

## اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه

### The Effectiveness of Positive Parenting Program on the Mental Health of Mothers with Children Suffering from Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

B. S. Jafari, M. A. ✉

✉ بهناز سادات جعفری

کارشناس ارشد مشاوره

R. Mosavi, Ph.D.

دکتر رقیه موسوی

استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه شاهد

A. Fathi Ashtiani, Ph.D.

دکتر علی فتحی آشتیانی

استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...، مرکز تحقیقات علوم رفتاری

K. Khoshabi, Ph.D.

دکتر کتابون خوشابی

استادیار و روان‌پزشک دانشگاه علوم بهزیستی

دریافت مقاله: ۸۸/۶/۸

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۹/۸/۱۶

پذیرش مقاله: ۸۹/۱۰/۲۱

#### Abstract

The purpose of the present study was to examine the efficacy of stress coping skills training on parenting stress of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Twenty four mothers that their children were diagnosed with ADHD were matched and randomly assigned to experimental and control groups.

#### چکیده:

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان ۴ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه است. در یک مطالعه شبه‌تجربی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل، مادران ۲۰ کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه، به صورت در دسترس از دو مرکز درمانی وابسته به دانشگاه، انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

✉Corresponding author: No, 2, Allahverdi, Alley, between karoon & Ghasredasht, malek-e- ashtar Jeyhoon, st. Azadi, 1st floor consulting center kanoon malek-e- ashtar.  
Tel: +9802166370456  
Email: [hmf.jafari@gmail.com](mailto:hmf.jafari@gmail.com)

✉ نویسنده مسئول: تهران، خیابان آزادی، خیابان جیحون، کوچه ا...وردی، پلاک ۲، کانون فرهنگی تربیتی مالک‌اشتر، طبقه اول، واحد مشاوره  
تلفن: ۰۲۱۶۶۳۷۰۴۵۶  
پست الکترونیکی: [hmf.jafari@gmail.com](mailto:hmf.jafari@gmail.com)

were randomly allocated to two experimental and control groups. The experimental group received a 8 sessions of instruction within the framework of a Positive Parenting Program. The subjects were assessed by General Health Questionnaire in 3 sections (before and after treatment and the follow-up). The collected data were then put to the Multivariate Covariance Analysis. Findings show that the instruction has caused significant mental health improvement in the experimental group compared to control group mothers. The positive parenting program was found effective for the mental health of the mothers who had children with attention deficit/hyperactivity disorder. Therefore, the program is recommended to be used for mothers of such children.

**KeyWords:** positive parenting program, mental health, attention deficit/hyperactivity disorder.

گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت قرار گرفت. آزمودنی‌ها به وسیله مقیاس سلامت روان عمومی در ۳ مرحله (قبل از مداخله، بعد از مداخله و مرحله پی‌گیری) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان دادند که اجرای برنامه آموزشی منجر به افزایش معنادار سلامت روان مادران گروه آزمایش در مقایسه با مادران گروه کنترل شده است. در نتیجه برنامه فرزند پروری مثبت در ارتقاء سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه، مؤثر است؛ لذا پیشنهاد می‌شود درمانگران از این روش برای کمک به این گروه کودکان استفاده نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** شیوه فرزندپروری مثبت، سلامت روان، اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه

#### مقدمه

همان‌گونه که والدین بر افراد خانواده تأثیر می‌گذارند، فرزندان نیز با ویژگی‌های شخصیتی و رشدی و رفتاری خود، تأثیراتی را بر رفتار والدین برجای می‌گذارند (اسمولاک، ۱۹۸۷). اختلال رفتاری از رایج‌ترین مسائل روان‌شناختی کودکان است (کیلیبرگ، ۲۰۰۳) که بر کارکردهای روانی و اجتماعی تمامی اعضای خانواده تأثیرگذار است. در این بین مادر- به عنوان عضوی از این مجموعه که دارای بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک را دارد- می‌تواند در معرض خطر بیشتر این‌گونه مشکلات باشد. پلهام (۱۹۹۷) نشان داد مادران کودکانی که مشکلات رفتاری دارند احساس موفقیت کمتر، اثربخشی پایین و احساس خشم، اضطراب و افسردگی بیشتر نسبت به کودکان سالم دارند.

کانینگهام و بویل (۲۰۰۲) نیز نشان دادند مادران کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/ کمبود توجه<sup>۱</sup> (ADHD) نسبت به گروه مادران دارای کودکان بدون مشکل رفتاری، افسردگی بیشتری از خود نشان می‌دهند. این مادران دچار والدگری<sup>۲</sup> منفی و اختلالات روانی می‌شوند، به ویژه زمانی که با اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۳</sup> (ODD) همراه می‌گردد (اگوست و همکاران، ۱۹۹۹؛ کادسیو، ۲۰۰۳).

خانواده‌های کودکان بیش‌فعال فشارهای والدینی بیشتری را تجربه می‌کنند و حس صلاحیت و شایستگی کمتری دارند، مصرف الکل در والدین افزایش یافته و تماس‌های خانواده این کودکان کاهش می‌یابد. همچنین کشمکش‌های زناشویی، جدایی، طلاق و افسردگی والدین بیشتر می‌شود (ماش و بارکلی، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر در مجموع، احتمال وجود آسیب‌شناسی در والدین دارای کودک ADHD بیش از سایر والدین است (آناستاپولوس، ۱۹۹۲).

اگرچه داشتن کودک ADHD منبع استرس است. اما تأثیر آن بر مادران، تا حد زیادی به ارزیابی شناختی ایشان از مسئله و نیز مجهز بودن آن‌ها به مهارت‌های مدیریت مثبت کودک بستگی دارد. مادران کودکان مبتلا به ADHD، در مقایسه با مادران کودکان سالم، هنگام تعامل با فرزند خود از رفتارهای آمرانه بیشتری بهره می‌گیرند، بیشتر مخالفت می‌کنند، پاداش‌های کمتری به رفتارهای مناسب کودک می‌دهند و پاداش‌های ایشان بیشتر جنبه اتفاقی دارد. به طور کلی، این مادران نسبت به مادران کودکان بهنجار، منفی‌نگر هستند (بارکلی و همکاران، ۱۹۸۵؛ راجرز و همکاران، ۲۰۰۳). به علاوه این والدین ممکن است مشکلات کودک را به نقایص خود در ارتباط با عدم شایستگی در سرپرستی کودک نسبت دهند، این نتایج معمولاً همراه با خود سرزنشی است. والدین کودکان مشکل‌دار دارای باورهای غیرواقع‌بینانه در مورد کودک و خودشان هستند (محمداسماعیل، ۱۳۸۵).

با در نظر گرفتن این اطلاعات، شناسایی راهبردهایی جهت مدیریت مثبت کودکان که با سلامت روان در مادران کودکان ADHD همراه است، ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین لزوم آموزش این والدین برای حفظ سلامت روان خود احساس می‌شود. در همین رابطه، مطالعه آناستاپولوس و همکاران (۱۹۹۳) نشان داده است که برنامه آموزش والدین منجر به ارتقاء مهارت‌های مدیریت کودک، افزایش اعتماد به نفس والدین و کاهش استرس والدین می‌شود. برنامه گروهی فرزندپروری مثبت<sup>۴</sup> یکی از روش‌های آموزش والدین است که برای این منظور مورد استفاده قرار گرفته است. این برنامه، مهارت‌های مدیریت مثبت را به والدین آموزش می‌دهد تا جایگزین فرزندپروری ناکارآمد و استبدادی آن‌ها شود. همچنین این برنامه، نگرش‌های والدین را مورد توجه قرار داده و سعی در جهت اصلاح آن‌ها دارد (ترنر و همکاران، ۲۰۰۲). برنامه فرزندپروری مثبت برنامه جدید و جهان شمولی در مورد فرزندپروری است که باعث ایجاد رابطه‌ی مثبت بین والدین و فرزندشان می‌شود؛ و کمک می‌کند تا والدین راهبردهای مؤثر مدیریت را در برخورد با انواع مسائل رشدی - رفتاری

کودک بیاموزند. برنامه ساده‌ای که می‌تواند تغییرات بزرگی در خانواده‌ها ایجاد کند و به والدین کمک می‌کند تا دریابند که وقتی به روش‌های جدیدی حرف بزنند، فکرکنند و عمل کنند، نتایج عملی بهتری در خانواده خواهند داشت. به عبارتی دیگر این برنامه شامل محیطی امن، تقویت رفتار مثبت، ایجاد محیط مثبت یادگیری، داشتن انتظارات واقع‌گرایانه و مراقبت از خود به عنوان والد است (استریت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). هدف این برنامه: افزایش دانش، مهارت‌ها، اطمینان و خودکارآمدی والدین؛ ایجاد محیط پرورش‌دهنده ایمن، تشویق‌کننده، عاری از خشونت و با تعارض پایین برای کودکان؛ ارتقاء کارایی اجتماعی، هیجانی، کلامی، هوشی و رفتاری کودکان از طریق اقدامات فرزند پروری مثبت می‌باشد (ساندرز، ۲۰۰۳).

ساندرز و مک فارلند (۲۰۰۰) نشان داده‌اند که برنامه فرزندپروری مثبت، عوامل استرس‌زای والدین را تحت تأثیر قرار داده و عواملی مثل افسردگی، عصبانیت، اضطراب و سطوح بالای استرس را از طریق بهبود مهارت‌های والدگری تقلیل می‌دهد. نتایج مطالعه زوبریک (۲۰۰۱) بر روی ۷۱۸ والد پیش‌دبستانی نشان داد که پس از آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، کاهش چشمگیری در اختلالات رفتاری کودکان و سبک والدگری استبدادی والدین ایجاد شد. در ضمن افسردگی، اضطراب، استرس و تعارضات والدین در مورد مسائل تربیتی کودک نیز کاهش و در نتیجه سازگاری زناشویی افزایش یافت. این نتایج تا ۲ سال پی‌گیری هم باقی مانده بود (ترنر و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعه دین و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که این برنامه در کاهش رفتارهای مخرب کودک، بد عملکردی و تعارضات والدین در مورد کودک و نیز افزایش سلامت روان والدین، تأثیر داشته و این اثرات در پی‌گیری ۱۲ ماهه باقی‌مانده بود. در مطالعه راجرز و همکاران (۲۰۰۳) نیز نتایج حاکی از کاهش مشکلات رفتاری کودکان بود. در این مطالعه هم‌چنین بهبود قابل ملاحظه‌ای هم در رابطه با رفتارهای نامناسب فرزندپروری، تعارضات والدینی، احساس رضایت و صلاحیت والدین، افسردگی، اضطراب و استرس به‌وجود آمده بود. به‌علاوه این والدین سطح بالایی از رضایت از برنامه را ابراز نمودند.

ترنر و ساندرز (۲۰۰۶) بعد از آموزش برنامه فرزندپروری مثبت گزارش کرده‌اند که والدین سطوح کمتری از مشکلات رفتاری کودکان و نیز سطوح کمتری از فرزندپروری ناکارآمد را نشان داده و نیز اضطراب و استرس آنان در مقایسه با والدین گروه آموزش ندیده (کنترل) به‌طور قابل ملاحظه‌ای پایین بوده است. دنفورث و همکاران (۲۰۰۶) نیز والدین کودکان مبتلا به ADHD همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) را تحت این برنامه آموزشی قرار دادند. نتایج این مطالعه حاکی از کاهش رفتارهای بیش‌فعالی، مخالفت‌جویی و پرخاشگری در کودکان و بهبود رفتارهای فرزندپروری و کاهش استرس والدین بود. در مطالعه دیگری ساندرز و همکاران (۲۰۰۷) والدین شرکت‌کننده در برنامه فرزندپروری مثبت را با والدین گروه آموزش ندیده و والدینی که در برنامه جلوگیری از اضطراب شرکت کردند، مورد مقایسه قرار دادند که نتایج نشان داد، مادران آموزش دیده با برنامه فرزندپروری،

پیشرفت چشمگیری در رفتارهای فرزندپروری، عزت نفس و کاهش استرس والدینی نشان دادند. به علاوه این مادران نسبت به مادران دو گروه دیگر، میزان کمتری از بدرفتاری کودکشان گزارش دادند. درتزک و همکاران (۲۰۰۹) نشان داده‌اند که برنامه‌های فرزندپروری مثبت تأثیر مثبتی بر روی مشکلات رفتاری کودکان و وضعیت سلامت روان والدین دارد. مطالعه اسپیکرز و همکاران (۲۰۱۰) اثربخشی برنامه فرزندپروری را در ارتقاء رضایت و کارآمدی و حس کلی صلاحیت والدین و کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان نشان داد. بارلو و همکاران (۲۰۰۴) در یک بررسی فرا تحلیلی، ۲۶ مورد بالینی را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و دریافتند که این برنامه باعث بهبود پیامدهای کوتاه‌مدت و نیز درازمدت سلامت روانی - اجتماعی مادران می‌شود به طوری که افسردگی، اضطراب و استرس مادران را کاهش و سازگاری زناشویی و اعتماد به نفس آنان را افزایش می‌دهد.

غنی‌زاده (۱۳۸۴) نشان داد پس از ۸ جلسه آموزش، والدین نمره کل فرم مقیاس درجه‌بندی کانرز و نمره خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری و یادگیری و هم‌چنین شاخص بیش‌فعالی را در مقایسه با قبل از آموزش به میزان چشمگیری پایین‌تر گزارش نمودند. و سطح کلی سلامت روان والدین هم ارتقاء یافت (فرمند، ۱۳۸۵). روشن‌بین (۱۳۸۵)، «برنامه گروهی فرزندپروری مثبت» را به ۸ نفر از مادران دارای کودک ADHD آموزش داد و از طریق این آموزش توانست استرس مادران را کاهش دهد. پژوهش‌هایی هم وجود دارند که نتایج آن‌ها با پژوهش حاضر ناهم‌هنگ و ناهمسو است. از این دست می‌توان به لمب (۲۰۰۶)، قشنگ (۱۳۸۲) و ناظمی (۱۳۸۶) اشاره نمود. این مطالعات به این نتیجه دست یافته‌اند که آموزش فرزندپروری مثبت اثربخشی مناسبی در کاهش تنیدگی مادر ندارد.

با توجه به نیاز ضروری مادران دارای کودکان مبتلا به ADHD به مداخلات روان‌شناختی جهت حفظ سلامت روان و وجود خلأها و تعارضات موجود در نتایج پژوهشی اثربخشی برنامه آموزش فرزندپروری مثبت در کاهش مشکلات روانی - اجتماعی مادران، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان این گروه از مادران انجام پذیرفت.

## روش

پژوهش حاضر از نظر شیوه جمع‌آوری داده‌ها جزء پژوهش‌های شبه‌تجربی<sup>۶</sup> و از نظر هدف جزء مطالعات بنیادی<sup>۷</sup> است. طرح به کار رفته در این مطالعه از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش شامل کلیه مادران کودکان ۴ تا ۱۲ ساله دارای اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه

ترکیبی است که در سال ۱۳۸۶ به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی مراجعه کرده بودند. از این جامعه به روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌ای مشتمل از مادران ۳۰ کودک که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند، انتخاب و پس از اعلام رضایت برای شرکت داوطلبانه 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 باریتالین؛ (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 سوء‌مصرف مواد مخدر مادر؛ (۳) غیبت در بیش از یک جلسه از کلاس‌های برنامه آموزشی.

لازم به ذکر است از گروه آزمایشی سه نفر از مادران بیش از یک جلسه از برنامه را از دست دادند و یک نفر دیگر که نامادر بودن ایشان در خلال جلسات مشخص گردید؛ با وجود این‌که تا پایان جلسات، گروه را همراهی نمودند؛ ولی داده‌های حاصل از آن‌ها وارد تحلیل نشد. یک نفر هم در زمان تکمیل ابزارها در مرحله پی‌گیری حضور نیافت. لذا نتایج داده‌های ایشان نیز کنار گذاشته شد. از بین ۱۵ نفر اعضاء گروه کنترل ۵ نفر به دلایل شخصی از ادامه همکاری با پژوهش خودداری نمودند. پس از پایان جمع‌آوری داده‌های پژوهش، ۱۰ نفر حاضر در گروه کنترل برنامه آموزشی فرزندپروری مثبت را پشت سر گذاشتند. این افراد در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری (یک‌ماه پس از پس‌آزمون) ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند.

### محتوای برنامه آموزشی

برنامه فرزندپروری مثبت یکی از انواع برنامه‌های آموزش مدیریت والدین<sup>۸</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. هدف آن کاهش عوامل خطرزا و پیشگیری از مشکلات رشدی، هیجانی و رفتاری در کودکان است که به وسیله افزایش آگاهی و مهارت و اعتماد به نفس والدین صورت می‌گیرد (ترنر و ساندرز، ۲۰۰۶). 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 برنامه ۸ جلسه‌ای در گروه‌های ۱۲-۱۰

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، رفتاردرمانی 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 ADHD و برنامه فرزندپروری مثبت؛ جلسه دوم: توضیح و تشریح عوامل مؤثر بر رفتار کودک و فرزندپروری و کمک به مادران برای کسب توانایی 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 پایین 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 راه‌حل‌هایی جهت حفظ تغییرات.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه دموگرافیک:** شامل برخی مشخصه‌های فردی مادران و کودکان مانند سن، جنس، تحصیلات، و وضعیت اقتصادی بود که توسط پژوهشگران تدوین شد.

**پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۹</sup>:** گلدبرگ (۱۹۷۲) اولین بار پرسشنامه سلامت عمومی را تنظیم نمود. این پرسشنامه شامل چهار زیرمقیاس (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) است. تمام مواد پرسشنامه سلامت عمومی چهار گزینه‌ای هستند و روش نمره‌گذاری استفاده از مدل ساده لیکرت (۰، ۱، ۲ و ۳) است. نمره کل هر فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمره کمتر بیانگر سلامت عمومی بالاتر است. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار<sup>۱۰</sup> پرسشنامه را با استفاده از سه روش بازآزمایی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی نمود؛ و به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰ و ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را بدست آورد. هم‌چنین روایی<sup>۱۱</sup> هم‌زمان این پرسشنامه از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه بیمارستان میدلکس<sup>۱۲</sup> محاسبه نمود که ضریب همبستگی ۰/۵۵ بدست آمد.

## روش تحلیل داده‌ها

از آنجایی که از یک سو هدف پژوهشگر مقایسه گروه‌ها به‌طور همزمان در بیش از یک متغیر وابسته است؛ لذا تحلیل به‌کار رفته بایستی از نوع چندمتغیری<sup>۱۳</sup> باشد؛ و از سوی دیگر پژوهشگر در صدد حذف اختلاف‌های احتمالی اولیه بین گروه‌هاست. لذا از تحلیل کوواریانس<sup>۱۴</sup> استفاده شد. تحلیلی که امکان دستیابی به این دو هدف را به‌طور همزمان مقدور می‌سازد، تحلیل کوواریانس چندمتغیری<sup>۱۵</sup> (MANCOVA) است. انجام این تحلیل برای مقایسه دو گروه کنترل و آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری پس از حذف اختلافات موجود در پیش‌آزمون را امکان‌پذیر می‌نماید. اما به دلیل آن‌که جهت انجام هر تحلیل آماری وجود مجموعه‌ای از مفروضه‌ها، ضروری است؛ لذا قبل از انجام این تحلیل نیز برقراری پیش شرط‌های آن یعنی آزمون M باکس<sup>۱۶</sup> جهت بررسی عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس و آزمون لون<sup>۱۷</sup> برای بررسی فرض برابری واریانس خطای نمره‌های وابسته بایستی انجام گیرد (تاباچنیک<sup>۱۸</sup>، ۱۹۸۹).

## یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی حاصل نشان داد این مادران همگی خانه‌دار و دارای تحصیلات دیپلم تا فوق‌لیسانس بودند؛ و میانگین سن آن‌ها ۳۵/۴۶ با انحراف استاندارد ۴/۵۶ و میانگین سن کودکان آن‌ها ۶/۹۵ با انحراف استاندارد ۲/۲۶ بود. در ضمن داده‌های توصیفی حاصل از پرسشنامه سلامت عمومی، تکمیل شده توسط این مادران در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه یافته‌های توصیفی گروه نمونه در خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی

انحراف استاندارد	میانگین	مرحله	گروه	خرده‌مقیاس
۶/۲۴	۱۱/۴۰	پیش‌آزمون	آزمایش	علائم جسمانی
۵/۷۳	۵/۷۰	پس‌آزمون		
۱۳۰۱	۶/۲۰	پی‌گیری		
۳/۸۲	۱۲/۸۰	پیش‌آزمون	کنترل	
۳/۸۶	۱۲/۴۰	پس‌آزمون		
۳/۹۷	۱۳/۸۰	پی‌گیری		
۶/۳۹	۹/۹۰	پیش‌آزمون	آزمایش	اضطراب
۴/۰۲	۴/۸۰	پس‌آزمون		
۴/۷۲	۵/۴۰	پی‌گیری		
۴/۸۸	۱۰/۵۰	پیش‌آزمون	کنترل	



۵/۰۴	۱۱/۵۰	پس آزمون		
۴/۳۸	۱۱/۴۰	پی گیری		
۳/۲۷	۱۱/۵۰	پیش آزمون	آزمایش	ناکارآمدی اجتماعی
۲/۱۳	۷/۹۰	پس آزمون		
۴/۴۶	۶/۶۰	پی گیری	کنترل	
۲/۴۲	۷/۹۰	پیش آزمون		
۲/۹۴	۹/۸۰	پس آزمون		
۲/۲۷	۱۰/۴۰	پی گیری		
۲/۳۶	۶/۳۰	پیش آزمون	آزمایش	افسردگی
۲/۸۳	۲/۳۰	پس آزمون		
۴/۱۰	۴/۱۰	پی گیری	کنترل	
۲/۵۴	۶/۷۰	پیش آزمون		
۲/۹۱	۷	پس آزمون		
۲/۷۱	۷/۳۰	پی گیری		
۳/۴۶	۹/۷۸	پیش آزمون	آزمایش	سلامت روان عمومی
۲/۵۵	۵/۱۸	پس آزمون		
۲/۷۰	۵/۵۸	پی گیری	کنترل	
۲/۶۲	۹/۴۸	پیش آزمون		
۲/۹۳	۱۰/۱۸	پس آزمون		
۲/۳۳	۱۰/۷۳	پی گیری		

جهت مقایسه دو گروه کنترل و آزمایش و قبل از استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری، برقراری مفروضه‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان دادند ( $M=۶۵/۵۹$  باکس،  $F=۰/۸۷$ ،  $p<۰/۰۵$ ) که مفروضه عدم تفاوت ماتریس‌های کواریانس برقرار است. هم‌چنین به دلیل آن که در همه این موارد نسبت‌های  $F$  مشاهده برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سطح معناداری  $p<۰/۰۵$  معنادار نشده است، بنابراین فرض همسانی واریانس‌های این نمره‌ها برقرار بود و استفاده از مدل تحلیل واریانس چندمتغیری این داده‌ها بلامانع است. در ادامه انجام کواریانس چندمتغیری نشان داد، دو گروه کنترل و آزمایش در هر دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری در کلیه خرده‌مقیاس‌ها با هم تفاوت معناداری دارند، به جز میانگین زیرمقیاس افسردگی در مرحله پی‌گیری. این نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به آماره‌های جدول ۲ می‌توان بیان نمود که گروه آزمایش در کلیه خرده‌مقیاس‌های هر دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری دارای میانگین پایین‌تر در مقایسه با گروه کنترل است. این یافته بدین معنا است که حتی پس از کنترل تفاوت‌های موجود دو گروه کنترل و آزمایش، مداخله توانسته است کاهش معناداری در میانگین کلیه خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی ایجاد نماید.

## جدول ۲: خلاصه یافته‌های تحلیل کوواریانس میانگین خرده‌مقیاس‌های

## پرسشنامه سلامت روان عمومی

متغیر	مرحله	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	پس‌آزمون	۱۴۹/۹۶	۱	۱۰/۵۴	۰/۰۰۶
	پیگیری	۱۳۴/۹۷	۱	۱۳/۳۴	۰/۰۰۳
اضطراب	پس‌آزمون	۱۳۱/۵۷	۱	۸/۴۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸۳/۵۳	۱	۷/۸۰	۰/۰۰۱
ناکارآمدی اجتماعی	پس‌آزمون	۴۶/۰۹	۱	۹/۷۶	۰/۰۰۷
	پیگیری	۸۵/۲۵	۱	۱۶/۳۳	۰/۰۰۱
افسردگی	پس‌آزمون	۱۱۸/۵۵	۱	۱۳/۶۲	۰/۰۰۲
	پیگیری	۴۳/۶۱	۱	۳/۱۸	۰/۰۹۶

## بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شرکت در برنامه آموزش فرزندپروری مثبت، مشکلات سلامت روان عمومی (جسمانی‌سازی، افسردگی، اضطراب و ناکارآمدی اجتماعی) مادران دارای کودکان ADHD را کاهش می‌دهد. این نتایج با نتایج حاصل از مطالعات آناستاپولوس (۱۹۹۳)، زوبریک (۲۰۰۱)، دین و همکاران (۲۰۰۳)، راجرز و همکاران (۲۰۰۳)، بارلو و همکاران (۲۰۰۴)، دنفورت و همکاران (۲۰۰۶)، ترنر و ساندرز (۲۰۰۶)، ساندرز و همکاران (۲۰۰۷)، درتزک و همکاران (۲۰۰۹)، اسپیکرز و همکاران (۲۰۱۰)، غنی‌زاده (۱۳۸۴)، روشن‌بین (۱۳۸۵) مطابقت دارد. این مطالعات نشان داده‌اند که برنامه آموزش فرزندپروری مثبت، مشکلات روانی و اجتماعی مادران کودکان دارای مشکلات رفتاری را کاهش داده و در حفظ سلامت روان این مادران مؤثر بوده است. والدین کودکانی که دچار یا در خطر مشکلات رفتاری و هیجانی هستند، اغلب کمتر به نقش والدگری خود اطمینان دارند (ساندرز، ۲۰۰۲) و می‌دانند که روش کنونی آن‌ها در کنترل فرزندشان مؤثر نیست و بنابراین مشتاق آموختن مهارت‌های جدید می‌باشند (لوپس، ۲۰۰۲؛ به نقل از فرمند، ۱۳۸۵). والدین با حضور در کارگاه آموزشی، شیوه‌های مطلوب فرزندپروری و تعامل با کودک را آموزش می‌بینند و همین امر سبب کاهش مشکلات کودک و مشکلات ارتباطی بین والدین و کودک می‌شود. این امر نیز در نهایت سبب کاهش مشکلات سلامت روان مادران می‌گردد.

از آنجایی که نگرش والدین نسبت به مشکل کودک و فرایند درمان در اثربخشی هر برنامه مرتبط با کودکان مؤثر است. قبل از هر چیز، والدین باید بدانند که علت ایجاد اختلال نیستند و این که بسیاری از مشکلات کودک را می‌توان درمان کرد (ویتمن و اسمیت، ۱۹۹۱؛ علیزاده، ۱۳۸۳). لذا قسمتی از اثربخشی این برنامه را نیز می‌توان به اطلاع‌رسانی به والدین در خصوص مشکلات کودکان و فرایند درمان نسبت داد که به عنوان بخشی از برنامه در آن گنجانده شده است. در ضمن افزایش

اطلاعات و آگاهی والدین، به نوبه خود می‌تواند نگرانی‌ها و اضطراب مادران را کاهش داده و در عین حال باورها و اسنادهای نادرست و ناکارآمد والدین را اصلاح نماید. این اصلاحات نیز در نهایت زمینه‌ساز ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی این مادران می‌گردد.

البته پژوهش‌هایی هم وجود دارند که نتایج آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر ناهماهنگ و ناهمسو است. از جمله می‌توان به پژوهش‌های لمب (۲۰۰۶)، قشنگ (۱۳۸۲) و ناظمی (۱۳۸۶) اشاره نمود. نتایج این مطالعات نشان داده‌اند که آموزش برنامه فرزندپروری مثبت در کاهش استرس مادران کودکان دارای مشکلات رفتاری اثربخش نبوده‌اند. از دلایل احتمالی این تناقض می‌توان به نقش انگیزه والدین جهت شرکت در برنامه آموزشی اشاره نمود. ویس و ویس (۲۰۰۲) نشان داده‌اند که شرکت فعال والدین در جلسات و انگیزه‌های آن‌ها، در نتایج درمان تأثیر تعیین‌کننده‌ای دارد. انگیزه بالا، احتمال همکاری و پشتکار والدین را در اجرای دستورات و تکالیف خانگی افزایش می‌دهد. در نتیجه عدم وجود انگیزه می‌تواند اثر معکوس بر این فرایند درمان داشته و از اثربخشی مناسب آن بکاهد.

از عوامل دیگر احتمالی عدم اثربخشی مناسب این برنامه می‌توان به انجام نیافتن کامل و مناسب برنامه اشاره نمود. از آنجایی که این برنامه برای هر جلسه، دارای دستورالعمل مشخصی است لذا حذف یا ادغام این دستورات می‌تواند از اثربخشی آن بکاهد. بحث تحصیلات والدین و همچنین سطح اقتصادی خانواده هم می‌تواند به عنوان یک متغیر اثرگذار در نتایج درمان محسوب گردد. چه بسا انجام همین پژوهش با نمونه‌ای از مادران بی‌سواد و کم‌سواد نتایج این چنین ایجاد نماید. لذا بررسی این امر به عنوان موارد پژوهشی برای مطالعات این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

از دلایل دیگر می‌توان از همکاری پدر به‌عنوان متغیر تأثیرگذار در اثربخشی برنامه یاد کرد. براساس نتایج تحقیقات مک‌ماهون و همکاران (۱۹۸۱)، همکاری پدر به‌عنوان عامل مؤثری در موفقیت جلسات آموزشی والدین به حساب می‌آید (گرین‌هیل، ۲۰۰۰). در پژوهش حاضر، برخی از پدران همراه با مادران در جلسات شرکت فعال داشتند و آن دسته هم که در جلسات حاضر نبودند، اطلاعات را از طریق همسران خود به وسیله گوش دادن به برنامه ضبط شده، دریافت می‌کردند. لذا انتقال مطالب جلسات به پدران و جلب همکاری آنان، می‌تواند نقش مؤثری در یادگیری و اجرای مطالب داشته باشد. بعلاوه این همکاری می‌تواند باعث افزایش روابط همسران و بهبود تعاملات آنان در تربیت و اداره کودک شود. با افزایش تعامل، هماهنگی، همکاری بین زوجین و حمایت‌های عاطفی پدر از مادر، اضطراب مراقبت و نگهداری کودک و نیز مشکلات روانی حاصل از احساس تنهایی، درماندگی، بی‌لیاقتی و ناتوانی در مادران کاهش یافته و سلامت روانی آنان ارتقاء یابد.

## پی‌نوشت‌ها

1. Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Parenting
3. Oppositional Defiant Disorder (ODD)
4. Positive Parenting Program (TTT; Triple P)
5. Street
6. Quasi- experimental
7. Basic research
8. Parent Management Training (PMT)
9. General Health Questionnaire (GHQ)
10. Reliability
11. Validity
12. Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ)
13. Multivariate
14. Covariate
15. Multivariate Analysis of Covariance
16. M Box Test of Equality of Covariance Matrices
17. Leven's Test of Equality of Error Variance
18. Tabachnick

## منابع

- تقوی، م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۰، ۳۹۸-۳۸۱.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی توجه/ فزون‌جنبشی*. تهران: انتشارات رشد.
- فرمند، آ. (۱۳۸۵). *سودمندی درمان ترکیبی: برنامه گروهی فرزندپروری و دارودرمانی بر علائم و شیوه‌های تربیتی کودکان ۱۲-۲ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی*. پایان‌نامه دکتری روان‌پزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- قشنگ، ن. (۱۳۸۲). *تأثیر آموزش مادران بر کاهش تنیدگی رابطه مادر- کودک*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۵). *درسنامه درمان رفتاری - شناختی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/ نارسایی توجه*. تهران: انتشارات دانش.
- ناظمی اردکانی، ف. (۱۳۸۶). *اثربخشی آموزش برنامه مدیریت والدین در اصلاح روابط آزارنده مادر- فرزندی و کاهش استرس مادران کودکان مبتلا به ADHD*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

- Anastopoulous, A. D., Guevremont, D. C., shelton, T. L., & Dupaul, G.Y. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal of Psychology*, 20, 503-518.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J. & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for aAttention deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal of Psychology*, 21, 581-596.

- Barkley, R. A., Karlsson, J., & Pollard, S. (1985). Effects of age on the mother-child interactions of hyperactive children. *Journal of Abnormal Child psychology*, 13, 631-638.
- Barlow, j., & Coren, E. (2004). Parent training programs for improving maternal psychosocial health. *Coherence Database System Review*, 1, 2020.
- Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 555-569.
- Danforth, J. S., Harvey, E., ulaszek, W. R., & Mckee, T. E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with ADHD and defiant/ aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 188-205.
- 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., Davenport, C., Frew, E., Barlow, G., Brown, S., Bayliss, S., Taylor, R., Sandercock, J., & Hyde, C. (2009). *The clinical effectiveness of different parenting programs for children with conduct problems*. University of Birmingham, U. K. [On-line]. Available: <http://www.camph.com>
- Gillberg, C. (2003). Deficits in attention, motor control, and perception: A brief review. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 904-910.
- Greenhill, L. L., & Osman, B. B. (2000). *Ritalin: Theory & practice*. USA: Mary ann Liberty.
- Kadesjo, C., Hagglof, B., & Gillberg, C. (2003). ADHD with and without ODD in 3-7 children. *Journal of Developmental Medicine and Child Neurology*, 45, 693-699.
- Lamb, K. (2006). Addressing the *challenges of parenting: Parent training with parents of children with ADHD*. Unpublished doctoral dissertation, A&B university of philosophy, Texas [On-line]. Available: <http://www.positivedisintegration.com>
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2003). *Child psychopathology*. New York: Guilford press.
- Rogers, H., Cann, W., Cameron, D., Littlefield, L., & Lagioia, V. (2003). *Evaluation of the family intervention service for children presenting with characteristics associated with attention deficit hyperactivity disorder*. Australian e-Journal for the Advancement of mental Health. 2(3).
- Sanders, M. R. (2002). Parenting intervention and the prevention of serious mental health problems in children. *Medical Journal of Australia*, 177, 587-592 [On-line]. Available: <http://www.psy.uq.edu.au>.
- Sanders, M. R., & Turner, K. T. (2007). *The efficacy of the Triple P-positive parenting program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions* [On-line]. Available: <http://www.unifr.ch>.
- Sanders, M. R., & McFarland, M. (2000). The treatment of depressed mothers with disruptive children: A comparison of parent training and cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy*, 31, 89-112.
- Smolak, L. (1987). Child characteristics in marital speech. *Journal of Child Language*, 14, 481-484.
- Tabachnick, B. G., & Fidel, L. S. (1989). *Using multivariate statistic* (2<sup>nd</sup> edition). New York: Harper & Row.

- Spijkers, W., Jansen, D., Meer, G., & Reijneveld, S. (2010). *Effectiveness of a parenting program in a public health setting. Department of health sciences. University of Groningen, Netherlands* [On-line]. Available: <http://www.biomedcentral.com>
- Turner, K. T., Mrkie-Dadds, C., & Sanders, M. R. (2002). *Facilitator's manual group Triple P. (ed. II Revised)*. Milton: Triple P International Pty. Ltd.
- 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* [On-line]. Available: <http://www.elsevier.com>.
- Weiss, M., & Weiss, T. (2002). ADHD. In M. Lewis (Ed.), *Child and Adolescent psychiatry*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.