

## اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین بر سلامت عمومی مادران کودکان بیش فعال

### The Effectiveness of Parent Behavioral Management Training on General Health of Mothers with Hyperactivity Children

*M. B. Kajbaf, Ph.D.*

*A. R. Shirazi Tehrani, M.A.*

*F. Mirdrikvand, Ph.D.*

*M. Mazaheri, M.A.*

دکتر محمدباقر کجباغ

استاد دانشگاه اصفهان

علی رضا شیرازی تهرانی ✉

دانشجوی دکتری روان شناسی دانشگاه لرستان

دکتر فضل اله میر دریکوند

استادیار دانشگاه لرستان

مصطفی مظاهری

دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه بروجرد

دریافت مقاله: ۹۲/۳/۱۴

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۳/۱۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۹۳/۱۱/۱۹

#### Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of parent behavioral management training on general health of mothers with ADHD children. A quasi-experimental design with pre-test, post-test and follow-up with control group was applied.

This sample included 30 mothers of ADHD children who were selected through screening method with using CSI - 4 scale and psychiatrist clinical

#### چکیده

این پژوهش به بررسی اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین، بر سلامت عمومی مادران دارای کودکان بیش فعال می پردازد. نوع تحقیق، نیمه تجربی همراه با پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری با گروه کنترل است. نمونه مورد پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران کودکان بیش فعال - نقص توجه می باشد که با استفاده از مقیاس غربالگری CSI-4 و مصاحبه بالینی روان پزشکی از بین پرونده های موجود، در هسته مشاوره اصفهان گزینش شدند.

✉Corresponding author: Esfahan, Tiran Payamnor university.  
Email: [psychopayam@yahoo.com](mailto:psychopayam@yahoo.com)

✉نویسنده مسئول: اصفهان، تیران، دانشگاه پیام نور  
پست الکترونیکی: [psychopayam@yahoo.com](mailto:psychopayam@yahoo.com)

interview among recorded files in Esfahan counseling center and subjects were randomly assigned to experimental and control groups, and filled measure of general health questionnaire. Mothers in the experimental group received nine 2-hour sessions of behavioral management training. Results of repeated measure analyzes showed that behavioral management training has been effective significantly in increasing general health of mothers.

**Keywords:** Hyperactivity Disorder, Parent Behavioral Management Training, General Health.

و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش، پرسش‌نامه سلامت عمومی بود. مادران گروه آزمایش ۹ جلسه دو ساعته برنامه آموزش مدیریت رفتاری را دریافت نمودند. نتایج اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که آموزش مدیریت رفتاری در ارتقاء سلامت عمومی مادران در سطح ( $P < 0/05$ ) معنادار بوده است.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال بیش‌فعالی، آموزش مدیریت رفتاری والدین، سلامت عمومی.

## مقدمه

اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه (ADHD)<sup>۱</sup> یک اختلال روانی شایع و مزمن است که با نتایج زیان‌آوری در طول زندگی همراه است. از جمله این نتایج می‌توان به آشفتگی و گسیختگی شدید روابط با والدین، معلمان، همسالان و خواهر و برادرها در دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسال اشاره نمود (فایانو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). تخمین زده می‌شود که این اختلال در ایالات متحده ۵-۳/۵٪ از کودکان را شامل شود (انستیتوی ملی سلامت روان، ۲۰۰۸). کودکان دچار این اختلال بچه‌هایی پرحرف، لجباز و خودسر بوده، با پدر و مادر همراه نشده و از آن‌ها اطاعت نمی‌کنند، از دیگران توقع کمک دارند و نمی‌توانند به گونه‌ای مستقل به بازی و فعالیت بپردازند (مش<sup>۳</sup> و جانستون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). پیشینه‌های پژوهشی مربوط به کودکان به صراحت نشان داده که کودکان بر فضای خانوادگی و روابط زناشویی والدین تأثیر می‌گذارند (شکوهی یکتا و زمانی، ۱۳۸۷). این اختلال تأثیر مهمی بر خود کودک و خانواده داشته و کار در مدرسه، روابط با همسالان و روابط خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کوگیل<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). تحقیقات نشان داده‌اند که والدین کودکان مبتلا به دلیل این‌که با چالش‌های والدگری بیشتری روبه‌رو هستند استرسی فراتر از والدین کودکان سالم دارند (روشن بین و همکاران، ۱۳۸۶). والدین کودکان اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه با یکدیگر کنش متقابل دارند، به سخن دیگر بر یکدیگر تأثیر دوسویه می‌گذارند. بررسی‌های تعامل‌های این کودکان

نشان‌دهنده آن است که رفتار کودک، به عنوان محرک تنش‌زا عمل می‌کند و به نوبه خود بر رفتار والد و تعامل میان والد (به ویژه مادر) و کودک مؤثر است (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۰).

کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه در مقایسه با کودکان عادی رفتارهای نامناسب بیشتری نشان می‌دهند؛ کمتر تبعیت می‌کنند و والدین آن‌ها بیشتر منفی‌گرا هستند و کمتر در فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنند (مک بارت<sup>۶</sup> و پفیفر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). این والدین استرس فراتر از والدین کودکان سالم دارند و بیش از آن‌ها به اختلالات خلقی و اضطرابی، احساس عدم کفایت فرزندپروری، عدم رضایت از نقش والدینی خود، فشار مالی و افزایش مصرف الکل دچار می‌شوند (رابینر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲).

در سال‌های پیش از مدرسه، به علت تعامل مستمر والدین با کودکان، آن‌چه بیشترین تأثیر را در مشکلات رفتاری این کودکان دارد، مهارت‌های فرزندپروری است (لانگ<sup>۹</sup> و فورهند<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰). توجه به آن‌چه در مورد اثرات منفی و غیرقابل اجتناب فرزندپروری ضعیف بر مشکلات رفتاری کودکان و مادران آن‌ها بیان گردید، به نظر می‌رسد با مداخله در شیوه فرزندپروری به صورت آموزش و تربیت والدین، می‌توان درک مهارت‌های والدینی و تعامل‌های والد-کودک را بهبود و ارتقاء بخشید (ساندرز<sup>۱۱</sup> و موراسک، ۲۰۰۷)<sup>۱۲</sup>. لذا، اقدام‌های مداخله‌گرایانه حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی به منظور ارتقای سلامت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه به ویژه مادران بیش از پیش ضرورت می‌یابد. به طور کلی بر نامه‌های آموزش والدین را در دو طبقه کلی قرار می‌دهند که عبارتند از: طبقه رفتاری و ارتباطی. طبقه رفتاری، مداخلاتی با رویکرد رفتاری و یادگیری اجتماعی را دربر می‌گیرد. از سوی دیگر، طبقه ارتباطی، دربرگیرنده مداخلات با سه رویکرد آدلری، انسان‌گرایانه و روان‌پویایی است (اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۸۹).

روش‌های مبتنی بر آموزش رفتاری والدین به موفقیت‌هایی دست یافته‌اند و این امر آن را به شایع‌ترین مدل آموزش والدین، تبدیل کرده است (ساندرز و ترنر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲). در این راستا برنامه درمانی آموزش مدیریت رفتار<sup>۱۴</sup> به عنوان یکی از رایج‌ترین و مؤثرترین شیوه‌های درمانگری است که اثربخشی آن بر جنبه‌های مختلف رفتار کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه و والدین‌شان توسط پژوهشگران تأیید شده است (بارکلی<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۷). ریشه‌های تاریخی آن به اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم برمی‌گردد. در آن زمان حرکت مطالعه کودک در اروپا به جریان افتاده بود و نیازهای کودکان و نقشی که والدین در پاسخ به آن نیازها ایفا می‌کردند مطالعه می‌شد.

در طول سال‌ها، این مسئله کشف شد که سبک کنترل والدین آثار مهمی در رشد همه‌جانبه و رفتار کودک از لحاظ زیستی-روانی و اجتماعی دارد. در رویکرد رفتاری فرض می‌شود که کودکان ADHD نقص یادگیری دارند و این رویکرد به وسیله اصلاح وابستگی‌های محیطی مثل اصلاح

رفتاری و برنامه مدیریت رفتاری به دنبال مداخله و درمان می‌باشد (توپلاک<sup>۱۶</sup>، و همکاران، ۲۰۰۸). یکی از روش‌های مبتنی بر آموزش رفتاری والدین، آموزش والدینی راسل بارکلی است که در سال ۱۹۹۷ تدوین شده است. این برنامه شامل دو قسمت است. اول این‌که در آن روش‌های مؤثرتری برای رفتار با کودک به والدین آموزش داده می‌شود. دوم استفاده از روش‌های تنبیهی را والدین یاد می‌گیرند.

از میان مداخلات مختلف که در باره اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه مطرح شده است، آموزش مدیریت کودک به دلیل آن‌که والدین را به مهارت‌هایی در کنترل رفتار کودک مسلط می‌سازد امکان‌پذیر است. این روش‌ها، مانند اشکال آسیب‌شناسی کودک، یکی از مهم‌ترین عناصر در درمان این اختلال، مشاوره و آموزش مدیریت کودک به والدین در مورد خاصیت، علل، سیر، پیش‌آگهی و درمان این اختلال است. در آموزش مدیریت، والدین و به ویژه مادران، می‌آموزند که چگونه رفتار کودک را اداره کنند و بر آن تأثیر بگذارند.

در این روش، تمام اصول رفتاری، مورد استفاده قرار می‌گیرد و بر برخی مؤلفه‌های آموزشی مانند یادگیری درباره اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه، تأکید بر رابطه والد-کودک، افزایش مهارت‌های ارتباطی و درک اصول اداره رفتار (افزایش مهارت‌های توجه کردن، تقویت رفتاری، استفاده از تقویت‌کننده‌ها، محروم‌سازی) تأکید می‌شود (پلهام<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). در ارزیابی مقایسه روش‌های روانی-اجتماعی برای کودکان دارای این اختلال، دریافتند که آموزش مدیریت رفتاری والدین به ویژه مادران، می‌تواند مفیدتر از روش‌های شناختی باشد و بر آموزش والدین و به ویژه مادران کودکان بیش‌فعالی-نارسایی توجه، هم به صورت گروهی و هم به صورت انفرادی تأکید شده است. آموزش تعامل سالم والدین-فرزند، می‌تواند نشانه‌های مشکل‌زا را کاهش دهد و گزارش شده است که این تعامل، مهم‌ترین متغیر در پیش‌بینی درمان موفق برای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه می‌باشد (گرنکو<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۷).

پژوهش‌ها اثربخشی این برنامه را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان نشان داده است و علاوه بر آن باعث افزایش مهارت والدین در توجه به رفتارهای کودک، بیان دستورات صحیح و واضح در به کارگیری تمرینات انضباطی شده است (کارن<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۲). پژوهش‌های بسیاری از اثربخشی آموزش والدین با رویکرد رفتاری، حمایت می‌کند. پژوهش (جعفری و همکاران، ۱۳۸۹)، با عنوان اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه، نشان داد برنامه فرزندپروری مثبت در ارتقاء سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال، مؤثر است.

در پژوهش فراتحلیلی (موگان<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۵)، نتایج ۷۲ پژوهش چاپ شده بین سال‌های ۲۰۰۱-۱۹۹۶ را بررسی کردند و دریافتند که آموزش والدین با رویکردهای رفتاری، در کاهش رفتارهای مخرب و افزایش توجه کودکان مؤثر بوده است.

مطالعه‌ای (ساندرز، ۲۰۰۵)، نشان داد که در اثر آموزش مدیریت رفتاری، افسردگی، اضطراب و استرس و تعارضات والدین در مورد تربیت کودک نیز کاهش یافته و سازگاری زناشویی نیز افزایش یافته است (گایلی، ۲۰۰۳)، این مطالعه به بررسی مقایسه اثربخشی آموزش کودک به تنهایی و آموزش کودک همراه با آموزش والدین بر میزان علائم بیش‌فعالی در کودکان به اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه پرداخته است. نتایج مطالعه نشان داد که هر دو روش درمانی باعث کاهش مشکلات رفتاری کودک، استرس والدین و مشکلات خانوادگی شده است.

با عنایت به نتایج مطالعات پیشین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شیوه‌های مدیریت رفتار گامی مؤثر در جهت ارتقای سلامت روانی والدین به ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلالات بیش‌فعالی - نارسایی توجه است و با توجه به این‌که تاکنون پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور بیشتر متمرکز بر تأثیر آموزش شیوه‌های مدیریت رفتار در کاهش مشکلات رفتاری کودکان بوده است و تعداد محدودی از مطالعات داخلی به طور مشخص، نقش آموزش والدین را به منظور ارتقای سلامت روان خانواده به ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه بررسی کرده‌اند؛ از این رو با توجه به نقش مهم سلامت روان مادران در تربیت فرزند و بهبود تعامل‌های خانواده، در این پژوهش محقق قصد دارد تأثیر آموزش شیوه‌های مدیریت رفتاری را بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه مورد ارزیابی قرار دهد.

با استناد به پژوهش‌های صورت گرفته مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه، مشکلات روحی متعددی را تجربه می‌کنند و باعث تخریب تعاملات والد-فرزند می‌شود. به طور کلی، مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که «آیا آموزش مدیریت رفتاری موجب ارتقای سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه می‌شود یا خیر؟»

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی از نوع گروه‌های نامعادل<sup>۲۱</sup> است، که از لحاظ ساختار مشابه طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در طرح‌های آزمایشی است؛ با این تفاوت که در طرح گروه‌های نامعادل، آزمودنی‌ها به گونه تصادفی از جامعه انتخاب نمی‌شوند (هومن، ۱۳۸۴). جامعه پژوهش حاضر شامل مادرانی با کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه بودند که از طریق بررسی پرونده‌های مشاوره‌ای سه سال اخیر، در هسته مشاوره آموزش و پرورش اصفهان که تشخیص کودکان اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه را، توسط روان‌شناسان و مشاوران آموزش و پرورش دریافت کرده بودند و از طریق نمونه‌گیری در دسترس، و با توجه به ملاک‌های ورود به

پژوهش (اجرای پرسش‌نامه (CSI-۴)<sup>۲۲</sup> روی مادران جهت غربال کردن اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه از سایر اختلالات با نقطه برش نمره ۶ و با استفاده از مصاحبه بالینی روان‌پزشک کودک و روان‌شناس بالینی جهت تشخیص‌گذاری اختلال، سطح سواد مادران در حد خواندن و نوشتن، استفاده از والدین کودکان با انواع اختلال بیش‌فعالی) و ملاک‌های خروج (شامل شرکت مادر در جلسات درمانی مشابه، وجود سابقه بیماری روانی در مادر، وجود اختلالات همزمان دیگر در کودک از قبیل عقب ماندگی ذهنی و اختلالات روان‌پریشی بر حسب پرونده کودک و تشخیص روان‌پزشک) نمونه‌ای مشتمل بر ۳۰ مادر کودکان بیش‌فعال به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (لیست انتظار) جایگزین شدند.

### ابزارهای پژوهش

**مقیاس علائم مرضی کودک:** مقیاس علائم مرضی کودک (CSI-۴) یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که توسط (اسپیرافکین<sup>۲۳</sup> و گادو<sup>۲۴</sup>، ۱۹۹۴؛ به نقل از نصر اصفهانی، ۱۳۸۸) به منظور غربال کردن اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان سنین ۵ تا ۱۲ سال طراحی شده است. نتایج تحقیقات مختلف بیانگر این است که مقیاس CSI-۴ به عنوان یک ابزار غربالگری در تشخیص اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال اضطراب مفراط، اختلال اضطراب جدایی، افسردگی، درخودماندگی و اسکیزوفرنیا مؤثر و سودمند است (زارعی، ۱۳۷۹).

در این مقیاس در اکثر پژوهش‌ها به دلیل کارآمدی و اطمینان بیشتر از روش نمره برش غربال‌کننده استفاده می‌شود. در این روش شیوه نمره‌گذاری با جمع زدن تعداد عباراتی که با گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده شده‌اند، به دست می‌آید. در نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به روش غربالگری لازم است در صورت پاسخ به عبارات با گزینه‌های هیچ‌گاه و به ندرت، نمره صفر و در صورت پاسخ به عبارات با گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات نمره یک داده می‌شود نمره خط برش برای تشخیص اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه ۶ می‌باشد. یعنی شش عبارت از ۱۰ تا ۱۸ را با گزینه‌های گاهی اوقات یا بیشتر اوقات پاسخ داده باشد (گادو و اسپیرمن، ۱۹۹۴؛ به نقل از جوکار، ۱۳۸۸).

در زمینه روایی مقیاس علائم مرضی کودکان نیز باید گفت عبارات این مقیاس، بر اساس ملاک‌های DSM-IV تهیه شده است که روایی این ملاک‌ها توسط متخصصان انجمن روان‌پزشکی آمریکا تعیین شده است. در یکی دیگر از مطالعاتی که توسط اسپیرافکین و گادو، (۱۹۹۷)، به نقل از محمد اسماعیل، (۱۳۸۰) انجام گرفت، اعتبار مقیاس علائم مرضی کودک به روش اجرای مجدد تست با فاصله زمانی ۶ هفته روی ۷۵ پسر سنین ۶ تا ۱۰ سال مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها و همبستگی‌های به دست آمده از دو بار اجرای مقیاس علائم مرضی کودک هم در مورد نمره‌های شدت و هم غربال‌کننده برای ۱۲ اختلال مقیاس علائم مرضی کودک به ترتیب به شکل زیر گزارش شد: نوع نارسایی توجه ADHD ( $r=0/77$  و  $r=0/67$ )، نوع تکانشی - بیش‌فعال ( $r=0/82$  و  $r=0/72$ )، نوع مرکب ADHD ( $r=0/78$  و  $r=0/66$ )، اختلال لجبازی - نافرمانی ( $r=0/75$  و  $r=0/70$ )، اختلال اضطراب فراگیر ( $r=0/65$  و  $r=0/64$ )، اختلال افسردگی اساسی ( $r=0/56$  و  $r=0/43$ )، اختلال ایتستیک ( $r=0/74$  و  $r=0/71$ )، هراس اجتماعی ( $r=0/65$  و  $r=0/62$ ) و اختلال اضطراب اجتماعی ( $r=0/72$  و  $r=0/5$ ).

**پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ)<sup>۲۵</sup>:** متن اصلی این پرسش‌نامه توسط، گلدبرگ<sup>۲۶</sup>، ۱۹۷۲؛ (به‌نقل از نصر اصفهانی، ۱۳۸۸). برای غربالگری اختلالات روان‌شناختی در مراکز درمانی و سایر جوامع طراحی شده است. فرم اصلی این پرسش‌نامه شامل ۶۰ سوال می‌باشد. متن پرسش‌ها شامل وضعیت کسالت و ناراحتی‌ها به طور کلی سلامت عمومی فرد با تأکید بر مسائل روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی در زمان حال است. از این طریق علائم مرضی و حالت‌های تندرستی فرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در تمامی سؤال‌ها فرد باید گزینه‌هایی را که با اوضاع و احوال او بیشتر مطابقت دارد مشخص نماید. پاسخ فرد به هر یک از پرسش‌ها در یک طیف چهار درجه‌ای «به هیچ وجه، در حد معمول، بیش از حد معمول، بسیار بیش از حد معمول» است. در همه گزینه‌ها درجه‌های پایین نشان‌دهنده سلامتی و درجه‌های بالا حاکی از عدم سلامتی و وجود ناراحتی در فرد است.

فرم ۲۸ ماده‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی که در این پژوهش از آن استفاده شده است، توسط (گلدبرگ و هیلر<sup>۲۷</sup>، ۱۹۷۹؛ به‌نقل از نصر اصفهانی، ۱۳۸۸)، تدوین یافته و سؤال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده‌ای اولیه استخراج گردیده است. این پرسش‌نامه همانند فرم اولیه مشتمل بر چهار مقیاس فرعی است، اما هر یک از آن‌ها دارای هفت پرسش است. نمره‌گذاری این آزمون در طیف لیکرت انجام می‌گیرد که به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) می‌باشد، یعنی گزینه (الف) نمره صفر، گزینه (ب) نمره یک، گزینه (ج) نمره دو، گزینه (د) نمره سه می‌گیرد. حداکثر نمره آزمون در این روش برابر با ۸۴ خواهد شد. پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی، در تمام ترجمه‌های فرهنگ‌های مختلف تأیید شده است. برای مثال گلدبرگ و ویلیامز<sup>۲۸</sup>، (۱۹۹۸)، اعتبار

تصنیفی برای این پرسش‌نامه را، که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند. چان<sup>۲۹</sup>، (۱۹۸۵)، پس از اجرای پرسش‌نامه روی ۷۲ نفر از دانشجویان در هنگ‌کنگ ثبات درونی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه کرد. هم‌چنین هومن، (۱۳۷۵) در هنجاریابی پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی، هماهنگی درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های فرعی علائم جسمانی، علائم اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کنش

اجتماعی و علائم افسردگی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۹۱ گزارش نموده و برای کل مقیاس که نشان‌دهنده سلامت عمومی است، برابر با ۰/۸۵ برآورد کرده است.

ضرایب همبستگی بین خرده‌آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. اخیراً اعتبار و روایی این مقیاس در ایران مورد بررسی قرار گرفته است که نمونه‌ای متشکل از ۴۱۵ نفر از کارکنان بیمارستان‌های کرمان پرسش‌نامه سلامت عمومی را تکمیل کردند. یافته‌ها نشان داد که برای تمامی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۴ هستند. این یافته‌ها از همسانی درونی مناسب خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه حکایت دارند. (نشانه‌های جسمانی ۰/۸۶۵، اضطراب ۰/۸۸۳، کارکرد اجتماعی ۰/۷۴۶ و افسردگی ۰/۸۹۷). همچنین به منظور انجام تحلیل عاملی از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با یک راه‌حل ۴ عاملی و چرخش واریماکس استفاده شد. شاخص KMO مساوی با ۰/۸۶۹ بود و این چهار عامل ۰/۶۰ از واریانس کلی را تبیین کرد (نظیفی، ۱۳۹۲).

### روش اجرا

پس از غربال کلیه مادران دعوت شده و تقسیم آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل (لیست انتظار) و اجرای پیش‌آزمون روی هر دو گروه با استفاده از آزمون سلامت عمومی، جلسات درمانی طی ۹ جلسه ۲ ساعته به تناوب هر هفته یک جلسه روی گروه آزمایش اجرا گردید. ولی گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی را دریافت نکردند. گروه کنترل از نظر سن مادران، ترتیب تولد و پایه‌های تحصیلی با گروه آزمایش همگن شدند. میانگین سنی مادران گروه آزمایش ۳۳/۰۳ سال و میانگین سنی مادران گروه کنترل ۳۴/۱ سال می‌باشد.

در پایان جلسات نیز پس‌آزمون روی هر دو گروه کنترل و آزمایش اجرا شد. آزمون پیگیری نیز ۳ ماه بعد از اتمام جلسات روی تمامی این ۳۰ نفر انجام شد. به عبارت دیگر آزمون سلامت عمومی سه بار روی مادران به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شده است.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به این که در این تحقیق یک متغیر درون‌آزمودنی (دوره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) و یک متغیر بین‌گروهی (گروه آزمایش و کنترل) وجود داشت از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (آنالیز واریانس مختلط) و جهت بررسی دقیق میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر گروه از آزمون تعقیبی بنفرضی استفاده شد.



جدول ۱: شیوه اجرای پژوهش

گروه	حجم نمونه	پیش‌آزمون	اعمال متغیر مستقل (آموزش مدیریت رفتاری والدین)	پس‌آزمون	پیگیری
آزمایش	۱۵	T <sup>۱</sup>	X	T <sup>۲</sup>	T <sup>۳</sup>
کنترل	۱۵	T <sup>۱</sup>	-	T <sup>۲</sup>	T <sup>۳</sup>

عناوین و خلاصه‌ای از محتوای جلسات به شرح زیر می‌باشد. در این جلسه‌ها از برنامه آموزش والدین بارکلی (۱۹۹۷) استفاده شده است.

**جلسه اول:** در اولین جلسه پس از آشنایی با والدین فلسفه این جلسات و دلیل برگزاری این آموزش‌ها بیان گردید. در این جلسه به منظور آشنا شدن والدین با نوع اختلال کودک‌شان اقدام به ارائه اطلاعاتی در خصوص نشانه‌های مهم، و ملاک‌های تشخیص‌گذاری شد.

**جلسه دوم:** جلسه دوم یک هفته بعد برگزار گردید. در این جلسه به شناخت بیشتر والدین از ارتباط خود با کودک و اصول کنترل رفتار پرداخته شد و منطق آموزش والدین به آنان بیان شد و همچنین شیوه‌های تأثیرگذاری و تأثیرپذیری والدین و کودک به یکدیگر توضیح داده می‌شود.

**جلسه سوم:** در این جلسه روش‌های افزایش توجه والدین به رفتارهای مثبت کودک آموزش داده شد که با آموزش تکنیک زمان مخصوص بازی انجام شد. استفاده والدین از تقویت‌کننده‌های اجتماعی مورد تأکید قرار گرفت و استفاده از تعاملات و ارتباطات تقویت‌کننده و مثبت تشویق شد.

**جلسه چهارم:** در این جلسه تکنیک‌های رفتار درمانی در خارج از محدوده زمان مخصوص بازی به کار گرفته شدند. والدین روش‌های ترغیب کودک به انجام رفتارهای مثبت، ارائه دستورات مناسب را فرا گرفتند. در حقیقت به آنان یاد داده شد تا رفتارهای مطلوب فرزندشان را در شرایط خارج از زمان بازی زیر نظر داشته و به طور مثبت تشویق نمایند و رفتارهای نامناسب آنان را مورد اغماض قرار دهند.

**جلسه پنجم:** در این جلسه نحوه به کارگیری سیستم پاداش از طریق امتیازات و ژتون‌ها در منزل آموزش داده شد. از والدین خواسته شد تا لیست روزانه یا هفتگی از امتیازات و پاداش‌هایی که کودک دوست دارد (منوی تقویت) و فهرستی از کارهایی که کودک به طور روزانه یا هفتگی باید انجام دهد را تهیه کنند.

**جلسه ششم:** در اول این جلسه از والدین بازخورد گرفته شد و به طور کلی آن‌ها از حضور در این کلاس‌ها احساس رضایت می‌کردند. همچنین اظهار می‌کردند که رابطه آنان با فرزندشان و بقیه اعضای خانواده بهتر شده است. هدف از این جلسه همراه کردن اصول تنبیه با روش‌های تقویت مثبت بود. انواع روش‌های تنبیه شامل بی‌توجهی به رفتار هدف، جریمه (حذف ژتون‌ها و امتیازات) و جبران رفتار منفی، آموزش داده شد.

**جلسه هفتم:** در این جلسه به مادران آموزش‌هایی برای گسترش روش محروم کردن به سایر رفتارها داده شد و مادران تمرینات توسعه را در روش استفاده از محروم‌سازی برای سرپیچی‌های کودک از مقررات منزل و غیره انجام دادند. به مادران گفته شد می‌توانند تکنیک‌های جلسه قبلی را به سایر کودکان خانه هم تعمیم بدهند. انجام تکالیف از مشکلات جدی والدین با کودکان ADHD است.

**جلسه هشتم:** در این جلسه به مادران آموزش داده شد تا از این اصول در کنترل رفتارهای ناسازگار و ناپسند در انظار عمومی استفاده کنند، مثلاً در مغازه، رستوران و مسجد و... مادران آموزش دیدند تا مشکلات را پیش‌بینی نموده و طرح‌هایی برای استفاده از تقویت اجتماعی، ژتون‌ها، جریمه و محروم‌سازی در موقعیت‌های عمومی آماده کنند.

**جلسه نهم:** در این جلسه کنترل بدرفتاری‌های آتی کودک، روش‌هایی برای همکاری با کارکنان مدرسه و روش‌های مقابله مشکلات همراه با ADHD مثل شب ادراری، عدم کنترل مدفوع مورد بحث قرار گرفت.

برنامه آموزش مادران بسیار انعطاف‌پذیر بوده و در پایان هر جلسه به والدین جزواتی که دربرگیرنده نکات مهم بود ارائه شد. در شروع هر جلسه تکالیف خانگی مرور شده و مشکلات موجود در استفاده از راهبردهای رفتاری مورد بحث قرار گرفت. در پایان جلسه نهم آزمون سلامت عمومی از گروه آزمایش به عمل آمد. آزمون گروه کنترل نیز یک روز بعد از پایان جلسات از آن‌ها گرفته شد. آزمون پیگیری از دو گروه نیز سه ماه بعد از اتمام جلسات آموزشی در یک جلسه مشترک از آن‌ها گرفته شد.

### یافته‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در تمامی خرده‌مقیاس‌های آزمون در گروه آزمایش، میانگین‌های نمرات سلامت عمومی مادران در موقعیت پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است ولی در مورد گروه کنترل چنین تغییری مشاهده نمی‌شود.

معناداری تفاوت گروه‌ها با توجه به نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به وسیله آزمون اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت.

قبل از تجزیه و تحلیل آماری به وسیله آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر، پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد.

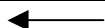
جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت عمومی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پی گیری
علائم جسمانی	آزمایش	۷/۳۳±(۱/۷۱)	۴/۸۶±(۱/۱۲)	۴/۷۳±(۱/۲۲)
	کنترل	۷±(۱/۸۱)	۶/۹۳±(۱/۴۹)	۶/۴۷±(۱/۶۸)
اضطراب	آزمایش	۸/۶۰±(۱/۴۰)	۵/۵۳±(۱/۲۴)	۵/۳۳±(۱/۵۴)
	کنترل	۸/۸۷±(۱/۴۶)	۸/۸۴±(۱/۳۵)	۸/۷۳±(۱/۷۵)
کارکرد اجتماعی	آزمایش	۷±(۱/۵۱)	۴/۵۶±(۱/۴۴)	۴/۶۶±(۱/۴۴)
	کنترل	۶/۷۳±(۱/۴۹)	۶/۶۰±(۱/۶۸)	۶/۶۷±(۱/۴۹)
افسردگی	آزمایش	۸/۳۳±(۱/۴۹)	۴/۵۳±(۱/۵۰)	۴/۷۳±(۱/۷۱)
	کنترل	۸±(۱/۲۵)	۷/۸۰±(۱/۴۶)	۷/۷۱±(۱/۶۰)
سلامت عمومی (کل)	آزمایش	۳۱/۲۷±(۳/۳۵)	۱۹/۶۰±(۲/۸۹)	۱۹/۴۶±(۲/۶۹)
	کنترل	۳۰/۶۰±(۲/۸۷)	۳۰/۴۰±(۲/۵۸)	۲۹/۸۷±(۲/۹۰)

نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که ماتریس واریانس- کواریانس گروه‌ها همگن است (علائم جسمانی:  $W$  موچلی  $۰/۸۰$  و  $X^2=۵/۹۸$  و  $df=۲$ ، اضطراب:  $W$  موچلی  $۰/۹۸$  و  $X^2=۰/۳۳$  و  $df=۲$ ، کارکرد اجتماعی:  $W$  موچلی  $۰/۷۳$  و  $X^2=۸/۳۲$  و  $df=۲$ ، افسردگی:  $W$  موچلی  $۰/۳۵$  و  $X^2=۳/۱۸$  و  $df=۲$  و سلامت کل:  $W$  موچلی  $۰/۸۴$  و  $X^2=۴/۶۱$  و  $df=۲$ ). هم‌چنین بر اساس نتایج آزمون باکس برای نمرات سلامت عمومی و تمامی خرده‌مقیاس‌های آن معنادار نبود ( $P>۰/۰۵$ ) و بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای نمرات سلامت عمومی و خرده‌آزمون‌های آن، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شد ( $P>۰/۰۵$ ). جدول ۳ نشان‌دهنده نتایج تحلیل واریانس اثرات اصلی و تعامل بین آن‌ها است.

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در مادران کودکان بیش‌فعال در دو گروه

متغیر	منبع	ss	Df	Ms	F	اندازه اثر	توان آماری
علائم جسمانی	گروه	۳۰/۰۴	۱	۳۰/۰۴	۴/۹۲*	۰/۱۵	۰/۷۵
	خطا	۱۷۰/۸۴	۲۸	۶/۱۰			
	زمان	۴۱/۹۰	۲	۲۰/۴۷	۴۴/۹۹*	۰/۶۱	۱
	خطا	۲۵/۸۲	۵۶	۰/۴۶۱			
اضطراب	تعامل گروه با زمان	۲۵/۳۵	۲	۱۲/۶۷	۲۷/۴۹*	۰/۴۹	۱
	گروه	۱۲۲/۵۰	۱	۱۲۲/۵۰	۲۲/۳۹*	۰/۴۴	۰/۹۹۵
	خطا	۱۵۳/۱۶	۲۸	۵/۴۷			
	زمان	۵۲/۶۹	۲	۲۶/۳۴	۵۲/۸۵*	۰/۶۵	۱
اضطراب	خطا	۲۷/۹۱	۵۶	۰/۴۹۸			
	تعامل گروه با زمان	۴۸/۰۶	۲	۲۴/۰۳	۴۸/۲۲*	۰/۶۳	۱
	گروه	۳۳/۶۱	۱	۳۳/۶۱	۵/۹۹	۰/۱۸	۰/۷۵
	خطا	۳۳/۶۱	۱	۳۳/۶۱			



ادامه جدول ۳

			۵/۶۱	۲۸	۱۵۷/۱۱	خطا	کارکرد اجتماعی
۱	۰/۴۵	۲۳/۴۱*	۱۴/۸۱	۲	۲۹/۶۲	زمان	
			۰/۶۳	۵۶	۳۵/۴۲	خطا	
۱	۰/۴۱	۱۹/۷۳*	۱۲/۴۸	۲	۲۴/۹۶	تعامل گروه با زمان	افسردگی
۰/۹۸۱	۰/۳۹	۱۷/۵۷*	۱۰۲/۴۰	۱	۱۰۲/۴۰	گروه	
			۵/۸۳	۲۸	۱۶۳/۲۰	خطا	
۱	۰/۷۰	۶۶/۶۹*	۳۴/۳۰	۲	۶۸/۶۰	زمان	سلامت عمومی (کل)
			۰/۵۱۴	۵۶	۲۸/۸۰	خطا	
۱	۰/۷۰	۶۶/۶۹*	۳۴/۳۰	۲	۶۸/۶۰	تعامل گروه با زمان	
۱	۰/۶۴	۴۹/۷۷*	۱۰۵۴/۰۴	۱	۱۰۵۴/۰۴	گروه	سلامت عمومی (کل)
			۲۱/۱۸	۲۸	۵۹۳/۰۲	خطا	
۱	۰/۸۷	۱۸۹/۵۵*	۳۷۲/۹۳	۲	۷۴۵/۸۶	زمان	
			۱/۹۷	۰/۵۶	۱۱۰/۱۸	خطا	
۱	۰/۸۵	۱۶۱/۴۵*	۳۱۷/۶۴	۲	۶۳۵/۲۹	تعامل گروه با زمان	

\* $P < 0.05$ 

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌کنید تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی معنادار است. این در حالی است که تعامل اثر گروه و زمان نیز معنادار است ( $F=161/45$  و  $df=2$ ). میزان تأثیر عمل آزمایشی در رابطه با تعامل گروه و زمان  $0/85$  است و توان آماری آن ۱ است که حکایت از کفایت حجم نمونه‌گیری دارد. با توجه به یافته‌های فوق فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌شود.

فرضیه فرعی اول: آموزش شیوه‌های مدیریت رفتاری باعث کاهش علائم جسمانی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه می‌شود. نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی معنادار است. هم‌چنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است ( $F=27/49$  و  $df=2$ ) که میزان تأثیر تعاملی آن  $0/49$  است. در نتیجه فرضیه فرعی اول نیز تأیید می‌شود.

فرضیه فرعی دوم: آموزش شیوه‌های مدیریت رفتاری باعث کاهش میزان اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه می‌شود. نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی معنادار است. هم‌چنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است ( $F=48/22$  و  $df=2$ ) که میزان تأثیر آن  $0/63$  است. در نتیجه فرضیه فرعی دوم نیز تأیید می‌شود.

فرضیه فرعی سوم: آموزش شیوه‌های مدیریت رفتاری باعث افزایش کارکرد اجتماعی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه می‌شود.

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) معنادار است و برای عامل بین گروهی معنادار نیست. این نتایج به معنی آن است که بدون در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان به تنهایی معنادار است هم‌چنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است ( $F=۱۹/۷۳$  و  $df=۲$ ). که میزان تأثیر آن ۰/۴۱ است. در نتیجه فرضیه فرعی سوم نیز تأیید می‌شود.

فرضیه فرعی چهارم: آموزش شیوه‌های مدیریت رفتاری باعث کاهش میزان افسردگی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه می‌شود.

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) و بین گروهی معنادار است. هم‌چنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است ( $F=۶۶/۶۹$  و  $df=۲$ ) که میزان تأثیر آن ۰/۷۰ است، در نتیجه فرضیه فرعی چهارم نیز تأیید می‌شود.

جدول ۴: بررسی اثرات ساده در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	دوره	اختلاف میانگین‌های هر دوره	
			پس‌آزمون	پی‌گیری
سلامت عمومی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۱/۶*	۱۱/۸۱*
		پس‌آزمون	-	۰/۱۳
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۳۰	۰/۷۳
		پس‌آزمون	-	۰/۵۳
علائم جسمانی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۲/۴۶*	۲/۶۰*
		پس‌آزمون	-	۰/۱۳
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۰۷	۰/۵۳
		پس‌آزمون	-	۰/۴۶
اضطراب	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۳/۰۷*	۳/۲۷*
		پس‌آزمون	-	۰/۲۰
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۰۳	۰/۱۴
		پس‌آزمون	-	۰/۱۱
کارکرد اجتماعی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۲/۴۴*	۲/۳۴*
		پس‌آزمون	-	۰/۱
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۱۳	۰/۰۷
		پس‌آزمون	-	-۰/۰۷
افسردگی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۳/۸*	۳/۶۰*
		پس‌آزمون	-	-۰/۳۰
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۳۰	۰/۲۹
		پس‌آزمون	-	۰/۰۹

در مقیاس نمرات سلامت عمومی، نتایج نشان می‌دهد که در مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تغییرات معنادار است، یعنی کاهش میانگین نمرات سلامت عمومی در

گروه آزمایش (پیش‌آزمون=۳۱/۲۷ و پس‌آزمون=۱۹/۶۰) معنادار است و در مقابل تغییر نمرات در گروه کنترل (پیش‌آزمون=۳۰/۶۰ و پس‌آزمون=۳۰/۴۰) معنادار نیست و می‌توان این کاهش معنادار را به متغیر مستقل (آموزش مدیریت رفتاری مادران) مربوط دانست.

عدم معناداری تفاوت‌های مشاهده شده در گروه پیگیری (آزمایش=۱۹/۴۶ و کنترل=۲۹/۸۷) بدین معناست که کاهش نمرات سلامت عمومی در گروه آزمایش در طول زمان باقی مانده است، که کاهش نمرات سلامت عمومی بیانگر افزایش سطح سلامت عمومی آن‌هاست.

در زیرمقیاس علائم جسمانی کاهش میانگین نمرات در گروه آزمایش (پیش‌آزمون=۷/۳۳ و پس‌آزمون=۴/۸۶) در مقابل تغییر گروه کنترل (پیش‌آزمون=۷ و پس‌آزمون=۶/۹۳) معنادار است که ناشی از تأثیر آموزش به مادران می‌باشد. مقایسه نمرات پیگیری (آزمایش=۴/۷۳ و کنترل=۶/۴۷) و پس‌آزمون نشان داد که این تغییرات معنادار نیستند و این بدان معناست که تغییرات گروه آزمایش در طول زمان تداوم داشته است.

در مورد اضطراب نیز توجه به تغییرات گروه آزمایش (پیش‌آزمون=۸/۶۰ و پس‌آزمون=۵/۵۳) در مقابل تغییرات گروه کنترل (پیش‌آزمون=۸/۸۷ و پس‌آزمون=۸/۸۴) نشان‌دهنده این موضوع است که کاهش نمرات اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل ناشی از اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری به مادران است. عدم تفاوت معنادار در مقایسه نمرات پیگیری (آزمایش=۵/۳۳ و کنترل=۸/۷۳) در مقابل پس‌آزمون نشان‌دهنده ثبات تغییرات در طول زمان است.

در زیرمقیاس‌های کارکرد اجتماعی کاهش میانگین نمرات در گروه آزمایش (پیش‌آزمون=۷ و پس‌آزمون=۴/۵۶) در مقابل تغییر گروه کنترل (پیش‌آزمون=۶/۷۳ و پس‌آزمون=۶/۶۰) معنادار است که ناشی از تأثیر آموزش به مادران می‌باشد. مقایسه نمرات پیگیری (آزمایش=۴/۶۶ و کنترل=۶/۶۷) و پس‌آزمون نشان داد که این تغییرات معنادار نیستند و این بدان معناست که تغییرات گروه آزمایش در طول زمان تداوم داشته است.

نهایتاً در مورد افسردگی نیز توجه به تغییرات گروه آزمایش (پیش‌آزمون=۸/۳۳ و پس‌آزمون=۴/۵۳) در مقابل تغییرات گروه کنترل (پیش‌آزمون=۸ و پس‌آزمون=۷/۸) نشان‌دهنده این موضوع است که کاهش نمرات اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل ناشی از اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری به مادران است. عدم تفاوت معنادار در مقایسه نمرات پیگیری (آزمایش=۴/۷۳ و کنترل=۷/۷۱) در مقابل پس‌آزمون نشان‌دهنده ثبات تغییرات در طول زمان است.

### بحث و نتیجه‌گیری

مادران کودکان مبتلا به بیش‌فعالی- نارسایی توجه با چالش‌های بسیاری روبه‌رو می‌باشند، که آن‌ها را در معرض انواع اختلالات روانی قرار می‌دهد. مشارکت والدین در برنامه‌های درمانی می‌تواند

این آشفستگی‌ها را کاهش دهد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش مدیریت رفتاری بر سلامت روانی مادران کودکان بیش‌فعال - نارسایی توجه انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه آموزش مدیریت رفتاری موجب افزایش معناداری سلامت روانی مادران شرکت‌کننده در این برنامه نسبت به گروه کنترل شد. نتایج این پژوهش مؤید پژوهش‌های پیشین است (کازین<sup>۳۰</sup>، ۲۰۰۵؛ بری<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۱؛ چافین<sup>۳۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ ساندرز، ۲۰۰۵). برای مثال پژوهش آناستو پولوس<sup>۳۳</sup> و همکاران، (۱۹۹۳)، درباره آموزش مدیریت رفتاری به صورت انفرادی برای مادران بیش‌فعال نشان داد که این آموزش‌ها مؤثر بوده است.

نتایج این پژوهش بهبود در حوزه‌های عملکرد خانواده، حل مشکلات، افزایش اعتماد به نفس والدین، کاهش سطوح استرس و افسردگی در والدین، بهبود رابطه با یکدیگر و با کودک را نشان می‌دهد. همچنین پژوهش مایر<sup>۳۴</sup>، (۲۰۰۶؛ نقل از عظیمی، ۱۳۸۷)، نشان داد که آموزش والدین این کودکان منجر به افزایش سطوح مهارت والدین، روش‌های انضباط مثبت و کاهش قابل ملاحظه مشکلات اجتماعی کودکان شده است. به نظر مایر علاوه بر کاهش نزاع بین والدین، بهبود مفرط شایستگی و کاهش اضطراب و افسردگی والدین را می‌توان جزئی از اثرات آموزش والدین برشمرد. هم‌سو با نتایج این مطالعه کوهن<sup>۳۵</sup> و کارتر<sup>۳۶</sup>، (۲۰۰۶)، نشان دادند که آموزش فرزندپروری مثبت و ارائه شیوه‌های مدیریت رفتار به مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه موجب کاهش اضطراب، افسردگی، استرس والدگری، افزایش عزت نفس و احساس مثبت مادران نسبت به نقش خود می‌شود. درهمین راستا مطالعه شکتمن<sup>۳۷</sup> و همکاران، (۲۰۰۵)، روی والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری و ناتوانی یادگیری نشان داد که آموزش مدیریت رفتاری به والدین به طور معناداری استرس و اضطراب والدین را کاهش می‌دهد.

پایه نظری آموزش مدیریت رفتاری از نظریه رفتاری منتج شده و تا یادگیری اجتماعی، اصول شناختی - رفتاری و نظریه‌های رابطه‌ای مثل دلبستگی و سیستم‌های خانواده (ویستر - استراتون، ۱۹۹۹؛ به نقل از هالند<sup>۳۸</sup>، ۲۰۰۴)، گسترده شده است. در نظریه رفتاری در یادگیری اجتماعی فرض بر این است که مشکلات کودک در رابطه با دیگران به خصوص والدین شکل گرفته و تداوم می‌یابد، بنابراین برای ایجاد تغییر نیز باید به تصحیح رفتاری این اشخاص پرداخت. همچنین گروهی بودن این جلسات با ایجاد حس همدردی و انتقال تجرب در افزایش سلامت عمومی مادران مؤثر بوده است. در مورد اهمیت گروه، لواک<sup>۳۹</sup> و همکاران (۲۰۰۸)، معتقدند که گروه نه تنها راهبردهای رفتاری را در اختیار والدین قرار می‌دهد، بلکه مهم‌تر از آن فضایی حمایتگر و همکارانه به وجود می‌آورد که والدین می‌توانند در آن به ابراز خود بپردازند و در نتیجه مشارکت بیشتر و تلاش افزون‌تری برای تغییر خود نشان دهند. افزایش و مهارت‌های مادران با شرکت در این برنامه آموزشی

باعث می‌شود که والدین درک درستی از ماهیت بیش‌فعالی - نارسایی توجه کودک پیدا کنند، نحوه کنترل و مهارت‌های چالش‌برانگیز کودکان را یاد بگیرند و نگرش مثبت‌تری درباره روند پیشرفت کودکان داشته باشند و در نهایت سطح سلامت عمومی خود را ارتقا بخشند.

در ارتباط با کاهش علائم جسمانی مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل باید به این نکته اشاره کرد که بسیاری از مشکلات جسمانی مادران کودکان مبتلا به اختلال، ناشی از تنیدگی والدین و عدم آگاهی از ماهیت اختلال و شیوه رفتار با کودک است. نتایج پژوهش (لازاروس<sup>۴۰</sup>، ۲۰۰۰؛ به نقل از طهماسیان، ۱۳۹۱)، نشان داد که مداخله آموزشی می‌تواند با تصحیح بازخوردها و ادراک‌هایی که مادران نسبت به رفتارهای دشوار فرزندشان داشته‌اند، به افزایش توانایی مقابله در رویارویی با وظایف مادرگری منجر شود و کاهش تنیدگی و علائم جسمانی در مادران را همراه داشته باشد.

در تبیین چگونگی اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری مادران در کاهش افسردگی و اضطراب آن‌ها، لازم است این واقعیت را در نظر داشته باشیم که مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه از احساس تنهایی (که یکی از عناصر افسردگی است) و عدم کنترل روی موقعیت (که از نشانه‌های اصلی اضطراب است) رنج می‌برند (استورا<sup>۴۱</sup>، ۱۹۹۸). حضور در کارگاه آموزشی مدیریت رفتاری، باعث ایجاد همدلی جمعی در مادران شده، به آن‌ها کمک می‌کند تا متوجه شوند این مشکل مختص آن‌ها نیست؛ در نتیجه احساس تنهایی کاذب در آن‌ها کمتر می‌شود.

نتایج پژوهش، (ساندرز، ۲۰۰۵)، نشان داد که برنامه آموزش والدین در کاهش اضطراب و افسردگی آن‌ها مؤثر است. در زمینه اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری بر افزایش عملکرد اجتماعی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه باید به این نکته اشاره کرد که توضیح در مورد ماهیت و علت اختلال می‌تواند شناخت‌های نادرست والدین را چه در مورد خودشان و چه در مورد کودکان‌شان اصلاح نماید و احساس گناه به خاطر مقصر بودن و احساس خشم، به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش دهد که این امر این نتیجه را دربر خواهد داشت که کاهش احساسات منفی در والدین و متعاقب آن ایجاد روابط بهتر با کودک، عملکرد رفتاری این کودکان و والدین آن‌ها را افزایش می‌دهد. همچنین آن‌ها با سیستم اقتصاد پنهانی، جریمه کردن و محروم‌سازی آشنا شدند که باعث افزایش خودکارآمدی و توانایی تصمیم‌گیری در زندگی و به‌طور کلی باعث بهبود کارکرد اجتماعی آن‌ها شده است.

با جمع‌بندی مطالب بالا می‌توان گفت که برنامه آموزش مدیریت رفتاری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل باعث افزایش معناداری سطح سلامت عمومی مادران کودکان بیش‌فعال - نارسایی توجه شده است. به نظر می‌رسد علت این تغییر معنادار را بتوان در برنامه آموزشی این مادران تبیین کرد. آشنا کردن والدین با خصوصیات این کودکان، نحوه برقراری ارتباط صحیح با آن‌ها، افزایش توجه به رفتارهای مثبت کودک و به کارگیری سیستم ژتونی برای تغییر رفتار، در تأیید این مطلب فزاینده



(کامینسکی<sup>۴۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸)، از ۷۷ برنامه آموزشی نشان می‌دهد برنامه‌هایی که بر مهارت‌های خاص مدیریت رفتار کودک استوار است (شامل توجه، تقویت مثبت، نادیده گرفتن)، تأثیر بیشتری بر رفتار والدین دارند و سلامت عمومی آن‌ها را ارتقا می‌بخشد.

در نهایت می‌توان اظهار داشت که آموزش به مادران، به آن‌ها و در نتیجه کودکان آن‌ها کمک می‌کند تا چرخه معیوب تعامل شکسته شود و الگوهای تعاملی و تقابلی حمایت‌کننده و مثبت به وجود آید؛ چنان‌چه پیش‌تر نیز اشاره شد، در بسیاری از موارد، تغییر رفتار مادران وقت و هزینه کمتری را می‌طلبد و حتی گاهی باید تغییر را از آن‌ها شروع کرد، به ویژه اگر مشکلات ارتباطی بر خانواده سایه افکنده باشد یا خود مادران از اختلال روان‌شناختی رنج ببرند. از آنجایی که آموزش مادران به بهبود رفتار آن‌ها منجر می‌شود و به دنبال آن رفتار کودک نیز تغییر می‌کند و رفتارهای تخریبی مادران و کودکان بیش‌فعال کاهش می‌یابد، این آموزش‌ها به کاهش بیش‌فعالی می‌انجامد. محدودیت این پژوهش، در دسترس بودن گروه مورد مطالعه و محدود بودن تعداد آزمودنی‌ها بود که به پژوهشگران بعدی، پیشنهاد می‌شود که در آینده، بررسی‌های گسترده‌تری در چندین مرکز با نمونه بزرگ‌تری انجام شود.

#### پی‌نوشت‌ها

- |  |   |
|--|---|
| 1. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) | 22. Child Symptom scale (CSI-4)           |
| 2. Fabiano   | 23. Sprafkin                              |
| 3. Mash  | 24. Gadow                                 |
| 4. Johnston  | 25. General Health Questionnaire (GHQ-28) |
| 5. Coghill   | 26. Goldberg                              |
| 6. Mcburnett                                       | 27. Hiller                                |
| 7. Pfiffner  | 28. Williams                              |
| 8. Rabiner   | 29. Chan                                  |
| 9. Long  | 30. Kazdin                                |
| 10. Forehand                                       | 31. Barry                                 |
| 11. Sanders  | 32. Chaffin                               |
| 12. Morawsk  | 33. Anastopoulos                          |
| 13. Turner   | 34. Mayer                                 |
| 14. Behavioral management training                 | 35. Kuhn                                  |
| 15. Barkley  | 36. Carter                                |
| 16. Toplak   | 37. Shechtman                             |
| 17. Pelham   | 38. Holand                                |
| 18. Grizenko                                       | 39. Levac                                 |
| 19. Karen  | 40. Lazarus                               |
| 20. Mougan   | 41. Stura                                 |
| 21. Non-equivalent group                           | 42. Kaminski                              |

## منابع

- استورا، الف. (۱۳۷۷). *تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن*، (ترجمه پ، دادستان)، تهران: انتشارات رشد.
- اسماعیلی نسب، م.، علیزاده، ح.، احدی، ح.، و دلاور، ع. (۱۳۸۹). *مقایسه اثربخشی دو روش آموزش والدین با رویکرد آدلری و رفتاری بر کاهش شدت نشانه‌های اختلال سلوک در کودکان*. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۰ (۳)، ۳۹-۵۴.
- جعفری، ب.، موسوی، ر.، فتحی‌آشتیانی، ع.، و خوشابی، ک. (۱۳۸۹). *اثربخشی بر نامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی*، کمبود توجه. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۶ (۲۴)، ۵۱۰-۴۷۹.
- جوکار، س. (۱۳۸۸). *مقایسه اثربخشی برنامه آموزش توجه و برنامه ترکیبی آموزش والدین بر کاهش علائم کمبود توجه و بیش‌فعالی در کودکان پیش دبستانی در معرض خطر ابتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی شهر اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان.
- روشن‌بین، م.، پور اعتمادی، ح.، و خوشابی، ک. (۱۳۸۶). *تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس کودکان مادران ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه*. *فصلنامه خانواده‌پژوهی* ۳ (۱)، ۵۷۲-۵۶۰.
- زارعی، م. (۱۳۷۹). *بررسی تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی بر میزان علائم بیش‌فعالی کودکان دارای علائم اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- شکوهی یکتا، و زمانی، ن. (۱۳۸۷). *اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم‌توان ذهنی دیرآموز*. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴ (۱۵)، ۲۴۶-۲۳۱.
- طهماسبیان، ک. و چیمه، ن. (۱۳۹۱). *اثربخشی آموزش مدیریت رفتار بر تنیدگی والدینی مادران کودکان در خود مانده*. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی*، (۳۱)، ۲۶۹-۲۷۸.
- عظیمی، م. (۱۳۸۷). *بررسی و مقایسه شیوه‌های فرزندپروری و متغیرهای جمعیت‌شناختی خانواده‌های دارای اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی با خانواده‌های کودکان بهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه اصفهان.
- محمداسماعیل، الف. (۱۳۸۰). *بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان بر روی دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران*. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- نصر اصفهانی، م. (۱۳۸۸). *مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش والدین بر پرخاشگری پسران دارای اختلال سلوک*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- نظیفی، م. مکرمی، ح.، و اکبری‌تبار، ع. (۱۳۹۲). *اعتبار و ساختار عاملی ترجمه فارسی پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا* (۴) ۳۳۶-۳۴۲.
- هومن، ع. (۱۳۷۵). *استانداردسازی و هنجاریابی پرسش‌نامه سلامت روانی عمومی برای دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم*. تهران: دانشگاه تربیت معلم.
- هومن، ح. (۱۳۸۴). *شناخت روش علمی در علوم رفتاری*. (چاپ ششم). تهران: پیک فرهنگ.
- یوسفی، س.، سلطانی فر، ا.، و تیموری، س. (۱۳۹۰). *مقایسه استرس مادران بیش‌فعال با مادران کودکان عادی*. *مجله سلامت روانی*، (۴۲) ۱۱۵-۱۲۲.

Anastopoulos, A., Guevemont, D., Shelton, T., & Dapaul, G. (1993). Parenting stress Among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal children psychology*, 20, 503-518.

- Barkley, R. A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention and Functions Executive: Constructing A Unifying of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Barry, G. (2001). The effectiveness of treatment for oppositional defiant disorder. A critical Review. *Desertion of doctor of philosophy, united state international University*.
- Chaffin, M. Tayler, N., & Wilson, ch. (2007). Parent -child intervention therapy with At-Risk Families. Child welfare information Gateway. Available on line: [www. Child-welfare.org](http://www.Child-welfare.org).
- Chan, D. W. (1985). The Chinese version of the General Health Questionnaire: Does language make a difference? *Psychological Medicine*, 15, 147-55.
- Coghill, D., Soutullo, C. Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M., & et al. (2008). Impact of Attention-Deficit/hyperactivity Disorder on the Patient and Family: Results from a European Survey, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2: 31, doi: 10. 1186/1753-2000-2-31.
- Fabiano, G. A., Chako, A., Pelham, W. E., Robbe, J., Walker, K. S, Wymbs, F., & et al. (2009). A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with attention –deficit hyperactivity disorder. *Epub*, 40 (2), 190-204 .
- Gayle, E. (2003). Child group training versus parent and Child group Training for young children with ADHD. *Desertion of Doctor of philosophy, Fairleigh Dickinson university*.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). A users' guide to the General Health Questionnaire. *U. K. NFER Nelson*.
- Grizenko, N. (1997). Outcome of multimodal day treatment for children with severe behavior problems: A five-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 989-997.
- Holand, S. (2004). Child and family assessment in social work practice. *London: SAGE Publications*.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal child psychology*, 36, 576-589.
- karen, E. (2002). Complementary and alternative therapies in childhood attention and hyperactivity problems *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24, 4-8.
- Kazdin, A. E. (2005). Parent management training for oppositional aggressive, and Antisocial behavior in children and adolescent. *New York. NY: oxford university Press*.
- Kuhn, C., Carter, S. (2006). Maternal Self-Efficacy and Associated Parenting Cognitions among Mothers of Children with Autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, (4), 564-575.
- Levac, A. M., Mccmay, A., Merkam, P., & Reddon-Darcy, M. L. (2008). Exploring parent participation in parent training program for children aggression: understanding and illuminating mechanisms of change. *Journal of child and adolescent psychiatry nursing*, 21(2), 78-88.
- Long, N., & Forehand, R. (2000). Modifications of parental training program for Implementation beyond the clinical setting. in N. Singh (eds), *international conference on child and adolescent mental health, els. 17, 293-310*.

- Mash, E. J., & Johnston, C. (2001). Families of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Review and Recommendation for Future Research. *Clinical Child and Family Psychology Review* 4: 183-207.
- Mc Burnett, K., & Pfiffner, L. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: *Concepts, controversies, new directions Psychiatry. New York: In forma Health Care.*
- Mougan, R., & Landy, S. (2005). Working with parents of aggressive clinical preschool: An integrative approach to treatment; *Journal of psychology, 57(2), 257-269.*
- National Institute of Mental Health. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm>.
- Pelham, J., Carlson, C., Sams, S. E., Vallano, G., Dixon, M. J., Hoza, B., & Swanson, J. M., (1998). Separate and combined effects of methylphenidate and behavior modification on boys with attention deficit-hyperactivity disorder in the classroom. *American Psychologist, 61, 506-515.*
- Rabiner, C. D. (2002). Stress and coping in parents of children with ADHD. Available from URL: [www.helpforadd.com/2002/september.html](http://www.helpforadd.com/2002/september.html). Accessed at 2007.
- Sanders, M. R., & Turner, K. M. T. (2002). Every Parent's group work book. *Triple International, John Wiley and Sons, Inc.*
- Sanders, M. R. (2005). Triple P: A multi-level system of parent intervention: workshop-participant Notes. *The university Queensland: Brisbane, Australia.*
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawsk, A. (2007). Maintenance of treatment gains: a Comparison of enhanced, standard, and self-directed tripple-p-positive parenting program. *Journal of abnormal child psychology, 35, 983-998.*
- Shechtman, Z., & Gilat, I. (2005). The effectiveness of counseling groups in reducing stress of parents of children with learning disabilities. *Group Dynamics, 9(4), 275-286.*
- Toplak, M. E., Connors, L., Shuster, J, Knezevic, B., & Parks, S. (2008). Review of cognitive, cognitive behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *ClinPsychol Rev, 28(5): 801-23.*

