

## اثربخشی آموزش گروهی برنامه فرزندپروری مثبت به مادران بر کاهش نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه

بهناز سادات جعفری<sup>۱</sup>  
دکتر علی فتحی آشتیانی<sup>۲</sup>  
دکتر کارینه طهماسیان<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر نشانه‌های مرضی کودکان ۴ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه بود. روش پژوهش از نوع شبه‌تجربی براساس طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیه مادران کودکان ۴ تا ۱۲ ساله مبتلا به ADHD که به دو مرکز درمانی مراجعه کرده بودند و پس از ارزیابی اولیه بر اساس ملاک‌های ورود به نمونه، ۲۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت آموزش گروهی فرزندپروری مثبت قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در ۳ مرحله، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری از طریق مقیاس تعیین شدت علائم اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه (CSI-4) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های بدست آمده با روش‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که اجرای برنامه گروهی فرزند پروری مثبت منجر به کاهش معنی دار نشانه‌های اصلی ADHD در کودکان در مقایسه با گروه کنترل شده است. لذا پیشنهاد می‌شود درمانگران از این روش برای کمک به این گروه کودکان استفاده نمایند.

**کلید واژه‌ها:** فرزندپروری گروهی مثبت، کودکان با اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه

۱. کارشناس ارشد مشاوره Email: hmf.jafari@gmail.com

۲. استاد روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی بقیة الله(عج)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری

۳. استادیار روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

## مقدمه

اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، از جمله بحث‌انگیزترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی است که مطالعات متعددی را به خود اختصاص داده است. این اختلال که یکی از رایج‌ترین اختلالات سلامت روانی تشخیص داده شده دوران کودکی است (پلهام<sup>۱</sup> و گناگی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹) بیش از هر اختلال دیگری، کودکان را به مراکز بهداشت روانی می‌کشاند (بارکلی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶). کودکان و نوجوانانی که دارای این تشخیص هستند ممکن است گستره‌ای از نشانه‌ها را داشته باشند که در سه دسته کلی قرار می‌گیرند که عبارتند از: بی‌توجهی<sup>۴</sup>، بیش‌فعالی<sup>۵</sup> و تکانشوری<sup>۶</sup>.

کودکان مبتلا به این اختلال، بیشتر از سایر کودکان در معرض پیامدهای منفی تحصیلی، رفتاری - اجتماعی و هیجانی قرار دارند (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۰). بیشتر کودکان بیش‌فعال / کم توجه، مراحل شدیدی از دل‌سردی شخصی، کمبود عزت نفس و کمبود اعتماد به نفس را نیز نشان می‌دهند. این مسائل عاطفی به طور روزمره برای کودکان بیش‌فعال / کم توجه، زیاد می‌شوند (اورت و اورت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). از طرفی، این کودکان در پیروی از قواعد و اطاعت کردن از دستورات، مشکلات قابل توجهی نشان می‌دهند (هاشمی نصرت آباد، ۱۳۸۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، تعاملات این کودکان با والدینشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و شیوه پاسخ‌دهی والدین به کودکان را نیز متأثر می‌سازد. بی‌توجهی، تکانشی بودن و فعالیت زیاد کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، باعث می‌شود که این کودکان نتوانند خواسته‌های والدین خود را برآورده سازند و عموماً گرفتار روابط متعارض مزمن با والدین

- 
1. Pelham
  2. Ganagy
  3. Barekley
  4. inattention
  5. hyperactivity
  6. impulsivity
  7. Evertt & Evertt

می‌شوند (کار<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). این کشمکش‌های متقابل در خانواده‌های دارای کودکان بیش فعال تنها محدود به تعاملات والدین- کودک نمی‌شود. کشمکش بین کودکان بیش فعال و خواهر و برادرهایشان در مقایسه با کودکان عادی و خواهر برادرهایشان بیشتر است.

آسیب‌هایی که این کودکان می‌بینند به همراه تأثیرش بر خانواده، نیاز به مداخله و درمان مؤثر را افزایش می‌دهند. از میان رویکردهای درمانی مختلف، به نحوی که آناستاپولوس و همکاران (۱۹۹۱) اظهار می‌کنند، مهم‌ترین روش درمانی برای کودکان در کنار دارو درمانی، آموزش مدیریت والدین (PMT)<sup>۲</sup> است (علیزاده، ۱۳۸۳). آموزش والدین از دو جهت بر سایر روش‌ها برتری دارد؛ اول آنکه برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل و توسط والدین که بیشترین تماس را با او دارند، اجرا می‌گردد و دوم آنکه PMT جنبه‌های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ساندرز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ ساندرز، ۲۰۰۲؛ دین<sup>۴</sup>، مایورس<sup>۵</sup> و ایوانس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ کریسانته<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳؛ کرونیس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷؛ ساندرز، ۲۰۰۷). اساس PMT بر این دیدگاه استوار است که اختلالات رفتاری کودکان در نتیجه تعامل‌های غلط بین کودک و والدین به وجود آمده و تداوم می‌یابد (فتحی، ۱۳۷۴). بر این اساس PMT به والدین آموزش می‌دهد تا تعاملات مثبت خود را با کودکانشان افزایش و همزمان تعاملات استبدادی و متناقض را کاهش دهند (دین، مایورس، ایوانس، ۲۰۰۳).

یکی از انواع برنامه‌های PMT، «برنامه فرزند پروری مثبت»<sup>۹</sup> است که برنامه‌ای پنج سطحی با جهت‌گیری پیشگیرانه و راهبرد حمایتی خانواده است (ساندرز، ۲۰۰۳). هدف برنامه فرزند پروری مثبت، کاهش عوامل خطرزا و پیشگیری از

- 
1. Carr
  2. parents Management Training
  3. Sanders
  4. Dean
  5. Mayors
  6. Evans
  7. Crisante
  8. Cronis
  9. positive parenting program

مشکلات رشدی، هیجانی و رفتاری در کودکان می‌باشد که به وسیله افزایش دانش و مهارت و اعتماد به نفس والدین صورت می‌گیرد (ترنر<sup>۱</sup> و ساندرز، ۲۰۰۶). برنامه گروهی فرزند پروری مثبت یکی از پنج سطح مداخله خانوادگی است که به ویژه به عنوان مداخله زودرس برای والدین کودکان ۲ تا ۱۲ ساله‌ای به کار می‌رود که هم اکنون دچار و یا در معرض خطر پیدایش اختلالات رفتاری و عاطفی هستند (ترنر، مارکی ددز<sup>۲</sup>، ساندرز، ۲۰۰۲). در رابطه با اثربخشی این روش درمانی به عنوان یک روش مداخله رفتاری در جهت کاهش علائم کودکان بیش فعال/ کم توجه، مطالعات فراوانی صورت گرفته و عموماً در کنار دارو درمانی این روش نیز توصیه می‌شود (ساندرز، ۲۰۰۵).

در مطالعه ساندرز (۲۰۰۷) برنامه فرزند پروری مثبت باعث پیشرفت‌های چشمگیری در فرزند پروری، عزت نفس والدین و کاهش استرس والدینی شده و مادرانی که آموزش دیده بودند درجات کمتری از بد رفتاری با کودکان را گزارش دادند.

ساندرز و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی سودمندی «برنامه فرزند پروری مثبت» در بهبود رفتارهای مخرب کودکان پیش دبستانی، گزارش کردند که این برنامه در بهبود رفتار مخرب کودکان مورد مطالعه، ثمربخش بوده و در پیگیری سه ساله که با ۱۳۹ خانواده تکمیل شد، تقریباً ۲/۳ درصد کودکان پیش دبستانی از وضعیت بالینی به وضعیت غیربالینی رفتند. مطالعه دین و همکاران (۲۰۰۳) که اثربخشی «برنامه گروهی فرزند پروری مثبت» را ارزیابی می‌کرد، نشان داد که این برنامه در کاهش رفتارهای مخرب کودک، بدعملکردی و تعارضات والدین در مورد کودک و نیز افزایش سلامت روان والدین، تأثیر معناداری داشته و این اثرات در پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه باقی مانده بود. در یکی از بزرگترین مطالعات که توسط زوبریک (۲۰۰۱) بر روی ۷۱۸ والدین پیش دبستانی صورت گرفت؛ نتایج نشان داد که پس از آموزش «برنامه فرزند پروری مثبت» کاهش چشمگیری در اختلالات

---

1. Turner  
2. Markie-Dadds

رفتاری کودکان و سبک والدگری استبدادی والدین وجود آمد.

درتزک و همکاران (۲۰۰۹) نشان داده اند که برنامه‌های فرزند پروری مثبت تأثیر مثبتی بر روی مشکلات رفتاری کودکان و وضعیت سلامت روان والدین دارد. مطالعه اسپیجکرز و همکاران (۲۰۱۰) اثر بخشی برنامه فرزندپروری را در ارتقاء رضایت و کارآمدی و حس کلی صلاحیت والدین و کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان نشان داد. در مطالعه پیسترمن<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۲) تأثیر برنامه آموزش والدین بر کارکردهای سازگارانه‌ی کودکان بیش فعال/ کم توجه، مورد ارزیابی قرار گرفت و اثرات مثبت آموزش والدین بر رفتارهای انطباقی کودکان را نشان داد. نجفی و فیروزبخش (۱۳۸۷) گزارش کردند که براساس نتایج بدست آمده از مطالعه آنها «آموزش مدیریت والدین»، در کاهش علائم کودکان بیش فعال/ کم توجه، خصوصاً در زمینه کمبود توجه مؤثر بوده است. مطالعه محرری و همکاران (۱۳۸۸) که تأثیر آموزش فرزندپروری مثبت به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه را مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد که مادران آموزش دیده کاهش مشخص و معناداری را در حوزه‌های پر فعالیتی، کم توجهی، تکانشگری و نافرمانی در کودکان خود نسبت به ابتدای مطالعه در مقایسه با گروه شاهد گزارش نمودند.

خوشابی و همکاران (۱۳۸۵)، ۲۸ کودک بیش فعال/ کم توجه، را تحت سه شرایط درمانی قرار دادند: دارو درمانی، آموزش مدیریت والدین به مدت ۱۰ جلسه و درمان ترکیبی. یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه آموزش مدیریت والدین به تنهایی در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال و مشکلات رفتاری کودکان تأثیری ندارد. نتایج مطالعه زرگری نژاد (۱۳۸۶) با هدف بررسی اثر بخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان بیش فعال/ کم توجه، نشان داد که آموزش والدین قادر به کاهش مشکلات رفتاری آزمودنی‌های پژوهش بود، اما بر علایم اصلی کودکان بیش فعال/ کم توجه، تأثیر قابل ملاحظه‌ای نداشت.

با توجه به پیشینه پژوهشی موجود، ناهماهنگی‌هایی در یافته‌های پژوهش‌های داخلی مشاهده می‌گردد، بر همین اساس این پژوهش بر آن است تا با اجرای برنامه فرزند پروری مثبت به بررسی اثرات آن بر نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه پرداخته و میزان اثربخشی آن را مورد بررسی مجدد قرار دهد. از این رو فرضیه زیر مورد بررسی قرار گرفت:

- برنامه گروهی فرزند پروری مثبت منجر به کاهش نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه می‌گردد.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر، یک پژوهش شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه مورد مطالعه کلیه مادران و کودکان ۴ تا ۱۲ ساله‌ی آن‌ها که مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه بودند و به دو مرکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی مراجعه کرده بودند. به منظور نمونه‌گیری غیر احتمالی (در دسترس) و با استناد به مطالعات مشابه داخلی و خارجی با احتساب افت آزمودنی، نمونه‌ای مرکب از مادران ۳۰ کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه نوع ترکیبی که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند، انتخاب و پس از اعلام رضایت آنها برای شرکت در طرح پژوهشی به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود این مادران به گروه نمونه عبارت بودند از: (۱) داشتن کودک ۴ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، براساس معیارها DSM-IV-TR با تشخیص فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان و روانشناس بالینی؛ (۲) دارا بودن کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه با حداقل ۶ ماه درمان دارویی با ریتالین؛ (۳) میزان تحصیلات حداقل دیپلم؛ (۴) انگیزه همکاری و مشارکت در درمان. پژوهش حاضر برای هر چه بیشتر نمودن دقت و صحت یافته‌ها از معیارهای خروج چندی نیز برخوردار بود. این ملاک‌ها عبارت بودند از: (۱) وجود علائم روان‌پریشی در مادر و کودک؛ (۲) سابقه سوء مصرف مواد مخدر مادر؛ (۳) غیبت در بیش از یک جلسه از کلاس‌های برنامه آموزشی.

از گروه آزمایشی تعداد ۳ نفر بیش از یک جلسه غیبت داشتند که چون عدم حضور در کلاس برای بیش از یک جلسه جزء معیارهای خروج از تحقیق بود، آنها خود به خود کنار گذاشته شدند، ۱ نفر هم در زمانی که برای انجام آزمون مرحله پیگیری مطالعه تعیین شده بود حضور نیافت. ۱ نفر نیز نامادری کودک بود که این موضوع در خلال جلسات مشخص گردید، لذا نتایج آزمونهای ایشان کنار گذاشته شد. از بین ۱۵ نفر اعضای گروه کنترل نیز ۵ نفر به دلایل شخصی از ادامه همکاری با طرح خودداری نموده و در پس آزمون شرکت نکردند. بدین ترتیب نتایج این پژوهش با بررسی ۱۰ نفر از اعضای هر گروه بدست آمده است.

برنامه فرزندپروری مثبت یکی از انواع برنامه‌های آموزش مدیریت والدین<sup>۱</sup> می‌باشد که براساس مدل یادگیری اجتماعی پاترسون (۱۹۸۲) و توسط ساندرز و همکاران (۱۹۹۹) در دانشگاه کویینزلند ایجاد شده است. این برنامه، پنج سطح طولی دارد که برای سطوح مختلف حمایتی که والدین نیاز دارند، طراحی شده است. برنامه گروهی فرزندپروری مثبت یکی از ۵ سطح مداخله خانوادگی است که به ویژه به عنوان مداخله زودرس برای والدین کودکان ۲ تا ۱۲ ساله‌ای به کار می‌رود که هم‌اکنون دچار و یا در معرض خطر پیدایش اختلالات رفتاری و عاطفی هستند. این برنامه یک برنامه‌ی ۸ جلسه‌ای در گروه‌های ۱۰-۱۲ نفره از والدین است که یک فرآیند آموزشی فعال مهارت‌ها را برای کمک به والدین در به دست آوردن دانش و مهارت دارد (دانشگاه کویینزلند، ۲۰۰۳). برنامه از ۴ جلسه گروهی ۲ ساعته و ۳ یا ۴ جلسه تلفنی پیگیری ۱۵ تا ۳۰ دقیقه‌ای تشکیل شده است. جلسه آخر می‌تواند جلسه تلفنی فردی یا جلسه گروهی باشد (ترنر و همکاران، ۲۰۰۲). اصولاً محتوای این برنامه برگرفته از مدل یادگیری اجتماعی، رفتار درمانی خانواده و کودک، پژوهش‌های فرزندپروری، مدل پردازش اطلاعات اجتماعی، مطالعات بهبود ارتباط والدین، رویکرد سلامت جمعی و عمومی در زمینه مداخلات خانواده می‌باشد. محتوای جلسات یکم تا هشتم به شرح زیر است.

جلسه یکم: توضیح اجمالی اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، و برنامه فرزندپروری مثبت؛ جلسه دوم: توضیح و تشریح عوامل موثر بر رفتار کودک و فرزندپروری و کمک به مادران برای کسب توانائی تعیین اهداف برای تغییر در رفتار خود و کودک؛ جلسه سوم: آموزش شیوه‌های تقویت تعاملات مثبت بین مادر و کودک؛ جلسه چهارم: آموزش شیوه‌های کنترل رفتار نامطلوب خفیف و شدید کودک؛ جلسه پنجم: آموزش کنترل کودک در موقعیت‌هایی با کنترل پائین و ارائه راهکارهایی به منظور بقای خانواده؛ جلسه ششم و هفتم: اجرای دستورات و موارد آموزش داده شده به مدت دو هفته و پیگیری تلفنی توسط درمانگر و ارائه راهنمایی‌های لازم در صورت وجود مشکلات. جلسه هشتم: بررسی و شرح موانع حفظ تغییرات و اصلاح‌های صورت گرفته و ارائه راه‌حلی جهت حفظ تغییرات.

پرسشنامه علائم مرضی  $CSI-4$ <sup>۱</sup> در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه، ابزار غربالگری برای شایع‌ترین اختلالات روانی کودکان بوده که براساس DSM تنظیم شده و شامل دو چک لیست والدین و معلمان است. این فهرست علامت‌گذاری شامل ۱۱۲ ماده است که ۱۸ ماده اول آن مربوط به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، است. هر عبارت در چک لیست، در یک مقیاس ۴ درجه ای (هرگز، گاهی، اغلب و بیشتر اوقات) پاسخ داده می‌شود محققین مختلف از این وسیله به عنوان ابزاری مناسب در شناسایی و غربالگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، یاد می‌کنند (گلدستاین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸).

در مطالعات مختلف اعتبار و روایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است. در این راستا، گرو<sup>۳</sup> و اسپرافکین (۱۹۹۴) در مطالعه ای بر روی ۳۶ کودک مبتلا به اختلالات هیجانی، اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش آزمون مجدد، حدود ۰/۷ تا ۰/۸ گزارش کرده اند. علاوه بر این گرسیون و کارلسون<sup>۴</sup>

---

1. Symptom Checklist- 4  
2. Goldstien  
3. Grou  
4. Grayson & Carlson



(۱۹۹۱) در مطالعه ای حساسیت این پرسشنامه را برای اختلال بیش فعالی / کمبود توجه، ۰/۷۷ بدست آوردند. در ایران، مطالعه انجام شده توسط توکلی زاده (۱۳۷۵) اعتبار و روایی ۴ -CSI را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ گزارش نموده است. علاوه بر این روایی این آزمون برحسب مطالعات مربوط به روایی محتوا، مناسب گزارش شده است. در این راستا، اسپرافکین (۱۹۹۴) به واسطه مقایسه محتوای این پرسشنامه با آزمون‌های روانپزشکی کودکان، از مناسب بودن این پرسشنامه در جهت غربالگری کودکان مبتلا به اختلالات هیجانی و رفتاری، دفاع کرده است.

### یافته‌ها

داده‌های توصیفی مربوط به نمرات نشانگان مرضی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه، در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه یافته‌های توصیفی گروه نمونه در خرده مقیاس‌های فهرست نشانگان کودکان

خرده مقیاس‌ها	گروه‌ها	مرحله	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین
کم توجهی	آزمایش	پیش آزمون	۱۵/۹۰	۴/۱۰	۱/۳۰
		پس آزمون	۱۰/۲۰	۴/۰۸	۱/۲۹
		پیگیری	۱۱/۳۰	۶/۴۷	۲/۰۴
	کنترل	پیش آزمون	۱۴/۶۰	۵/۳۰	۱/۶۷
		پس آزمون	۱۵/۵۰	۴/۷۷	۱/۵۱
		پیگیری	۱۷/۸۰	۴/۲۴	۱/۳۴
بیش فعالی	آزمایش	پیش آزمون	۱۷/۴۰	۶/۰۸	۱/۹۲
		پس آزمون	۱۱/۳۰	۴/۱۷	۱/۳۲
		پیگیری	۱۳/۷۰	۴/۷۲	۱/۴۹
	کنترل	پیش آزمون	۱۰/۲۰	۴/۰۸	۱/۲۹
		پس آزمون	۱۹/۵۰	۵/۱۹	۱/۶۴
		پیگیری	۲۰/۴۰	۴/۴۰	۱/۳۹

در مورد فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه با حذف اثر پیش آزمون آیا تفاوتی بین میانگین خرده مقیاس‌های فهرست نشانگان کودکان مادران گروه کنترل و آزمایش وجود دارد یا نه، مقایسه این دو گروه به واسطه تحلیل کوواریانس چند متغیری صورت گرفت. در این مورد قبل از انجام تحلیل، بررسی پیش‌فرض‌های انجام این آزمون صورت گرفت؛ که نتایج آن در جداول ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون M باکس در مورد برابری ماتریس کوواریانس میانگین‌های خرده مقیاس‌های فهرست نشانگان کودکان

۱۸/۴۵	M باکس
۱/۳۹	نسبت F
۱۰	درجه آزادی صورت
۱۵۴۹	درجه آزادی مخرج
۰/۱۸	سطح معناداری

جدول ۲ نشان می‌دهد که فرضیه صفر مربوط به عدم تفاوت (یکسانی) ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین خرده مقیاس فهرست نشانگان کودکان در تمام گروه‌ها رد می‌شود ( $p = 0/18$ ).

جدول ۳. نتایج آزمون‌های لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطای نمره‌های میانگین‌های خرده مقیاس‌های فهرست نشانگان کودکان

شاخص خرده مقیاس	مرحله	نسبت F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
کم توجهی	پس آزمون	۳/۱۱	۱	۱۸	۰/۰۸
	پیگیری	۳/۹۱	۱	۱۸	۰/۰۷
بیش فعالی	پس آزمون	۱/۴۶	۱	۱۸	۰/۲۴
	پیگیری	۳/۳۳	۱	۱۸	۰/۰۹

جدول ۳ نشان می‌دهد که فرضیه‌های صفر مربوط به برابری واریانس‌های خطا نمره‌های خرده مقیاس‌های فهرست نشانگان کودکان رد نشده است. بنابراین فرض همسانی واریانس‌های این نمره‌ها برقرار بود و استفاده از مدل تحلیل کوواریانس چندمتغیری این داده‌ها بلامانع است.

جدول ۴. خلاصه یافته‌های تحلیل کوواریانس میانگین فهرست نشانگان کودکان

متغیر	مرحله	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری
کم توجهی	پس آزمون	۱۷۴/۵۵	۱	۱۱/۵۲	۰/۰۰۴
	پیگیری	۲۵۰/۲۸	۱	۹/۳۹	۰/۰۰۷
بیش فعالی	پس آزمون	۳۷۹/۱۷	۱	۲۱/۸۸	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۲۶۳/۹۱	۱	۱۹/۹۳	۰/۰۰۰۱

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد پس از کنترل اثر تفاوت‌های بین گروه‌ها در مرحله پیش آزمون، این دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری از هم تفاوت دارند. این تفاوت در هر دو خرده مقیاس فهرست نشانگان کودکان قابل مشاهده است. با توجه به اینکه میانگین هر دو خرده مقیاس کم توجهی و بیش فعالی کودکان مادران گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری بیشتر از میانگین گروه آزمایش است؛ می‌توان بیان نمود که مداخله توانسته است میزان مشکلات کم توجهی و بیش فعالی کودکان مادران گروه آزمایش را کاهش دهد.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان دادند که در گروه آزمایش پس از مداخله، میانگین نمرات آزمودنی‌ها در هر دو خرده مقیاس پرسشنامه فهرست نشانگان کودک (کم توجهی - بیش فعالی / تکانشگری) کاهش یافته است. اما پس از اتمام مداخله و در مرحله پیگیری افزایش میانگین این دو خرده مقیاس قابل مشاهده است؛ لیکن با وجود این افزایش، بازهم نمرات میانگین این دو خرده مقیاس در مرحله

پیگیری، نسبت به پیش‌آزمون کمتر و این تفاوت معنادار بوده است و این یافته بدین معناست که به استناد گزارشی که والدین کرده‌اند، میزان مشکلات توجه و بیش‌فعالی کودکان، پس از تجربه مداخله کاهش یافته است. و این درحالی است که در گروه کنترل، میانگین هردو خرده‌مقیاس در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بالاتر از مرحله پیش‌آزمون مداخله است یعنی اینکه کودکان مادران گروه کنترل همزمان با انجام یافتن پژوهش، رفته رفته افزایش تدریجی مشکلات توجه و بیش‌فعالی را نشان می‌دهند.

یافته‌های حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های آناستاپولوس (۱۹۹۳)، ساندرز و همکاران (۲۰۰۲)، پیسترمن و همکاران (۱۹۹۲)، ساندرز (۲۰۰۷)، ساندرز و همکاران (۲۰۰۶)، دین و همکاران (۲۰۰۳)، درتزک و همکاران (۲۰۰۹)، اسپیکرز و همکاران (۲۰۱۰)، نجفی و فروزبخش (۱۳۸۷) و محرری و همکاران (۱۳۸۸)، همخوان و با یافته‌های پژوهش‌های زرگری نژاد (۱۳۸۳)، خوشابی و همکاران (۱۳۸۵)، نا همخوان است. این تناقض در یافته‌ها احتمالاً به دلایل مختلفی بستگی دارد که عمدتاً مربوط به نکات روش‌شناختی هستند. نگرش والدین نسبت به مشکل کودک می‌تواند در فرایند درمان مؤثر باشد. به همین دلیل، ضروری است تا به والدین در مورد اختلال فرزندشان، اطلاعات مهمی آموزش داده شود. قبل از هرچیز، والدین باید بدانند که علت ایجاد اختلال نیستند و اینکه بسیاری از مشکلات کودک را می‌توان درمان کرد.

پژوهشگران در ارزیابی نتایج حاصل از آموزش بر روی کاهش علائم کودکان، از روش‌های خودگزارش دهی والدین استفاده می‌کنند، این درحالی است که ممکن است واقعاً در رفتار کودکان تغییرات معناداری حاصل نشده باشد. ولی از آنجا که والدین نسبت به اختلال کودک خود آگاهی یافته و تغییر نگرش داده‌اند، مشکلات رفتاری کمتری را از کودک خود گزارش کرده باشند. نگرش والدین نسبت به کودکان در گزارش مشکلات رفتاری آنها نقش دارد (تارور-بهرینگ<sup>۱</sup>، بارکلی و کارلسون، ۱۹۸۵). این پژوهشگران تعامل والد

– کودک را در هنگام بازی و کار با کودکان بیش فعال و همشیره‌های عادی آنها مقایسه کردند و دریافتند که بسیاری از پدران و مادران از مهارت‌های فرزند پروری بی‌بهره نیستند، بلکه نگرش آنها نسبت به بچه‌های بیش فعال منفی‌تر است و مشکلات رفتاری بیشتری را از این کودکان گزارش می‌کنند (حاجبی و همکاران، ۱۳۸۴). به علاوه در اکثر مطالعاتی که تغییر در علایم اصلی اختلال و به ویژه مشکلات رفتاری گزارش شده است، نمونه مورد مطالعه علاوه بر ADHD، دارای اختلالات همبود (مثل اختلال نافرمان مقابله‌ای و اختلال سلوک) نیز بوده اند. در پژوهشهای دیگر، به اختلالات همبود اشاره نشده است؛ ولی در عین حال به طور سیستماتیک اختلالات همبود حذف نگردیده است. بنابراین ممکن است اختلالات رفتاری همبود، به عنوان یک عامل بر روی اثر بخشی آموزش، تأثیر داشته باشد.

از دیگر مواردی که می‌توان به عنوان دلایل تناقض در یافته‌ها برشمرد، موارد زیر است:

– شرکت فعال والدین در جلسات و انگیزه‌های آنها در نتایج درمان تأثیر تعیین کننده‌ای دارد. والدین فرزندی که دچار یا در خطر افزایش مشکلات رفتاری و هیجانی هستند، اغلب کمتر به نقش والدگری خود اطمینان دارند (ساندرز، ۲۰۰۲). بیشتر والدین کودکان ADHD می‌دانند که روش کنونی آنها در کنترل فرزندشان مؤثر نیست و بنابراین مشتاق آموختن مهارت‌های جدید می‌باشند (فرمند، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر، مادران گروه آزمایش با اشتیاق و انگیزه بالا در جلسات آموزشی حضور یافته و بنا به گزارش اکثریت آنها، برنامه فرزندپروری مثبت و حضور آنها در جلسات، نقش تأثیرگذاری بر زندگی و روابط مادران با دیگر اعضاء، به خصوص فرزند مبتلا به ADHD داشته است. اشتیاق این مادران به حدی بود که بعد از اتمام هر جلسه آموزشی به استاد مشاور دوم این پژوهش مراجعه کرده و خواهان ادامه این جلسات برای طولانی مدت می‌شدند. انگیزه بالا احتمال همکاری و پشتکار والدین را در اجرای اصول رفتاری که در جلسات می‌آموزند، افزایش می‌دهد. والدین با حضور در کارگاه آموزشی، شیوه‌های مطلوب فرزند پروری و تعامل با کودک را آموزش می‌بینند و همین امر سبب کاهش مشکلات کودک و مشکلات ارتباطی بین

والدین و کودک می‌شود.

- از آنجا که این برنامه برای هر جلسه، دارای دستورالعمل مشخصی بود؛ لذا حذف یا ادغام این دستورات می‌تواند از اثربخشی آن بکاهد.
- سطح تحصیلات والدین و همچنین وضعیت اقتصادی خانواده هم می‌تواند به عنوان یک متغیر اثرگذار در نتایج درمان محسوب گردد. چه بسا انجام همین پژوهش با نمونه‌ای از مادران بی سواد و کم سواد نتایج این چنین ایجاد نشود.
- مادران در خلال جلسات آموزش گروهی از طریق بحث کردن در خصوص مشکلات رفتاری فرزندانشان درمی‌یابند که بسیاری از این مشکلات در بین تمامی خانواده‌های حاضر، مشترک و مشابه می‌باشد؛ در نتیجه از میزان احساس عدم صلاحیت و عدم کفایت در نقش والدگری ایشان کاسته شده و با اعتماد به نفس بیشتری مسؤولیت‌های نقش والدی خود را از سر می‌گیرند.
- بر مبنای نظریه یادگیری اجتماعی، کودکان از نحوه‌ی تعاملات قهرآمیزی که در حین برخورد والدین با مشکلات رفتاری خود می‌بینند، شیوه‌های رفتار قهرآمیز و برخوردهای چکشی و سرکوب‌گرایانه را می‌آموزند.

## منابع

- خوشایبی، کتابون؛ جزایری، علی رضا و قدیری، فاطمه. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین متناسب با فرهنگ ایرانی در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و مقایسه آن با دارو درمانی، طرح پژوهشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- زرگری نژاد، غزا له. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان *ADHD* (مطالعه‌ی تک موردی)، فصلنامه‌ی علمی- پژوهشی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، دوره ۳، شماره ۲، صفحات ۲۹-۴۸.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه/ فزون جنبشی. تهران: انتشارات رشد.
- فتحی، نادر. (۱۳۷۴). تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.
- فرمند، آتوسا. (۱۳۸۵). سودمندی درمان ترکیبی: برنامه گروهی فرزند پروری و دارو درمانی بر علائم و شیوه‌های تربیتی کودکان ۱۲-۲۰ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، در

- مقایسه با هر یک از این درمانها به تنهایی. پایان نامه دکتری روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- محرری، فاطمه و همکاران (۱۳۸۸). تأثیر آموزش برنامه تربیت سازنده، به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی کم توجهی. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال یازدهم، شماره ۱، صفحات ۳۱-۴۰.
  - نجفی، مصطفی و فروزبخش، احمد. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر علائم کودکان بیش فعال/ کم توجه، چکیده مقالات سومین کنگره ملی آسیب شناسی خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
  - هاشمی نصرت آباد، تورج. (۱۳۸۴). بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی آموزش راهبردهای خود تنظیمی رفتارهای توجهی، رفتارهای انگیزشی و خود تعلیمی کلامی بر نشانه‌های نقص توجه، بیش فعالی، خود کارآمدی و عملکرد تحصیلی (ریاضیات) دانش آموزان پسر پایه سوم ابتدایی مبتلا به ADHD شهر تبریز. پایان نامه دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه تربیت معلم تهران.
  - 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 of Psychology, 21, 581-596.
  - Barkely, R. A., Dupaul, G.J. & McMurray, M. B. (1990). *Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria*. Journal of consulting and clinical psychology, 58, 775-789.
  - Barkley, R. A. (1996). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *child psychopathology* (2nd ed.) pp. 55-110. New York: Guilford press.
  - Carr, A. (1999). *The handbook of Child and Adolescent clinical psychology: A contextual approach*. New York. Routledge.
  - Crisante, L. (2003). *Training in parent consultation skills for primary care practitioners in early intervention in the pre-school context*. Australian e-Journal for the Advancement of mental Health, 2 (3).
  - Dean, C., myors, K. & Evans, E. (2003). *Community-wide implementation of a parenting program: the south East Sydney positive parenting project*. Australian e-journal for the Advancement of mental Health. 2(3).
  - Dretzke, J. , et al. (2009). *The clinical effectiveness of Different parenting Programmers for children with conduct problems*. University of Birmingham , uk. From The web: <http://www.camph.com>
  - Everett, C.A., & Everett, S.V. (2006). *Treating children and Families*

- with ADHD. In, C, Ford Sori, Engaging children in Family therapy. pp. 205-220. New York: Routledge.
- Goldestein, S. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children* (2nd ed.). New York: wiley.
  - Pelham, W. E., & Gnagy, EM. (1999). *Psychosocial and combined treatments for ADHD*. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 5 (3), 225-236.
  - Sanders, M. R. (2003). *Triple P-Positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting*. Australian e-Journal for the Advancement of mental Health, 2 (3).
  - Sanders, M. R. et al. (2002). *The effects of Triple-p on preschool children with co-occurring disruptive behavior and Attentional/ hyperactive difficulties*. Journal of Abnormal child psychology, vol 30, 571-587. Retrieved from the web. <http://www.psy.uq.edu>.
  - Sanders, M. R. (2005). *Triple P: A multi-level system of parenting intervention: workshop participant Notes*. The University of Queensland: Brisbane, Australia.
  - Sanders, M. R. et al. (2005). *Prevention of child behavioral problems through universal implementation of a group behavioral family intervention*. Prev Sci. 14, 1-18.
  - Sanders, M. R., et al. (2007). *The efficacy of the Triple P-Positive parenting program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions*. Retrieved from The Web: <http://www.unifr.ch>.
  - Sanders, M.R. (2002). *Parenting intervention and the prevention of serious mental health problems in children*. Journal of MJA, Vol. 177; 587-592. Retrieved from the web. <http://www.psy.uq.edu.au>.
  - Spijkers, W. , et al. (2010). *Effectiveness of a parenting programme in a public health setting*. Department of health sciences. University of Groningen, Netherlands. From the web: <http://www.biomedcentral.com>
  - The university of Queensland. (2003). *Triple P: Positive parenting program-professional Training-Triple P international Pty Ltd Milton QLD 4064-website: www.triplep.net* .
  - Turner, K. M. T. & Sanders, M. (2006). *Help when it's Needed first: A controlled Evaluation of Brief, preventive Behavioral Family intervention in a primary care setting*. Retrived from the web. <http://www.elsevier.com>.
  - Turner, k. m. t., Mrkie-Dadds, c., Sanders, M. R. (2002). *Facilitator's manual Triple P*. (ed. II Revised). Milton: Triple P International Pty. Ltd.
  - Milton: Triple P International Pty. Ltd.