتبار تمیزی و همگرایی این پرسش‌نامه را خوب گزارش کردند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۴ بدست آمد.

ارتباط والد-کودک: برای سنجش ارتباط والد-کودک از نشان‌گر یا مقیاس مدیریت رفتاری و شاخص تنیدگی والدگری استفاده شد.

الف) مقیاس مدیریت رفتاری: این مقیاس توسط آگوست، رئالموتو، کروسبی، و مک دولاند<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) تدوین شده است. این مقیاس از ۱۵ سوال طیف لیکرتی (نمره ۰ تا ۲) تشکیل شده است، و توسط والدین کودکان تکمیل می‌شود. والدین به درجه‌بندی مهارت‌های مربوط به مدیریت اثربخش و سازگار در مدیریت رفتارهای ایدائی، استفاده از تقویت مثبت و نظارت بر رفتارهای کودک را درجه‌بندی می‌کنند. نمرات بالا در این

---

1. Reynolds & Kamphaus  
2. August, Realmuto, Crosby, & MacDonald

پرسش‌نامه نشان‌دهنده مدیریت رفتاری کم اثر بوده و با سطوح بالای تعارض کودک-والد و همچنین سطوح پایین انسجام و بیان‌گری خانواده مرتبط است. نمرات بالا همچنین نشان‌دهنده سازگاری ضعیف در حوزه‌های منعکس‌کننده خودپنداره، مهارت‌های اجتماعی، و رفتارهای مشکل‌دار است. آگوست و همکاران (۱۹۹۵) آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۱ گزارش کردند. در این پژوهش آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۷۹ بدست آمد.

ب) شاخص تنیدگی والدگری: این پرسش‌نامه ۱۲ سوالی توسط آبدین<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) برای سنجش تعامل کودک و والد ساخته شده و به سنجش ادراک والدین از انتظارات تعاملات‌شان با کودک می‌پردازد. درجه‌بندی این مقیاس به صورت نمره ۱ برای کامل "مخالفم و ۵ برای کاملاً" موافقم می‌باشد. نمرات بالا نشان‌گر بدکارکردی در ارتباط بین والد و کودک است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۵ بود.

عملکرد تحصیلی: برای سنجش عملکرد تحصیلی یکی از پژوهش‌گران که در زمینه آموزش ابتدایی تخصص لازم را داشت به طراحی ۱۵۰ سوال چهارگزینه‌ای از دروس سال پنجم ابتدایی پرداخت و بعد از اجرای مقدماتی این آزمون بر روی ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان پنجم ابتدایی، تعداد ۳۴ سوال که دارای ویژگی‌های روان‌سنجی (از قبیل ضریب دشواری و ضریب تمیز) نامطلوبی بودند حذف شده و سوال‌های دیگر جایگزین آن‌ها شدند. بعد از اجرای دوباره این آزمون سرانجام آزمون پایانی شامل ۱۰۰ سوال (۲۰ سوال ریاضی، ۲۰ سوال علوم و ۳۰ سوال بخوانیم و بنویسیم و هدیه‌های آسمانی، و ۳۰ سوال تاریخ، مدنی و جغرافیا) شد. پایایی این پرسش‌نامه بر روی ۲۰۰ نفر نمونه پژوهش برابر با ۰/۸۶ بدست آمد که مقدار قابل قبولی محسوب می‌شود.

### یافته‌ها پژوهش

در جدول ۱ نتایج آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. نگاهی به داده‌های جدول ۱ نشان‌گر این است

که به جز بعد بیش‌فعالی همه متغیرهای پژوهش با افسردگی رابطه ای معنی دار دارند. بعد نارسایی توجه با افسردگی رابطه مثبت و قابل ملاحظه ای داشته (۰/۴۳)، همچنین مدیریت رفتاری و تنیدگی والدین که ابعاد متغیر رابطه کودک- والد را در این پژوهش نشان می دهند از همبستگی بالایی با متغیر افسردگی و نارسایی توجه برخوردار بودند. نتایج رابطه سایر متغیرهای پژوهش در این جدول نشان داده شده است.

جدول ۱. آمار توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین (انحراف معیار)					
	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. نارسایی توجه	۱					
۲. بیش‌فعالی	۰/۶۳**	۱				
۳. مکان کنترل	۰/۳۴**	۰/۱۵	۱			
۴. مدیریت رفتاری	۰/۴۴**	۰/۳۳**	۰/۵۳**	۱		
۵. تنیدگی والدگری	۰/۴۲**	-۰/۲۱*	۰/۳۹**	۰/۶۸**	۱	
۶. عملکرد تحصیلی	-۰/۳۳**	-۰/۱۱	-۰/۲۲*	-۰/۱۹*	-۰/۲۱*	۱
۷. افسردگی	۰/۴۳**	۰/۱۲	۰/۴۴**	۰/۴۸**	۰/۳۲**	-۰/۳۵**

\*\* p<0/01 و \* p<0/05

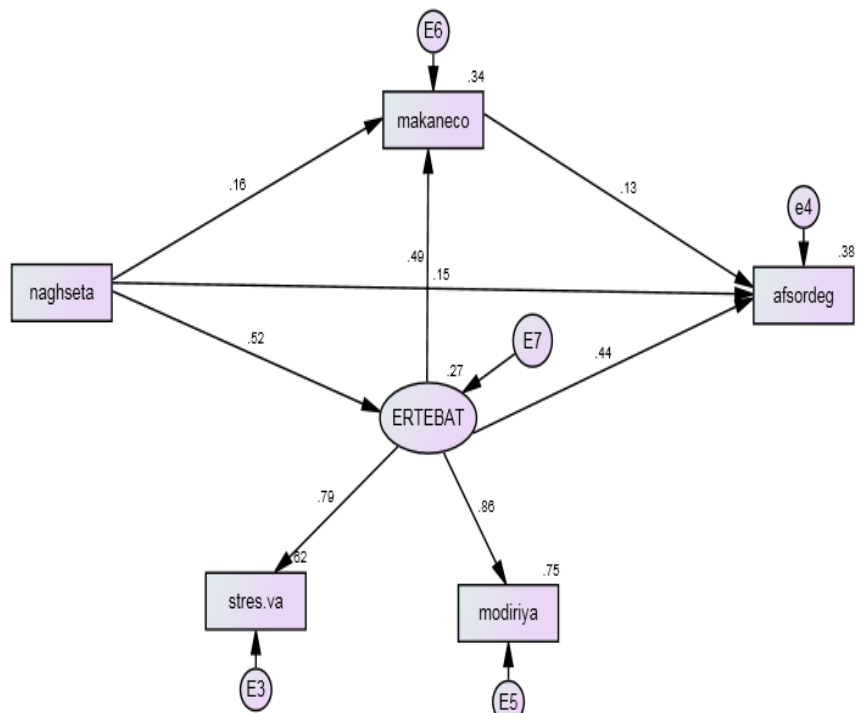
چون هدف اصلی این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای ارتباط والد-کودک، عملکرد تحصیلی، و مکان کنترل در رابطه بین اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی با افسردگی و تبیین رابطه بین اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و افسردگی بود، پژوهشگران با توجه به ادبیات پژوهش چندین الگوی ساختاری را برای تبیین این رابطه پیش‌بینی کردند.

در چنین متغیرها برای الگو رعایت برخی از مفروضات اساسی لازم است. برای مثال متغیر میانجی گر (برای مثال مدیریت والدین) باید به طور معنی داری با متغیر مستقل (اختلال

نارسایی توجه - بیش‌فعالی) ارتباط داشته باشد، متغیر وابسته (برای مثال افسردگی) باید به طور معنی‌داری با متغیر مستقل مرتبط باشد، و متغیر وابسته باید به طور معنی‌داری به متغیر میانجی‌گر مربوط باشد (بارون و کنی، ۱۹۸۶). نگاهی به جدول ضرایب همبستگی (جدول ۱) گویای این مطلب است که بعد بیش‌فعالی با افسردگی رابطه معنی‌داری ندارد و بنابراین پژوهش‌گران در الگوی مفروضه خود این بعد را وارد نکردند، زیرا نخستین شرط مدلیابی معادلات ساختاری را برآورده نمی‌کرد. سایر مفروضات نظیر نرمال بودن داده‌های پژوهش، هم خطی بودن، و خطی بودن روابط مورد بررسی قرار گرفتند که از این نظر داده‌ها برای تحلیل و برآورد پارامترها توسط پیشینه درست‌نمایی مشکلی نداشتند. همچنین کلیه محاسبات با نرم افزار AMOS-21 محاسبه شد.

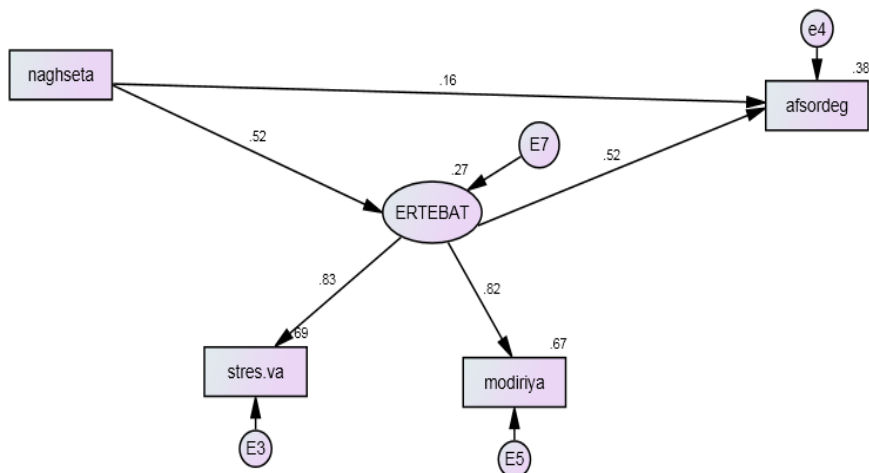
چندین الگوی ساختاری برای بررسی نقش واسطه متغیرهای رابطه والد-کودک، منبع کنترل، و عملکرد تحصیلی در ارتباط بین بعد نارسایی توجه با افسردگی بررسی شد. در همه الگوها بعد نارسایی توجه به عنوان متغیر مستقل برون‌نمود و افسردگی به عنوان متغیر وابسته درون‌نمود در نظر گرفته شد. در الگوی نخست فرض شد که بعد نارسایی توجه به طور مستقیم بر همه متغیرهای پژوهش تاثیر دارد و همچنین این بعد از طریق متغیرهای ارتباط والد-کودک، عملکرد تحصیلی و منبع کنترل بر افسردگی تاثیر غیر مستقیم دارد، بررسی شاخصه‌های برازش الگوی نخست (جدول ۲) نشان‌گر این است که ماتریس کواریانس داده‌های بدست آمده از طریق نمونه پژوهش با ماتریس جامعه برازش ندارد. به سخن دیگر، شاخصه‌های برازش این الگو با داده‌های تجربی از مقدار قابل قبولی برخوردار نیست. با بررسی ضرایب مسیر الگوی نخست مشخص شد که ضرایب مسیر متغیر نارسایی توجه بر متغیر عملکرد تحصیلی از مقدار معنی‌داری برخوردار نیست. به همین خاطر پژوهش‌گران با تعدیل الگو و حذف این متغیر الگوی دوم پژوهش را مورد بررسی قرار دادند. همان‌طور که در شکل ۱ نشان داده شده است، در الگوی ۲ بعد نارسایی توجه بر افسردگی هم تاثیر مستقیم داشته و هم از طریق متغیرهای مکان کنترل و ارتباط والد-کودک (به عنوان متغیرهای میانجی‌گر) تاثیر غیر مستقیمی بر افسردگی دارد. بررسی شاخصه‌های برازش این الگو با داده‌های پژوهش نشان‌گر این است که این الگو از

شاخصه‌های برآزش قابل قبولی برخوردار است. اما بررسی ضرایب مسیر استاندارد الگو گویای این است که ضریب مسیر نارسایی توجه از طریق متغیر مکان کنترل بر افسردگی از اندازه کمی برخوردار است. با وجود ارتباط قدرتمند بین متغیر نارسایی توجه و مکان کنترل و همچنین مکان کنترل با افسردگی (ضرایب همبستگی، جدول ۱) به نظر می‌رسد بعد ارتباط والد- کودک نقش میانجی‌گر قدرتمندی بین نارسایی توجه و افسردگی را داراست. همچنین شکل ۱ گویای این است که در حدود ۰/۳۸ درصد از واریانس نمرات افسردگی توسط متغیرهای نارسایی توجه، مکان کنترل، و ارتباط والد کودک تبیین می‌شود. چون ضریب مسیر متغیر نارسایی توجه و و ضریب مسیر متغیر منع کنترل بر افسردگی از مقدار کمی برخوردار بود، پژوهش‌گران با حذف این متغیر الگوی تعدیل یافته دیگری را بررسی کردند. پژوهش‌گران در الگوی سوم با حذف مکان کنترل بار دیگر به بررسی شاخصه‌های برآزش و ضرایب مسیر الگوی تعدیل یافته پرداختند (الگوی ۳، شکل ۲). شاخصه‌های برآزش الگوی دوم بسیار عالی و کاملاً برآزش یافته بود. همچنین ضرایب مسیر غیر مستقیم این الگو (یعنی از متغیر نارسایی توجه به واسطه ارتباط والد- کودک بر افسردگی) نسبت به ضریب مسیر مستقیم (از نارسایی توجه بر افسردگی بسیار بالاتر بود. این نتیجه می‌تواند نشان‌گر این باشد که نارسایی توجه به طور مستقیم موجب افسردگی نمی‌شود، بلکه این تاثیر به دلیل رفتارهای والدین و تنیدگی‌های آنها صورت می‌گیرد. به علت قانون امساک در علم و همچنین وجود شاخصه‌های برآزش عالی این الگو مورد تایید قرار گرفت.



الگوی ۱. نقش واسطه ابعاد ارتباط کودک- والد، منبع کنترل در ارتباط بین نارسایی توجه با افسردگی

بنابراین، می توان نتیجه گرفت که رابطه والد- کودک نقش بسیار مهمی در ارتباط بین نشانگان نارسایی توجه- بیش فعالی و افسردگی دارد. یعنی، ارتباط والدین و کودکان با اختلال نارسایی توجه عامل مهمی در درون نمود کردن مشکلات روانی نظیر افسردگی محسوب می شود.



شکل ۲. نقش میانجی ارتباط والد-کودک در ارتباط بین اختلال نارسایی توجه با افسردگی

جدول ۲. شاخص‌های برازش داده‌ها با الگو

نوع شاخصه برازش	شاخصه‌های برازش الگوی نخست	شاخصه‌های برازش الگوی دوم	شاخصه‌های برازش الگوی سوم	مقدار قابل قبول
درجه آزادی	۴	۳	۲	--
خی دو	۲/۲۳	۰/۹۹	۰/۹۲۱	خی دو غیر معنی دار
خطای تقریبی ریشه مربع میانگین (RMSEA)	۰/۱۵	۰/۰۰۸	۰/۰۱	کوچکتر از ۰/۰۸
شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۸۴	۰/۹۷	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹۰
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۸۵	۰/۹۸	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹۰

## بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه متغیرهای ارتباط والد-کودک، منبع کنترل، و عملکرد تحصیلی در ارتباط بین اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی با افسردگی در بین گروهی از کودکان پنجم ابتدایی شهر تبریز بود. نتایج جدول همبستگی نشان‌گر این بود که بعد نارسایی توجه ارتباط معنی‌داری با افسردگی و متغیرهای میانجی گر دارد. اما بعد بیش‌فعالی ارتباط معنی‌داری با بعد افسردگی و متغیرهای میانجی‌گر نداشت. به سخن دیگر، نتیجه این پژوهش گویای این بود که بعد نارسایی توجه در کودکان سال پنج ابتدایی نقش مهمی در اختلال‌های افسردگی دارد. چون هدف این پژوهش تبیین نقش میانجی‌گر متغیرهای ارتباط- والد کودک، عملکرد تحصیلی، و منبع کنترل به عنوان متغیرهای میانجی‌گر ارتباط بین نارسایی توجه با افسردگی بود، پژوهش‌گران چندین الگو ساختاری و مسیر را پیشنهاد کردند. تحلیل داده‌ها نشان‌گر این بود که از بین سه متغیر میانجی‌گر پژوهش فقط ارتباط بین والد-کودک توانست به عنوان متغیر میانجی‌گر رابطه بین بیش‌فعالی با افسردگی را مورد تبیین قرار دهد. نتیجه این پژوهش نشان‌گر اهمیت متغیر والد-کودک به عنوان متغیر میانجی‌گر در ارتباط بین نارسایی توجه (به عنوان نشان‌گر نارسایی توجه - بیش‌فعالی) و افسردگی کودکان است. نتیجه این پژوهش از نقش واسطه متغیرهای عملکرد تحصیلی، و منبع کنترل حمایت نکرد. یکی از تبیین‌های ممکن برای معنی‌دار نبودن نقش واسطه منبع کنترل مربوط به گروه سنی کودکان این پژوهش می‌باشد. در این گروه سنی ممکن است هنوز باورهای مربوط به کنترل که وابسته به رشد شناختی کودکان است به خوبی رشد نیافته است و تاثیر عوامل محیطی نظیر ارتباط آن‌ها با والدین نقش قدرتمندتری در رشد افسردگی کودکان بازی می‌کند، به همین دلیل در الگوی ساختاری این متغیر نتوانست به عنوان متغیر میانجی‌گر عمل کند. پژوهش‌های پیشین از دوره کودکی میانی به عنوان دوره انتقال برای گذر از باورهای کلی و پراکنده به باورهای پایدار در مورد خود و جهان یاد می‌کنند (کول، جاکویز، و ماسچومان<sup>۱</sup>،

1. Cole, Jacquez, Maschman



(۲۰۰۱). برای مثال، در سنین ۸ یا ۹ سالگی، کودکان شروع به تمایز در حوزه‌های خودپنداره خود می‌کنند (هارتر<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹؛ مارتون، گولمبکز، استین، و کورنبلوم<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸). هر چند که عملکرد تحصیلی هم با افسردگی و هم با بعد نارسایی توجه رابطه معنی‌داری داشت، اما با وارد کردن همزمان سه متغیر میانجی گر در الگو به علت واریانس مشترک بین متغیرهای میانجی گر، نقش عملکرد تحصیلی به عنوان متغیر میانجی گر تضعیف می‌شود. بنابراین، هر چند که عملکرد تحصیلی نتوانست نقش میانجی‌گرانه‌ای در ارتباط بین بعد نارسایی توجه و افسردگی را داشته باشد ولی این نتیجه ممکن است به علت قدرتمند بودن نقش ارتباط والد-کودک باشد. نتیجه این پژوهش در مورد نقش واسطه عملکرد تحصیلی در ارتباط بین بعد نارسایی توجه با افسردگی با نتیجه پژوهش هرمان، لامبرت، رینکه، و آیالونگو (۲۰۰۸) ناسازگار اما با پژوهش بلیچمن، مک اینرو، کارلا، و آدت<sup>۳</sup> (۱۹۸۶) و پژوهش‌های پترسون و استولیمیر<sup>۴</sup> (۱۹۹۱) سازگار است.

ادبیات پژوهش نشان دهنده این است که والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و افسردگی مشکلات والد-کودک بسیاری را گزارش می‌کنند (دیلت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰)، همچنین بین اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و مشکلات والد-کودک ارتباط مثبت (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۱) و همچنین بین مشکلات مربوط به والد-کودک و افسردگی (برای مثال، مک‌لئود، ویسز، و وود<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷) روابط مثبت و معنی‌داری را گزارش می‌کنند. از آنجاییکه تنیدگی مربوط به والدگری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی بسیار زیاد بوده، این والدین ممکن است در بکارگیری راهبردهای والدگرانه موثر با مشکل مواجه هستند و تعارض زیادی با کودکان‌شان دارند، و احتمالاً با کودک خود به طور خصومت آمیزی رفتار کرده و موجب طرد وی شوند (لیفورد و همکاران، ۲۰۰۹). این تعارض تنیدگی‌زا و فقدان حمایت ادراک شده از جانب

- 
1. Harter
  2. Marton, Golombek, Stein, Korenblum
  3. Blechman, McEnroe, Carella, , Audette,
  4. Patterson, Stoolmiller
  5. Deault
  6. McLeod, Weisz, Wood

والدین احتمالاً در شیوع افسردگی کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی موثر است (استیس، راگان، و راندال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). به سخن دیگر والدینی که مهارت‌های خوبی در مدیریت ارتباط با کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی را ندارند، در کودکان خود انزوای اجتماعی (ویلکات<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۲) را سبب می‌شوند. همچنین گوشه‌گیری اجتماعی احتمال بروز اختلال افسردگی را افزایش می‌دهد (کاتز، کانوی، هامن، برنان، و ناجمان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

این پژوهش از محدودیت‌های چندی برخوردار است. به علت هزینه بسیار بالای اجرای پژوهش پژوهشگران فقط از دانش‌آموزان سال پنجم ابتدایی برای پیشبرد اهداف پژوهش استفاده کردند. این در حالی است که شکل‌گیری و تحول افسردگی در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی باید در دوره‌های گوناگون کودکی به منظور تبیین افسردگی کودکان به خوبی مورد بررسی واقع شود. بنابراین توصیه می‌شود پژوهش‌های دیگر به بررسی گسترده‌تر تحول افسردگی در دوره‌های سنی کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی پردازند. محدودیت دیگر این پژوهش به علت طبیعت مقطعی داده‌های این پژوهش می‌باشد. برای استنباط علی و درک عمیق‌تر تحول افسردگی توصیه محققان این است که پژوهش‌های طولی و بلندمدت موردی بر روی گروهی از کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی صورت گیرد. محدودیت دیگر این پژوهش این بود که پرسش‌نامه‌های پژوهش نظیر ارتباط والد-کودک و اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی فقط توسط مادران دانش‌آموزان تکمیل شد. در نتیجه توصیه می‌شود از روش‌های سنجش چند روشی نظیر تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط پدران، معلمان و سایر منابعی که می‌تواند موجب افزایش روایی شود، استفاده شود.

نتیجه این پژوهش در درمان اختلال‌های مربوط به بیش‌فعالی و به ویژه افسردگی کودکان می‌تواند موثر باشد. زیرا که روان‌درمان‌گران کودک به جای معطوف شدن در خود افسردگی می‌تواند با درمان مناسب ارتباط بین کودک و والد را به عنوان متغیر

- 
1. Stice, Ragan, Randall
  2. Willcutt
  3. Katz, Conway, Hammen, Brennan, Najman

میانجی‌گر مداخله قرار دهد. با توجه به اینکه نتیجه پژوهش نشان‌گر اهمیت این متغیر در بروز افسردگی کودکان است. بنابراین توصیه می‌شود درمانگران افسردگی کودکان با نشانگان نارسایی توجه تاکید ویژه‌ای بر بهبود روابط والد-کودک و تنیدگی‌های ناشی از والدگری این کودکان داشته باشند.

به طور یقین متغیرهای دیگری می‌تواند به نقش میانجی‌گرانه در ارتباط بین اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و افسردگی داشته باشند. متغیرهایی نظیر ارتباط با دوستان، رفتارهای ایدایی و غیره که در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفتند.

### منابع

دهشیری، غ؛ نجفی، م.، شیخی؛ حبیبی؛ عسگرآباد، م. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسش‌نامه افسردگی کودکان (CDI). فصلنامه خانواده‌پژوهشی، ۱۸(۵)، ۱۷۷-۱۵۹.

شهیم، س؛ یوسفی، ف؛ شهبان، آ. (۱۳۸۶). هنجاریابی و ویژگی‌های روانسنجی مقیاس درجه‌بندی کانرز - فرم معلم. مجله علوم تربیتی و روانشناسی، ۱۴(۱)، ۲۶-۱.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index* (3rd ed.). Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Angold, A. E., Costello, J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- August, G. J., Realmuto, G. M., Crosby, R. D., & MacDonald, A. W., III. (1995). Community-based multiple-gating screening of children at risk for conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 521-544.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Bird, H. R., Gould, M. S., & Staghezza, B. M. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 361-368.
- Blechman, E. A., McEnroe, M. J., Carella, E. T., & Audette, D. P. (1986). Childhood competence and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 223-227.

- Butler, S. F., Arrendondo, D. E., & McCloskey, V. (1995). Affective comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Annals of Clinical Psychiatry, 7*, 51-55.
- Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapist, 29*, 457-476.
- Cole, D. A., & Turner, J. E. (1993). Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 271-281.
- Cole, D. A., Jacquez, F. M., & Maschman, T. L. (2001). Social origins of depressive cognitions: A longitudinal study of self-perceived competence in children. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 377-395.
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development, 41*, 168-192.
- DuPaul, G. J., Power, T. P., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD rating scale-IV*. New York, NY: Guilford.
- Garber, J., & Horowitz, J. L. (2002). Depression in children. In I. H. Gotlib & C. H. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 510-540). New York: Guilford Press.
- Han, S. S., Weisz, J. R., & Weiss, B. (2001). Specificity of relations between children's control-related beliefs and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 240-251.
- Harter, S. (1989). Cause, correlates, and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. In J. Kolligian & R. Sternberg (Eds.), *Perceptions of competence and incompetence across the lifespan* (pp. 67-97). New Haven, CT: Yale University Press.
- Herman, K. C., Lambert, S. F., Ialongo, N. S., & Ostrander, R. (2007). Academic pathways between attention problems and depressive symptoms among urban African American children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 265-274.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, et al. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 382-391.
- Humphreys, K. L., & Lee, S. S., & Hammen, C. (2013). The Association of ADHD and Depression: Mediation by Peer Problems and Parent-Child Difficulties in Two Complementary Samples. *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 854-867.

- Jensen, P. S. (2003). Comorbidity and child psychopathology: Recommendations for the next decade. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 293–300.
- Jensen, P. S., Martin, B. A., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research practice and DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065–1079.
- Katz, S. J., Conway, C. C., Hammen, C. L., Brennan, P. A., & Najman, J. M. (2011). Childhood social withdrawal, interpersonal impairment, and young adult depression: A mediational model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1227–1238.
- Linn, R. T., & Hodge, G. K. (1982). Locus of control in child hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 592–593.
- Marton, P., Golombek, H., Stein, B., & Korenblum, M. (1988). The relation of personality functions and adaptive skills to self-esteem in early adolescence. *Journal of Youth & Adolescence*, 17, 393–401.
- McCauley, E., Mitchell, J. R., Burke, P., & Moss, S. (1988). Cognitive attributes of depression in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 903–908.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. L. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 986–1003.
- Ostrander, R., & Herman, K. C. (2006). Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 89–98.
- Patterson, G. R., & Stoolmiller, M. (1991). Replications of a dual failure model for boys' depressed mood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 491–498.
- Rapee, R. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47–67.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1992). *Behavioral Assessment System for Children manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service
- Rudolph, K. D., Kurlakowsky, K. D., & Conley, C. S. (2001). Developmental and social-contextual origins of depressive control-related beliefs and behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 447–475.
- Smart, D., Sanson, A., & Prior, M. (1996). Connections between reading disability and behavior problems: Testing temporal and causal hypotheses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 363–383.
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 155–159.
- Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. (1993). Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: A comparison of pediatric patients with

- recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 248–258.
- Weisz, J. R., Southam-Gerow, M. A., & McCarty, C. A. (2001). Control-related beliefs and depressive symptoms in clinic-referred children and adolescents: Developmental differences and model specificity. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 97–109.
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., . . . Lahey, B. B. (2012). Validity of *DSM-IV* attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 991–1010.