

## تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۱۰-۴ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه

مهديه روشن بين\*، دکتر حمیدرضا پوراعتماد\*\*، دکتر کتایون خوشابی\*\*\*

### چکیده:

هدف از این تحقیق، بررسی تأثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۱۰-۴ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه است. بدین منظور از بین مراجعه‌کنندگان به دو مرکز اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان (صبا و رفیده)، ۱۳ کودک مبتلا به ADHD انتخاب شدند. تشخیص قطعی با توجه به ارزیابی متخصص روان‌پزشکی اطفال و روان‌شناس بالینی صورت گرفت. به منظور کنترل تأثیر دارو، کودکانی انتخاب شدند که حداقل به مدت ۶ ماه تحت درمان با داروی ریتالین قرار گرفته بودند. سپس، مادران کودکان مذکور در ۶ جلسه هفتگی و حضوری ۱۲۰ دقیقه‌ای و ۲ جلسه تماس تلفنی ۱۵ دقیقه‌ای آموزش گروهی فرزندپروری مثبت شرکت کردند. تحقیق حاضر فاقد گروه گواه بود و جلسات گروه آزمایش با احتساب افت آزمودنی با ۸ مادر ادامه پیدا کرد. آزمودنی‌ها در ۶ مرحله خط پایه ۱ (یک هفته پیش از شروع جلسات آموزشی)، پیش‌آزمون (در اولین جلسه آموزشی)، میان‌آزمون (پس از چهار جلسه آموزشی)، پس‌آزمون (پس از اتمام جلسات تلفنی) و دو مرحله پی‌گیری هر یک به ترتیب به فاصله ۱ و ۲ ماه پس از آخرین تماس تلفنی، با استفاده از پرسشنامه تنیدگی والدینی (PSI) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های گردآوری شده از طریق آزمون تحلیل واریانس (آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که برنامه گروهی فرزندپروری مثبت منجر به کاهش استرس والدگری در قلمرو کودک ( $F=۳۳/۶۷۲, \alpha=۰/۰۰۸$ ) و قلمرو والدین ( $F=۱۱۹/۵۳۹, \alpha=۰/۰۰۱$ ) شده است و تغییرات صورت گرفته تا ۲ ماه پی‌گیری نیز هم‌چنان باقی‌مانده است. از سوی دیگر، نتایج تحقیق نشان داد که حس صلاحیت و روابط با همسر نیز به‌عنوان دو متغیر مداخله‌گر در استرس والدگری، بهبود پیدا کرده است.

**کلیدواژه‌ها:** برنامه گروهی فرزندپروری مثبت، تنیدگی والدگری، بیش‌فعالی / کمبود توجه

\* کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی

\*\* استادیار گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی و پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

\*\*\* فلوشیپ روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان و عضو هیأت علمی انیستیتو روان‌پزشکی

✉ نویسنده مسئول: تهران - اوین - دانشگاه شهید بهشتی - دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی - گروه روان‌شناسی

تلفن: ۰۲۱-۲۹۹۰۲۴۰۰

دورنما: ۰۲۱-۲۲۴۳۱۶۸۸

پست الکترونیک: email: h\_pouretamad@sbu.ac.ir

## مقدمه

اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه<sup>۱</sup> یک اختلال مغزی نسبتاً شایع است. تاکنون هیچ معیار کلیدی یا آزمون آزمایشگاهی قطعی برای تشخیص ADHD مطرح نشده است. تشخیص در حال حاضر براساس معیارهای DSM-IV-TR است. برای تشخیص ADHD حداقل ۶ مورد از ۹ معیار بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی - تکانش‌گری بایستی در دو موقعیت جداگانه (مثلاً خانه و مدرسه) مشاهده شوند (۹ مشخصه رفتاری برای نوع بی‌توجهی و ۹ مشخصه رفتاری برای نوع بیش‌فعالی - تکانش‌گری فهرست شده است). این علائم بایستی ۶ ماه طول کشیده و با سطح تحولی کودک تطابق نداشته باشد، هم‌چنین پیش از ۷ سالگی ظاهر شده و عملکرد فرد را مختل کرده باشد (کیتجا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ نقل از عساریان، ۱۳۸۴).

از آن‌جایی‌که این اختلال به درستی تشخیص داده نمی‌شود بین مؤلفان مختلف در مورد میزان شیوع اختلاف نظر وجود دارد. نسبت پسر به دختر در این اختلال ۳ به ۱ و حداکثر ۵ به ۱ است. این اختلال در بین پسرهای اول خانواده بیشتر دیده می‌شود. گزارش‌ها در مورد میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در ایالت متحده، از ۲٪ تا ۲۰٪ در کودکان دبستانی متغیر است. به‌طور محتاطانه این میزان را حدود ۳٪ تا ۵٪ کودکان دبستانی قبل از بلوغ می‌دانند. در بریتانیا میزان شیوع در مقایسه با ایالت متحده کمتر است یعنی کمتر از ۱٪ (سادوک<sup>۳</sup> و کاپلان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). در استرالیا میزان شیوع اختلال ۵/۵٪ در کودکان ۱۱-۴ ساله و ۷/۶٪ در ۱۶-۱۲ ساله گزارش شده است (زوبریک<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ نقل از کن<sup>۶</sup>، راجرز<sup>۷</sup>، متیو<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳). در کشور ما نتایج مطالعات، متفاوت گزارش شده است. چنان‌چه پژوهش نشاط‌دوست (۱۳۷۴)؛ نقل از کلاتری، نشاط‌دوست، زارعی، ۱۳۸۰، میزان شیوع این اختلال را در کودکان اول و دوم دبستان شهر اصفهان ۳/۷۷٪ برآورد کرده است. سلیمان‌نژاد (۱۳۷۶)؛ نقل از همان منبع) در تحقیقی دیگر میزان شیوع این اختلال را ۴٪ در کودکان دبستانی شهر ایلام برآورد کرده است. براساس آخرین مطالعه همه‌گیرشناسی نیز، شیوع اختلال در ۲۶۶۷ کودک دختر و پسر، ۷ تا ۱۲ ساله در دامنه‌ایی بین ۳٪ تا ۶٪ در شهر تهران بیان شده است (خوشایی و پوراعتماد، ۱۳۸۱).

علاوه بر مشکلات اساسی مانند بی‌توجهی، تکانش‌گری و بیش‌فعالی، مطالعات نشان می‌دهند که کودکان ADHD به احتمال بیشتری به مشکلات عاطفی، اجتماعی و رفتاری دچار می‌شوند و نسبت به کودکان فاقد این اختلال مشکلات تحصیلی بیشتری دارند. حتی زمانی‌که با بالا رفتن سن، سطوح بیش‌فعالی کاهش می‌یابد، مشکل توجه تا حدودی بهتر می‌شود و کنترل تکانه افزایش می‌یابد. لیکن در حدود ۷۰٪ تا ۸۰٪ از کودکان ADHD هم‌چنان علائم ثانوی را تا نوجوانی خود نشان می‌دهند که براساس تحولشان نامتناسب است (بارکلی<sup>۹</sup>، ۱۹۹۰). علاوه بر این، علائم اختلال ممکن است در

سراسر زندگی از سنین پیش دبستانی تا بزرگسالی ادامه یابند و با افزایش سن بیمار با انواع مختلف اختلالات دیگر روان پزشکی همراه گردند (سادوک و کاپلان، ۲۰۰۳).

والدین کودکان مبتلا به ADHD به دلیل این که با چالش های والدگری بیشتری روبه رو هستند استرسی فراتر از والدین کودکان سالم دارند. تحقیقات نشان می دهند که این والدین بیش از والدین کودکان سالم به اختلالات خلقی و اضطرابی، احساس عدم کفایت فرزندپروری، عدم رضایت از نقش والدینی خود، فشار مالی و افزایش مصرف الکل دچار می شوند. کازدین<sup>۱۰</sup> و ویتلی<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۳)؛ نقل از رایبیر<sup>۱۲</sup>، (۲۰۰۲) دریافتند که استرس والدین، روش های تنبیهی والدین را تحت تأثیر قرار می دهد، به طوری که مستقیماً رفتار مقابله ای و پرخاشگرانه کودک را افزایش می دهد. اغلب در اثر گذر زمان این احساس ناکافی بودن در مورد والدگری به سایر بخش های خصوصی زندگی و روابط زناشویی نیز گسترش پیدا می کند؛ بسیاری از مادران که تمام وقت خود را با کودک سپری می کنند علائم بالینی افسردگی نشان می دهند که با احساس درماندگی نمایان می شود. گاهی نیز احساس خشم نشان می دهند، گاهی هم در نشان دادن احساسات خود دچار حالت شرم و گناه می شوند (اورت<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۹).

احساس افسردگی و عدم صلاحیت که مبین احساس بی لیاقتی و ناتوانی در انجام وظایف والدینی است بیشترین تأثیر را بر تنیدگی والدین دارد (استورا، ۱۳۷۷). اگر والدین احساس بی لیاقتی داشته باشند، ناتوان شده و دچار استرس شدید و اعتماد به نفس پایین می شوند و به تدریج به افسردگی و سایر مشکلات روحی مبتلا می شوند و این استرس شدید توانایی آن ها را برای تربیت مؤثر تحت تأثیر قرار می دهد. هم چنین، احساس خود کارآمدی ضعیف در والدین (اعتقاد و توانایی فرد در حل مسائل) به سبک والدگری بی ثبات و غیرمقتدر منجر می گردد که براساس شواهد متعدد این عوامل به پیامدهای ضعیف در مورد کودکان می انجامد (کاستین<sup>۱۴</sup>، لیچل<sup>۱۵</sup>، هیل اسمیت<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۴). از سوی دیگر، عدم حمایت شوهر در تربیت کودک نیز به استرس مادر دامن می زند (استورا، ۱۳۷۷).

با وجود این که منشأ چندگانه ای برای استرس والدگری شناخته شده است، بسیاری از محققین بیان می کنند که ADHD کودک و مشخصه های بالینی آن از عوامل اولیه مؤثر در استرس والدگری است (آناستاپولوس<sup>۱۷</sup>، شلتون<sup>۱۸</sup>، دوپاول<sup>۱۹</sup> و گاومونت<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۳).

در میان گستره وسیعی از مداخلات درمانی، والدین به عنوان عامل کلیدی تغییر رفتارهای ضداجتماعی کودک در نظر گرفته می شوند. بنابراین، حل و فصل مشکلات تنیدگی والدینی به خصوص مادر منجر به ارتقاء بهداشت روانی وی و عملکرد بهتر در ایفای نقش والدگری می شود. برنامه فرزندپروری مثبت یکی از ۵ سطح مداخله درمانی خانواده برای والدین کودکانی (۱۲-۲ ساله) است که هم اکنون دچار یا در معرض خطر ابتلا به اختلالات رفتاری و عاطفی هستند. اهداف تمامی سطوح درمانی این روش بر افزایش خودکفایی و خودکارآمدی والدین در کنترل رفتار کودکانی مبتنی است که از طریق آموزش های والدین به منظور ارتقای تحول کودک، حس صلاحیت اجتماعی

و خود کنترلی میسر می‌شود. این روش برگرفته از یک برنامه تحقیقاتی بالینی است (ساندرز<sup>۲۱</sup>، مارکی‌ددز<sup>۲۲</sup>، تولی<sup>۲۳</sup>، بور<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۰). مطالعه‌ای توسط (زوبریک، ۲۰۰۱؛ نقل از ساندرز، ۲۰۰۵) بر روی ۷۱۸ والدین پیش دبستانی انجام شد و تا ۲ سال نیز مورد پی‌گیری قرار گرفت. نتیجه نشان داد که پس از شرکت والدین در «برنامه فرزندپروری مثبت» تغییرات چشم‌گیری در اختلالات رفتاری کودکان و سبک والدگری استبدادی والدین نسبت به گروه کنترل به‌وجود آمده است. همچنین در اثر آموزش، افسردگی، اضطراب و استرس و تعارضات والدین در مورد تربیت کودک نیز کاهش یافته و سازگاری زناشویی افزایش یافته است. رضایت از برنامه آموزشی نیز ۸۹٪ گزارش شده است. به علاوه، این روش به بررسی آسیب‌شناسی تحولی کودک می‌پردازد که عوامل خطر و حمایت‌کننده مرتبط با پیامدهای تحولی نامطلوب در کودکان را شناسایی می‌کند. بهبود مدیریت ضعیف والدین، تعارضات زوجین و ناراحتی والدین (استرس و افسردگی) از اهداف این مدل درمانی است. بهبود روابط زوجین عامل مهمی برای کاهش تعارضات والدین در مورد مسئله تربیت کودک است و مشکلات فردی والدین و کودکان در روابط تعارض‌آمیز را کاهش می‌دهد. همچنین، از اهداف برنامه فرزندپروری مثبت می‌توان کاهش افسردگی، خشم، اضطراب و استرس بالا به‌ویژه استرس در ایفای نقش والدگری را نام برد.

بنابراین، در راستای احساس نیاز به ایجاد تغییرات بادوام در کیفیت و کمیت روابط والد - کودک، در این مطالعه اثر آموزش مادران بر استرس والدگری مورد آزمایش قرار می‌گیرد تا با کمک برنامه گروهی فرزندپروری مثبت براساس الگوی ساندرز گامی در جهت رفع مشکلات رفتاری کودکان و اصلاح تعاملات ناصحیح والدین و مربیان برداشته شود.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در مطالعه حاضر، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است. حجم نمونه پژوهش حاضر ۱۳ نفر (با احتساب افت آزمودنی) از مادران کودکان ۱۰-۴ ساله مبتلا به ADHD مراجعه‌کننده به مرکز اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان (صبا و رفیده وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی) هستند که پس از مصاحبه بالینی توسط فوق تخصص روان‌پزشکی اطفال و روان‌شناس بالینی و نیز پس از کسب رضایت‌نامه کتبی مادران نمونه فوق وارد مطالعه مورد نظر شدند. شایان ذکر است که نمونه فوق در پایان طرح به ۸ نفر تقلیل پیدا کرد. دلاور (۱۳۸۰) نیز عنوان کرده است که حجم نمونه در طرح‌های پژوهشی تجربی برای گروه‌های مورد مطالعه معمولاً بین ۱۵-۷ در نظر گرفته می‌شود.

## ابزارهای پژوهش

«شاخص تنیدگی والدینی (PSI) ۲۵: توسط آبیدين ۲۶ ساخته شده است و پرسشنامه‌ای است که براساس آن می‌توان اهمیت تنیدگی در نظام والدین - کودک را ارزشیابی کرد. این پرسشنامه بر این اصل مبتنی است که تنیدگی والدین می‌تواند از پاره‌ای ویژگی‌های کودک، برخی خصیصه‌های والدین و یا موقعیت‌های متنوعی که با ایفای نقش والدینی به‌طور مستقیم مرتبط هستند ناشی شود. شکل شاخص تنیدگی والدین این پژوهش، به‌عنوان شکل بازنگری شده شکل‌های پیشین است که تصحیح آن آسان‌تر و مقدار مواد آن کمتر است. این بازنگری، مواد شاخص تنیدگی والدینی را از ۱۵۰ ماده به ۱۰۱ ماده کاهش داد و ۱۹ ماده اختیاری نیز به‌عنوان «مقیاس تنیدگی زندگی ۲۷» به آن افزود. زیرمقیاس‌های مربوط به هر قلمرو و هم‌چنین تعداد موارد آن‌ها عبارت از قلمرو کودک (۴۷ ماده)، سازش‌پذیری (۱۱ ماده)، پذیرندگی (۷ ماده)، فزون‌طلبی (۹ ماده)، خلق (۵ ماده)، بی‌توجهی / فزون‌کنشی (۹ ماده)، تقویت‌گری (۶ ماده)؛ قلمرو والدین (۵۴ ماده)، افسردگی (۹ ماده)، دلبستگی (۷ ماده)، محدودیت‌های نقش (۷ ماده)، حس‌صلاحیت (۱۳ ماده)، انزوای اجتماعی (۶ ماده)، روابط با همسر (۷ ماده)، سلامت والد (۵ ماده) و تنیدگی زندگی (مقیاس اختیاری) (۱۹ ماده) است. شیوه نمره‌گذاری نیز به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. فرایند تفسیر نتایج مقیاس تنیدگی والدینی، در وهله نخست از بررسی نمره کلی مقیاس (قلمروهای کودک و والدین) آغاز می‌شود. پس از آن، نتایج زیرمقیاس‌هایی که در هر قلمرو قرار دارند براساس جدول نرم، مورد تحلیل قرار می‌گیرند. بدین ترتیب، براساس بررسی نمرات قلمروهای کودک و والدین و با توجه به نتایج مقیاس تنیدگی زندگی، می‌توان چارچوب خاص بروز تنیدگی را تعیین کرد و شیوه مداخله یا درمانگری متناسب را اتخاذ نمود» (استورا، ۱۳۷۷).

ضریب قابلیت اعتبار و اعتماد همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در یک گروه ۲۴۸ نفری از مادران هنگ‌کنگی ۰/۹۳ بدست آمد. این ضریب در قلمرو کودک ۰/۸۵ و در قلمرو والد ۰/۹۱ بوده است. اعتبار تفکیکی ابزار ۰/۹۳ و دامنه ضریب اعتبار هم‌زمان ابزار با ۵ ابزار تنیدگی مختلف دیگر بین ۰/۳۸ و ۰/۶۶ بوده است (تام‌چان و وونگ، ۱۹۹۴؛ نقل از دادستان، ۱۳۸۵). آبیدين (۱۹۹۱؛ نقل از دادستان، ۱۳۸۵) در یک گروه از مادران آمریکایی ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی ابزار را برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای قلمروهای کودک و والد به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۳ بدست آورد. ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی ابزار در سطح داده‌های پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب قابلیت اعتماد بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۰ روز، ۰/۹۴ بدست آمد (دادستان، احمدی ازقندی و حسن‌آبادی، ۱۳۸۵).

## شیوه اجرا

در پژوهش حاضر از طرح سری‌های زمانی ۲۸ (که نوعی طرح آزمایش‌های مکرر محسوب می‌شود و در آن آزمودنی کنترل خویش است) استفاده شده است. از این نوع طرح برای ارزشیابی و تفسیر روابط علت و معلولی بین متغیرها که هیچ گروه مقایسه‌ای در دست نیست استفاده می‌کنند. نمودار این طرح در مطالعه حاضر بر پایه نمادهای قراردادی چنین است:

$$O_1 \quad O_2 \quad X_1 \quad O_3 \quad X_2 \quad O_4 \quad O_5 \quad O_6$$

این‌گونه طرح‌ها برای مطالعه در زمینه‌هایی مانند ارزشیابی کارایی رفتارهای برنامه‌ریزی شده و حتی رفتارهای از پیش روی داده و برنامه‌ریزی نشده روش‌های نیرومندی به‌شمار می‌آید (هومن، ۱۳۸۰). هم‌چنین این روش مناسب پژوهش‌های اصلاح رفتار است. اصلاح رفتار<sup>۲۹</sup>، تخصصی در روان‌شناسی است که در جستجوی تغییر رفتار افراد از طریق کاربرد آزمایشی فنون معتبر نظیر تقویت اجتماع<sup>۳۰</sup>، حذف کردن<sup>۳۱</sup>، حساسیت‌زدایی<sup>۳۲</sup> و آموزش تمیز<sup>۳۳</sup> است (گال<sup>۳۴</sup>، ۱۳۸۳). پس از انتخاب آزمودنی‌ها به شرح فوق، در دو مرحله، پرسشنامه (PSI) به فاصله یک هفته اجرا شد ( $O_1, O_2$ ) و پس از اجرای ۴ جلسه حضوری هفتگی و متوالی ۲ ساعته ( $X_1$ ) که اصول اساسی برنامه به گروه آموزش داده شد، اندازه‌گیری سوم ( $O_3$ ) نیز صورت گرفت. مرحله چهارم اندازه‌گیری ( $O_4$ ) توسط پرسشنامه مذکور پس از اتمام ۴ جلسه باقی مانده ( $X_2$ ) که ۲ جلسه به‌صورت حضوری و ۲ جلسه به صورت تماس تلفنی بود) اجرا و سپس ۲ مرحله اندازه‌گیری نیز به‌صورت پی‌گیری ( $O_5, O_6$ ) به ترتیب به فاصله یک‌ماه و دوماه پس از آخرین تماس تلفنی انجام شد. سپس، اطلاعات جمع‌آوری شده از ۶ مرحله اندازه‌گیری مورد ارزیابی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

در ابتدا، مشخصه‌های آمار توصیفی (فراوانی<sup>۳۵</sup>، میانگین<sup>۳۶</sup>، میانه<sup>۳۷</sup>، انحراف استاندارد<sup>۳۸</sup>، چولگی<sup>۳۹</sup>، کشیدگی<sup>۴۰</sup>، بیشینه<sup>۴۱</sup>، کمینه<sup>۴۲</sup>) نمره‌های آزمون مقیاس تنیدگی والدین (PSI) به تفکیک دفعات اندازه‌گیری و قلمرو کودک و والدین ارائه می‌شود. این مشخصه‌ها به ترتیب در جداول (۱) و (۲) نشان داده شده است.

جدول ۱: مشخصه‌های آمار توصیفی مقیاس تنیدگی والدینی قلمرو کودک به تفکیک

خط پایه ۱، پیش‌آزمون، میان‌آزمون، پس‌آزمون، پی‌گیری ۱، پی‌گیری ۲ ( $n=8$ )

متغیر	میانگین	میان	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	بیشینه	کمینه
خط پایه ۱	۱۵۵/۳۷	۱۶۱/۵۰	۱۸/۸۲	-۱/۱۵۳	۰/۸۹۸	۱۷۷	۱۱۹
پیش‌آزمون	۱۵۴/۷۵	۱۶۰	۲۰/۷۳	-۰/۷۶۳	-۰/۷۰۷	۱۷۹	۱۲۱

ادامه جدول ۱

۸۵	۱۵۴	۵/۸۷۵	-۲/۳۴۰	۲۲/۵۸	۱۴۶	۱۳۸/۲۵	میان آزمون
۸۴	۱۴۰	۳/۲۴۳	-۱/۷۲۱	۱۸/۵۸	۱۳۰	۱۲۴/۵۰	پس آزمون
۱۰۰	۱۹۲	۱/۷۲۳	۱/۰۶۴	۲۷/۹۵	۱۳۲/۵۰	۱۳۶	پی گیری ۱
۸۸	۱۸۰	۰/۹۷۲	-۰/۲۴۶	۲۷/۲۲	۱۳۷/۵۰	۱۳۵/۵۰	پی گیری ۲

چنان که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در بخش قلمرو کودک مقیاس تنیدگی والدینی، میانگین خط پایه ۱ برابر با ۱۵۵/۳۷ و از سایر میانگین‌ها بیشتر است. روند کاهش میانگین‌ها و سیر نزولی آن‌ها تا پس آزمون (۱۲۴/۵۰) ادامه داشته است. اما در مراحل پی‌گیری ۱ (۱۳۶) و ۲ (۱۳۵/۵۰) تا حدودی افزایش یافته است. انحراف استاندارد نمره‌ها در مرحله پی‌گیری ۱ (۲۷/۹۵) از سایر مراحل اندازه‌گیری بیشتر است که نشان می‌دهد پراکندگی نمرات در این مرحله نسبت به سایر مراحل بیشتر است. این مقدار در پس آزمون (۱۸/۵۸) نسبت به سایر آزمون‌ها کمتر است. بنابراین، نشان می‌دهد که نمرات افراد در این مرحله همگون‌تر بوده است. چولگی در مرحله میان آزمون برابر با (-۲/۳۴۰) و نسبت به سایر مراحل کمتر است. این مقدار در پی‌گیری ۱ برابر با (۱/۰۶۴) و جهت آن مثبت است. به نظر می‌رسد این تغییر ناشی از افزایش انحراف استاندارد نمرات در این مرحله باشد. کشیدگی توزیع نیز در مرحله میان آزمون (۵/۸۷۵) از سایر مراحل بیشتر است. یعنی ارتفاع توزیع نمرات در اوج قرار دارد و این مقدار در پیش آزمون برابر با (-۰/۷۰۲) و از سایر مراحل کمتر است. بیشترین نمره در مرحله خط پایه ۱ و برابر با (۱۷۷) و کمترین نمره نیز در برابر با ۸۴ و در مرحله پس آزمون قرار دارد.

#### جدول ۲: مشخصه‌های آمار توصیفی مقیاس تنیدگی والدینی قلمرو والدین به تفکیک

خط پایه ۱، پیش آزمون، میان آزمون، پس آزمون، پی‌گیری ۱ و پی‌گیری ۲ (n=۸)

متغیر	فراوانی	میانگین	میان	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	بیشینه	کمینه
خط پایه ۱	۸	۱۶۷/۷۵	۱۶۸	۲۹/۶۸	-۱/۳۲۴	۲/۹۲۱	۲۰۵	۱۰۵
پیش آزمون	۸	۱۶۸	۱۷۲/۵۰۰	۳۰/۹۸	-۱/۴۳۴	۲/۹۷۳	۲۰۵	۱۰۲
میان آزمون	۸	۱۴۷/۵۰۰	۱۵۰/۵۰۰	۳۸/۳۴	-۰/۹۳۷	۰/۹۲۴	۱۹۲	۷۳
پس آزمون	۸	۱۳۳/۱۲۵	۱۳۳	۳۴/۶۷	-۰/۹۰۰	۰/۸۸۸	۱۷۲	۶۶
پی‌گیری ۱	۸	۱۴۵/۵۰۰	۱۴۴/۵۰۰	۳۷/۱۹۴	۰/۴۱۹	۰/۹۶۷	۱۹۹	۷۷
پی‌گیری ۲	۸	۱۳۷	۱۳۵/۵۰۰	۴۱/۳۰۰	-۰/۰۱۸	۰/۰۶۵	۲۰۵	۷۵

چنان که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در بخش قلمرو والدین مقیاس تنیدگی والدینی، میانگین پیش آزمون برابر با ۱۶۸ و از سایر میانگین‌ها بیشتر است و مقدار میانگین در پس آزمون برابر با

(۱۳۳/۲۵) و از همه کمتر است. انحراف استاندارد نمره‌ها در مرحله پی‌گیری ۲ (۴۱/۳۰۰) از سایر مراحل اندازه‌گیری بیشتر است که نشان می‌دهد پراکندگی نمرات در این مرحله نسبت به سایر مراحل بیشتر است. همین مقدار در خط پایه ۱ (۲۹/۶۸) نسبت به سایر آزمون‌ها کمتر است. بنابراین، نشان می‌دهد که نمرات افراد در این مرحله نسبت به سایر مراحل همگون‌تر بوده است. چولگی در مرحله پیش‌آزمون برابر با (-۱/۴۳۴) و نسبت به سایر مراحل کمتر است. این مقدار در پی‌گیری ۲ برابر با (-۰/۰۱۸) و در قیاس با سایر مراحل بیشتر است. کشیدگی توزیع نیز در مرحله پیش‌آزمون (۲/۹۷۳) از سایر مراحل بیشتر است یعنی ارتفاع توزیع نمرات در اوج قرار دارد و این مقدار در مرحله پی‌گیری ۲ (۰/۶۵) از سایر مراحل کمتر است. بیشترین نمره در مرحله خط پایه ۱ برابر با ۲۰۵ و کمترین نمره نیز برابر با ۶۶ و در مرحله پس‌آزمون قرار دارد.

سپس، تأثیر برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری در دو قلمرو کودک و والدین با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، مورد بررسی قرار گرفت. نخستین پرونداد محاسبات اندازه‌های مکرر در قلمرو کودک مشخصه‌های چهارگانه F آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری است. این مشخصه‌ها در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳: مشخصه‌های چهارگانه F آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری قلمرو کودک

مشخصه	$\alpha$	F	مقدار
فیلابی	۰/۰۰۸	۳۳/۶۷۲	۰/۹۸۲
لاندای ویلکس	۰/۰۰۸	۳۳/۶۷۲	۰/۰۱۸
هاتلینگ	۰/۰۰۸	۳۳/۶۷۲	۵۶/۱۲۱
بزرگترین ریشه	۰/۰۰۸	۳۳/۶۷۲	۵۶/۱۲۱

چنان‌که در جدول ۳ دیده می‌شود هر چهار مشخصه F، به‌ویژه لاندای ویلکس که در پژوهش حاضر به‌عنوان ملاک معناداری اثرات کاربردی قرار گرفته است از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۱ یعنی با احتمال ۹۹٪ معنادار است. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت که تغییر (کاهش) نمره‌ها در دفعات مختلف اندازه‌گیری از لحاظ آماری معنادار است. به بیان دیگر، اثر روش «برنامه گروهی فرزندپروری مثبت» در کاهش نمره‌های آزمودنی‌ها در پاره مقیاس قلمرو کودک مؤثر بوده است. با توجه به این‌که در مدل حاضر مقیاس تنیدگی پیش از اجرای کاربردی دو بار اجرا شده از این‌رو ضروری است تا اثر آزمون مورد بررسی قرار گیرد. به‌منظور اطمینان نسبت به عدم تأثیر عامل آزمون



و مقایسه نمره‌های خط پایه ۱ و پیش‌آزمون از آزمون  $t$  برای دو گروه وابسته استفاده شد. نتیجه این آزمون در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: آزمون  $t$  برای نمره کل خط پایه ۱ و پیش‌آزمون در قلمرو کودک

میانگین	انحراف استاندارد	$t$	$\alpha$	
۱۵۵/۳۷	۱۸/۸۲			نمره کل خط پایه ۱
۱۵۴/۷۵	۲۰/۷۳			نمره کل پیش‌آزمون
۰/۶۲۵	۴/۴۰۵	۰/۴۰۱	۰/۷۰	مقایسه نمره کل پیش‌آزمون و خط پایه ۱

چنان‌که در جدول ۴ دیده می‌شود، تفاوت بین این دو اندازه‌گیری از لحاظ آماری معنی‌دار نیست. به بیان دیگر تفاوت بین دو مقدار در حد شانس و تصادف است. براساس نمودار ۱ بین پیش‌آزمون و میان‌آزمون تفاوت قابل توجهی مشاهده می‌شود و نمودار نشان می‌دهد که در میان‌آزمون، تنیدگی قلمرو کودک کاهش یافته است و همین روند تا پس‌آزمون نیز ادامه یافته است. به منظور ارزیابی دقیق‌تر تأثیر «برنامه گروهی فرزندپروری مثبت» بر کاهش تنیدگی، یک تحلیل روند نیز از متغیرهای مشاهده شده محاسبه و در جدول ۳ نشان داده شده است.  $F$  مربوط به مقدار اثر خطی مشاهده شده (۱۶/۳۳۱) نشان می‌دهد که به‌طور کلی روند آزمایش‌ها در طول برنامه تغییر معنی‌داری پیدا کرده است. مقدار آزمایش ۲ مشاهده شده نشان می‌دهد که روش آموزش «برنامه گروهی فرزندپروری مثبت» بین پیش‌آزمون و میان‌آزمون (۷/۴۹۱) کاهش معنی‌داری در تنیدگی به‌وجود آورده است. این مطلب در مورد آزمایش سوم یعنی بین میان‌آزمون و پس‌آزمون (۸/۵۳۲) نیز صادق است. در مورد آزمون چهارم (۳/۹۰۳) و پنجم (۲/۳۰۴) که مراحل پی‌گیری آزمون به حساب می‌آیند تغییر معنی‌داری مشاهده نمی‌شود.

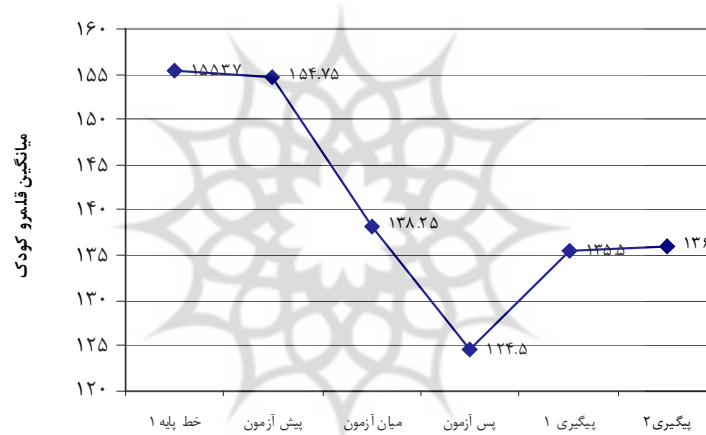
جدول ۵: تحلیل روند از متغیرهای مشاهده شده در قلمرو کودک

$\alpha$	F	df	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات نوع سوم	مشاهده شده
۰/۰۰۵	۱۶/۳۳۱	۱	۳۲۷۸/۶۱۶	۳۲۷۸/۶۱۶	مقدار اثر خطی
۰/۰۲۹	۷/۴۹۱	۱	۱۲۰۸/۰۳۷	۱۲۰۸/۰۳۷	آزمایش ۲
۰/۰۲۲	۸/۵۳۲	۱	۳۳۵/۴۳۴	۳۳۵/۴۳۴	آزمایش ۳
۰/۰۸۹	۳/۹۰۳	۱	۸۹۲/۰۰۴	۸۹۲/۰۰۴	آزمایش ۴
۰/۱۷۳	۲/۳۰۴	۱	۱۲۸/۵۱۲	۱۲۸/۵۱۲	آزمایش ۵

با استفاده از آزمون  $t$  برای دو گروه وابسته این مسئله مجدداً مورد تأیید قرار می‌گیرد و همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود تفاوت بین این دو اندازه‌گیری از لحاظ آماری معنی‌دار نیست. بنابراین، اثر آموزش تا مرحله پی‌گیری ۲ هم‌چنان باقی مانده است.

جدول ۶: آزمون  $t$  برای نمره کل پی‌گیری ۱ و پی‌گیری ۲ در قلمرو کودک

$\alpha$	$t$	انحراف استاندارد	میانگین	
		۲۷/۹۵	۱۳۶	نمره کل پی‌گیری ۱
		۲۷/۲۲	۱۳۵	نمره کل پی‌گیری ۲
۰/۸۷۸	۰/۱۵۹	۸/۸۸	۰/۵۰۰	مقایسه نمره کل در پی‌گیری ۱ و پی‌گیری ۲



شکل ۱: نمودار میانگین قلمرو کودک در ۶ مشاهده

مشخصه‌های چهارگانه  $F$  آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری قلمرو والدین در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷: مشخصه‌های چهارگانه F آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری قلمرو والدین

ارزش	F	$\alpha$	مشخصه
۰/۹۹۵	۱۱۹/۵۳۹	۰/۰۰۱	فیلابی
۰/۰۰۵	۱۱۹/۵۳۹	۰/۰۰۱	لاندای ویلکس
۱۹۹/۲۳۲	۱۱۹/۵۳۹	۰/۰۰۱	هاتلینگ
۱۹۹/۲۳۲	۱۱۹/۵۳۹	۰/۰۰۱	بزرگترین ریشه ری

چنان‌که در جدول ۷ دیده می‌شود هر چهار مشخصه F به‌ویژه لاندای ویلکس از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است به بیان دیگر، اثر روش «برنامه گروهی فرزندپروری مثبت» در کاهش نمرات آزمودنی‌ها در پاره مقیاس قلمرو والدین مؤثر بوده است. از این‌رو، می‌توان نتیجه گرفت که تغییر (کاهش) نمره‌ها در دفعات مختلف اندازه‌گیری از لحاظ آماری معنادار است. جهت اطمینان نسبت به عدم تأثیر عامل آزمون و مقایسه نمره‌های خط پایه ۱ و پیش‌آزمون در قلمرو والدین، از آزمون t برای دو گروه وابسته استفاده شده است و نتیجه این آزمون در جدول ۸ نشان داده شده است.

جدول ۸: آزمون t برای نمره کل خط پایه ۱ و پیش‌آزمون در قلمرو والدین

$\alpha$	t	انحراف استاندارد	میانگین	
		۲۹/۶۸	۱۶۷/۷۵	نمره کل خط پایه ۱
		۳۰/۹۸	۱۶۸	نمره کل پیش‌آزمون
۰/۸۴	۰/۱۵۹		-۰/۲۵۰	مقایسه نمره کل پیش‌آزمون و خط پایه ۱

نتیجه نشان می‌دهد تفاوت بین این دو اندازه‌گیری از لحاظ آماری معنی‌دار نیست، در حقیقت تفاوت بین دو مقدار در حد تصادف است. براساس نمودار ۲ بین پیش‌آزمون و میان‌آزمون تفاوت قابل توجهی مشاهده می‌شود و نمودار نشان می‌دهد که در میان‌آزمون، تنیدگی قلمرو والدین کاهش یافته است و این روند تا پس‌آزمون نیز ادامه داشته است. به منظور ارزیابی دقیق‌تر تأثیر «برنامه گروهی فرزندپروری مثبت» بر کاهش تنیدگی یک تحلیل روند نیز از متغیرهای مشاهده شده محاسبه و در جدول ۹ نشان داده شده است.

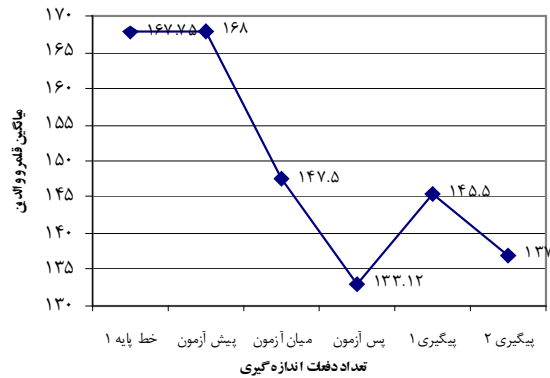
جدول ۹: تحلیل روند از متغیرهای مشاهده شده در قلمرو والدین

$\alpha$	f	df	میانگین مجدورات	مجموع مجدورات نوع سوم	مشاهده شده
۰/۰۰۶	۱۵/۴۶۱	۱	۶۳۴۵/۰۴۵	۶۳۴۵/۰۵۴	مقدار اثر خطی
۰/۰۱۴	۱۰/۴۷۴	۱	۷۳۳/۳۳۹	۷۳۳/۳۳۹	آزمایش ۲
۰/۱۰۴	۳/۴۹۳	۱	۱۶۶/۷۳۶	۱۶۶/۷۳۶	آزمایش ۳
۰/۰۰۶	۱۴/۹۴۴	۱	۱۵۸۵/۷۸۶	۱۵۸۵/۷۸۶	آزمایش ۴
۰/۱۵۶	۲/۵۲۹	۱	۱۲۲/۰۳۲	۱۲۲/۰۳۲	آزمایش ۵

F مربوط به مقدار اثر خطی مشاهده شده (۱۵/۴۶۱) نشان می‌دهد که به‌طور کلی روند آزمایش‌ها در طول برنامه تغییر معنی‌داری پیدا کرده است. مقدار آزمایش ۲ مشاهده شده نشان می‌دهد که روش آموزش مذکور بین پیش‌آزمون و میان‌آزمون (۱۰/۴۷۴) کاهش معنی‌داری در تنیدگی به‌وجود آورده است و این تغییر در مورد آزمایش سوم یعنی بین میان‌آزمون و پس‌آزمون (۳/۴۹۳) نیز ثابت مانده است. در مورد آزمایش چهارم (۱۴/۹۴۴) یعنی بین پس‌آزمون و پی‌گیری ۱ اندکی افزایش در تنیدگی مشاهده می‌شود و در آزمایش پنجم (۲/۵۲۹) که مرحله پی‌گیری ۲ آزمون به حساب می‌آید تغییر معنی‌داری نسبت به مرحله قبل مشاهده نمی‌شود. با استفاده از آزمون t برای دو گروه وابسته نیز این مسئله مورد تأیید قرار می‌گیرد. همان‌طور که در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود تفاوت بین پی‌گیری ۱ و پی‌گیری ۲ از لحاظ آماری معنی‌دار نیست. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که اثر آموزش تا مرحله پی‌گیری ۲ ثابت باقی مانده است.

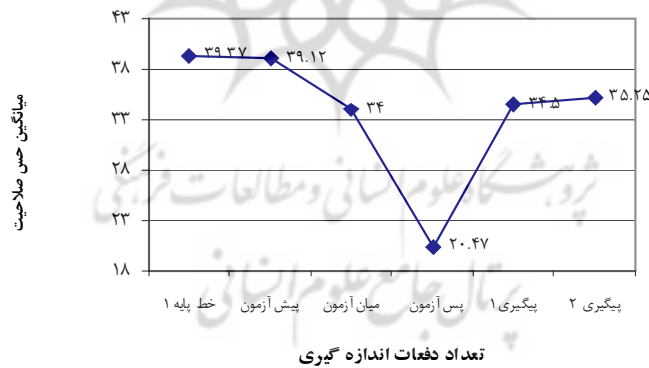
جدول ۱۰: آزمون t برای نمره کل پی‌گیری ۱ و پی‌گیری ۲ در قلمرو والدین

$\alpha$	t	انحراف استاندارد	میانگین	پروژه‌گاه علوم
		۳۷/۱۹	۱۴۵/۵۰	نمره کل خط پی‌گیری ۱
		۴۱/۳۰	۱۳۷	نمره کل پی‌گیری ۲
۰/۲۸۷	۱/۱۵۱	۲۰/۸۸	۸/۵۰۰	مقایسه نمره کل پی‌گیری ۱ و ۲



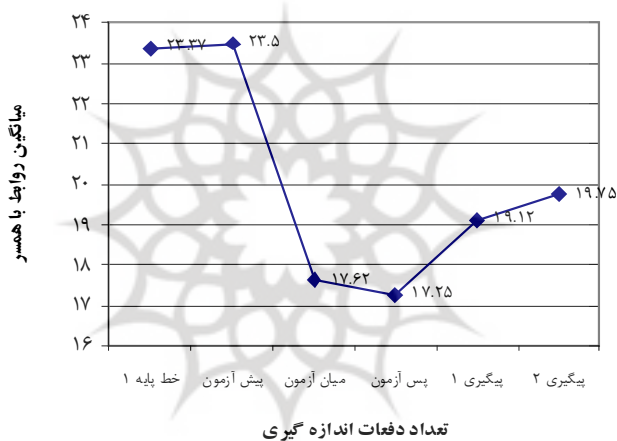
شکل ۲: نمودار میانگین قلمرو والدین در ۶ مشاهده

بررسی نتایج تحقیقات پیشین نشان داد با وجود این که دلایل متعددی در پدیدآیی و حفظ استرس والدگری مؤثر است، ناتوانی در کنترل رفتار کودک مبتلا به اختلال ADHD یکی از عوامل اساسی مؤثر در استرس والدگری است و در والدین و به‌ویژه در مادر، احساس بی‌مهارتی، عدم صلاحیت و اعتماد به نفس پایین ایجاد می‌کند و منبع مهمی برای استرس والدین به‌شمار می‌آید. نقش فعال پدر نیز در تربیت کودک از عوامل مؤثر بر استرس والدگری است. بر این اساس، به دلیل محدودیت‌های حجم نمونه و مدل‌های آماری در این قسمت صرفاً به بررسی نمودارهای خام حس صلاحیت والدین و روابط با همسر آزمودنی‌ها به‌عنوان متغیرهای مداخله‌گر در استرس والدگری پرداخته می‌شود.



شکل ۳: نمودار میانگین حس صلاحیت آزمودنی‌ها در ۶ مشاهده

چنان‌که در نمودار ۳ مشاهده می‌شود، به‌طور کلی روند حس صلاحیت در طول برنامه گروهی فرزندپروری مثبت کاهش معناداری پیدا کرده است. نمرات بالا در این مقیاس، مبین احساس بی‌لیاقتی و ناتوانی در انجام وظیفه والدینی است و با توجه به نمودار میانگین متغیر حس صلاحیت از مرحله پیش‌آزمون تا میان‌آزمون و سپس تا مرحله پس‌آزمون کاهش پیدا کرده است، یعنی پس از شروع برنامه آموزشی نمره حس صلاحیت آزمودنی‌ها به‌طور کلی روندی نزولی داشته است. در حقیقت کاهش نمرات در این متغیر حاکی از این است که در اثر آموزش، مادران، نقش والد را بیشتر تقویت‌کننده یافته‌اند و در اداره کودک خود را توانمندتر می‌بینند، اما در مرحله پی‌گیری ۱ شیب نمودار تغییر پیدا کرده است و افزایش نمرات را در این مرحله شاهد هستیم و همین روند تا مرحله پی‌گیری ۲ نیز ادامه دارد. با وجود این، به سطح پیش‌آزمون یعنی پیش از اجرای برنامه آموزشی نرسیده است. در حقیقت، می‌توان ادعا کرد که برنامه مذکور تأثیر مثبتی بر حس صلاحیت مادران داشته است و با آموزش مهارت‌های ویژه توانایی آن‌ها را در کنترل کودکان‌شان افزایش داده است.



شکل ۴: نمودار میانگین روابط با همسر آزمودنی‌ها در ۶ مشاهده

نمودار ۴ روند متغیر روابط با همسر را در طول برنامه آموزشی مذکور نشان می‌دهد. چنان‌که مشاهده می‌شود شیب این نمودار در مرحله پیش‌آزمون تا میان‌آزمون کاهش پیدا کرده و تا پس‌آزمون نیز هم‌چنان ادامه یافته است. در حقیقت کاهش نمرات در این متغیر حاکی از این است که حمایت عاطفی و فعال والد دیگر در زمینه اداره کودک افزایش یافته است. به بیان دیگر، می‌توان گفت که در

اثر آموزش، والدین در امر اداره کودک بیش از پیش همسو شده‌اند. اما چنان‌که ملاحظه می‌شود در مرحله پی‌گیری ۱ اندکی افزایش شیب دیده می‌شود. در حقیقت پس از اتمام جلسات آموزشی اندکی افزایش نمره به‌وجود آمده است و همین روند تا پی‌گیری دوم نیز ادامه دارد. اما همانند متغیر حس‌صلاحیت، به سطح نخست یعنی مرحله پیش‌آزمون نرسیده است. از این‌رو، می‌توان گفت که برنامه گروهی فرزندپروری مثبت سهم قابل‌ملاحظه‌ای در جلب همکاری زوجین در طول برنامه داشته است به طوری‌که تا پس از خاتمه برنامه آموزشی اثرات آن باقی مانده است.

## بحث

امروزه دیگر نمی‌توان کودک را به عنوان صفحه سفیدی تلقی کرد که تجربه‌ها بر آن نقش می‌بندند چرا که ویژگی‌ها و زمینه‌های خلقی کودک در تعامل‌هایی که با والدین خود دارد وارد میدان می‌شود و چنین تعامل‌هایی آشکارا جنبه متقابل دارند. بنابراین، پاره‌ای از ویژگی‌های والدین و نیز ویژگی‌های کودک توانایی والدین در پاسخگویی به نیازهای فرزندان‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهند و با ایفای نقش والدین به‌طور مستقیم در ارتباطند (استورا، ۱۳۷۷).

نتایج این تحقیق نشان داد که آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت منجر به کاهش استرس والدگری در قلمرو کودک شده است. بررسی تنیدگی حاصل از قلمرو کودک نشان داده است که در مرحله خط پایه ۱ و پیش‌آزمون نمرات آزمودنی‌ها (۸ آزمودنی) در حد بالایی قرار داشته‌اند. به عبارت دیگر، می‌توان فرض کرد که پاره‌ای از خصیصه‌های کودک به‌عنوان عامل اصلی در افزایش سطح تنیدگی نظام والد - کودک مشارکت داشته‌اند. اما در اثر مداخله، مقدار تنیدگی قلمرو کودک کاهش قابل‌توجهی پیدا کرده است. در واقع، کسب آگاهی و اطلاعات درمورد اختلال ADHD و نیز دستیابی به مهارت‌هایی جهت کنترل کودک باعث شده است مادران ویژگی‌های کودک را کمتر استرس‌آور بدانند، یعنی ادراک مادران از چگونگی پیامد یک کیفیت خلقی خاص در فرزندشان تغییر کرده است و یا در اثر آموزش به مادر تغییراتی در ویژگی‌های قلمرو کودک صورت گرفته است که در نهایت منجر به کاهش استرس مادر در این قلمرو شده است.

بررسی قلمرو والدین نیز نشان می‌دهد که برنامه گروهی فرزندپروری مثبت منجر به کاهش تنیدگی والدگری در این قلمرو شده است و با وجود این‌که در مراحل پی‌گیری ۱ و ۲ اندکی افزایش تنیدگی مشاهده می‌شود، این افزایش در حدی نیست که بتوان گفت برنامه آموزشی بی‌تأثیر بوده است. بلکه اثرات آموزش تا مرحله پی‌گیری دوم یعنی تا ۲ ماه پس از آخرین جلسه آموزشی باقی مانده است. در حقیقت می‌توان گفت که مداخله آموزشی موجب شده است تا آن دسته از ویژگی‌های مادران که بر توانایی مراقبت شایسته آنان از فرزندان‌شان مؤثر است تغییر ایجاد شود و بدین‌وسیله استرس

والدگری کاهش یابد. این یافته که برنامه آموزش والدین به‌ویژه برنامه گروهی فرزندپروری مثبت در کاهش تنیدگی و استرس والدگری مؤثر است با اکثر پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه هماهنگ است. چنان‌که آناستاپولوس و همکاران (۱۹۹۳) برنامه آموزش رفتاری را در بهبود کارکرد والد - کودک و کاهش استرس والدگری و افزایش اعتماد به نفس والدگری مؤثر دانستند. به اعتقاد ساندرز (۲۰۰۵) نیز برنامه گروهی فرزندپروری مثبت منجر به کاهش افسردگی، اضطراب، خشم و استرس بالا و به‌ویژه استرس در ایفای نقش والدگری می‌شود.

گرچه بی‌تردید، بین جنبه‌های مختلف نظام والد - کودک تعامل وجود دارد اما تحلیل پاره‌ای از جنبه‌های کنش‌وری والدین به‌صورت مستقل نیز امکان‌پذیر است. از این میان احساس صلاحیت به منزله زیرمقیاسی است که بیشترین تأثیر را بر قلمرو والدین نشان می‌دهد و نیز دستیابی به نمرات بالا در زیرمقیاس روابط با همسر امکان بالقوه ایذاء کودک را افزایش می‌دهد. بر این اساس، بررسی روند حس صلاحیت آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که در اثر برنامه آموزشی، میانگین نمرات حس صلاحیت در جلسات آموزشی کاهش یافته است یعنی توانایی آن‌ها در کنترل کودکان‌شان افزایش پیدا کرده است. هرچند که پس از اتمام جلسات آموزشی مجدداً کاهش در احساس توانمندی مادران مشاهده می‌شود با وجود این، به سطح پیش از آزمون نرسیده است که این مسئله می‌تواند ناشی از محدود بودن زمان جلسات آموزشی جهت تثبیت مطالب آموخته شده باشد. مطالعه‌ای که به‌وسیله بور، ساندرز و مارکی ددز (۲۰۰۲) صورت گرفته است نشان‌دهنده تأثیر برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر کاهش سبک والدگری مختل و افزایش حس صلاحیت والدین کودکان مبتلا به اختلال ADHD است. نتایج مطالعه اخیر تا ۱ سال پس از آموزش نیز تداوم داشته است. براساس مطالعه پیسترمان<sup>۴۳</sup> و فایرستن<sup>۴۴</sup> (۱۹۹۲) نیز آموزش والدین بر کاهش تنیدگی والدگری و افزایش احساس صلاحیت آن‌ها مؤثر شناخته شده است.

بررسی متغیر روابط با همسر در آزمودنی‌های پژوهش بیانگر این است که برنامه گروهی فرزندپروری مثبت منجر به افزایش تعاملات زوجین در اداره کودک شده است. در حقیقت به نظر می‌رسد که برنامه مذکور با افزایش تعامل و هماهنگی بین زوجین موجب شده است که استرس مراقبت و نگهداری کودک در مادران کاهش پیدا کند. در این خصوص ساندرز (۲۰۰۵) عنوان کرده است که در اثر آموزش والدگری افسردگی، اضطراب، استرس و تعارضات والدین در تربیت کودک کاهش می‌یابد و سازگاری زناشویی افزایش پیدا می‌کند. مارکی ددز و ساندرز (۲۰۰۱) نیز نشان داده‌اند که در اثر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بهبود قابل ملاحظه‌ای در تعارضات والدگری و رضایت زناشویی گروه مورد پژوهش به‌وجود آمده است. به‌طور کلی آن‌چه از نتیجه این تحقیق استنباط می‌شود این است که آموزش گروهی فرزندپروری مثبت به‌عنوان یکی از مداخله‌های رفتاری در کاهش استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به ADHD مؤثر است و حس صلاحیت و



روابط با همسر را بهبود می‌بخشد. با توجه به مشکلات همه جانبه‌ای که کودکان مبتلا به ADHD و خانواده‌های آن‌ها متحمل می‌شوند ردیابی مشکلات و مداخله زدرس می‌تواند فراوانی و شدت اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان و نیز پیامدهای متعاقب آن را در جامعه کنونی کاهش دهد. بر این اساس، به نظر می‌رسد که برنامه آموزشی مذکور، نقش مؤثری در این حیطة ایفا می‌کند و در مراکز آموزشی و درمانی مختلف به‌صورت درمانی چند جانبه قابل استفاده می‌باشد.

#### یادداشت‌ها

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD)
2. kytja
3. Sadock
4. Kaplan
5. Zubrick
6. Cann
7. Ragers
8. Matthew
9. Barkley
10. Kazdin
11. Whitley
12. Rabiner
13. Everett
14. Costin
15. Lichle
16. Hill-Smith
17. Anastopoulse
18. Shelton
19. Dupaul
20. Guevremont
21. Sanders
22. Markie-dadds
23. Tully
24. Bor
25. arental Stress Index(PSI)
26. Abidin
27. Life Stress Scale
28. Time-Series design
29. Behavior modification
30. Social reinforcement
31. Fading
32. Desensitization
33. Discrimination Training
34. Gall
35. Frequency
36. Median
37. Mean
38. Standard Diviation
39. Skewness
40. Kurtosis
41. Maximum
42. Minimum
43. Pisterman
44. Fireston

#### منابع

- استورا (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن (ترجمه پ. دادستان). تهران: انتشارات رشد.
- دادستان، پ.، احمدی‌زفندی، ع. و حسن‌آبادی، ح. (۱۳۸۵). تنیدگی والدینی و سلامت عمومی: پژوهشی درباره رابطه تنیدگی حاصل از والدگری و سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار دارای کودکان خردسال. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۲ (۷)، ۱۸۴-۱۷۱.
- دلاور، ع. (۱۳۸۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی*. تهران: انتشارات رشد.
- خوشابی، ک. و پوراعتماد، ح. (۱۳۸۱). بررسی میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و اختلالات همراه آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. گزارش تحقیقاتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

عصاریان، ف. (۱۳۸۴). مروری بر اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه. *فصلنامه تازه‌های روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان ایران*، ۲ و ۳، ۱۸-۳.

کلانتری، م.، نشاط‌دوست، ح. و زارعی، م. (۱۳۸۰). تأثیر آموزش رفتار والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم فزون‌کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، *مجله روان‌شناسی*، ۵ (۲)، ۱۳۴-۱۱۸.

گال، م.، بورگ، دبلیو. و گال، جی. (۱۳۸۳). *روش‌های تحقیقی کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی* (ترجمه ح. هومن، ا. نصر، ح. عریضی و همکاران، جلد دوم). تهران: انتشارات سمت.

هومن، ح. (۱۳۸۰). *شناخت روش علمی در علوم رفتاری*. تهران: نشر پارسا.

Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., Dupaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 21, 581-596.

Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds. (2002). The effect of the triple P – positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attention/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 571- 587.

Cann, W., Rogers, H., & Matthews, J. (2003). Family intervention services program evaluation: A brief report on initial outcomes for families. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(3). Available: <http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/Cann.Pdf>.

Costin, Y., Lichle, C., Hill-Smith, A. (2004). Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(1). Available: <http://www.auseinet.com/journal/vol3iss4/Costin.Pdf>.

Everett, C. A. (1999). *Family therapy for ADHD: Treating children, adolescents, and adult*. New York: The Guilford press.

Markie-Dadds, C., & Sanders, M. (2001). Self-directed triple P (positive parenting program) for mothers with children at risk of developing conduct problems. *Cambridge Journals Online*. Available: [http://journals.cambridge.org/preducation/action/eyeGet\\_Fulltrxt?Fulltextid=451429](http://journals.cambridge.org/preducation/action/eyeGet_Fulltrxt?Fulltextid=451429). 259-275.

Pisterman, S., & Firestone, P. (1992). The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 24, 41-58.

Rabiner, C. D. (2002). Stress and coping in parents of children with ADHD [On-line]. Available: [www.Helpforadd.com/2002/September.htm](http://www.Helpforadd.com/2002/September.htm).

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Kaplan. (2003): *Synapses of psychiatry* (ninth edition). Philadelphia: Lippincott William & willkins.

Sanders, M. R. (2005). *Triple P: A multi-level system of parenting intervention: Workshop participant notes*. Brisbane the university of Queensland.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The Triple p- positive parenting program: A comparison of enhanced, standard and self- directive behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 624-640.