

## اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت کودک در بهبود سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی

هادی پردل<sup>۱</sup>، دکتر مجید محمود علی‌لو<sup>۲</sup> و مریم حجازی پور<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱/۲۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۹/۱۰

### چکیده

**مقدمه:** والدین کودکان بیش‌فعال، بخصوص مادران آنها، با استرس شدیدی مواجه بوده و دچار مشکلات روانشناختی می‌گردند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت کودک در بهبود سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به ADHD بوده است.

**روش:** روش پژوهش، آزمایشی (طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. بدین منظور، ۲۴ نفر از مادران کودکان مبتلا به ADHD به صورت در دسترس انتخاب شده و به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۹ جلسه‌ی آموزش مهارت‌های مدیریت کودک شرکت کردند. برای ارزیابی سلامت عمومی، از پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد. داده‌ها با تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که آموزش مهارت‌های مدیریت کودک، بر سلامت عمومی مادران، سازگاری اجتماعی و تقلیل اضطراب و افسردگی مادران اثربخش بوده است ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج تلویحات مهمی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به ADHD وجود دارد.

**کلیدواژه‌ها:** مهارت‌های مدیریت کودک، سلامت عمومی، مادران، ADHD

بیش‌فعالی، دو فصلنامه‌ی روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، ۱۱۶-۱۰۱، ۱۳۹۳.  
شبهه‌ی ارجاع دهی به این مقاله: پردل، هادی، محمودعلی‌لو، مجید، و حجازی‌پور، مریم. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت کودک در بهبود سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. دو فصلنامه‌ی روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، ۱۱۶-۱۰۱.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل ([h.pordel2@yahoo.com](mailto:h.pordel2@yahoo.com))

۲. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

۳. دبیر آموزش و پرورش، همدان

## مقدمه

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD) یکی از اختلالات روان‌شناختی و روان‌پزشکی است که در دوره‌ی کودکی ظاهر می‌شود. نشانه‌های اصلی این اختلال، کمبود توجه، بیش‌فعالی و تکانش‌گری است و این اختلال، شایع‌ترین اختلال عصبی-رفتاری دوره‌ی کودکی است که تاکنون شناخته شده است (شایوتیز و شایوتیز، ۱۹۹۲؛ ارتیترا، ۱۹۹۸؛ به نقل از کیت کانر و جت جولیت، ۱۳۸۶).

خانواده، اولین پایه‌گذار شخصیت و ارزش‌های فکری فرد است که نقش مهمی در تعیین سرنوشت و خط مشی زندگی آینده‌ی وی دارد و اخلاق و سلامت روانی فرد، تا حدّ بسیار زیادی در گرو آن است. خانواده، یکی از عوامل مؤثر در شکل‌گیری و بروز رفتار کودک است و والدین، بادوام‌ترین عاملی است که در رشد شخصیت افراد تأثیر می‌گذارد (فرمند، ۱۳۸۵).

اختلاف بین والدین و کودک و جو پرتنش خانواده می‌تواند پرتحرکی کودک را تشدید کند (داگلاس، ۱۹۹۸). همچنین شواهد موجود، با این نظریه هماهنگ است که رفتارهای منفی کودکان بیش‌فعال می‌تواند رفتارهای منفی والدین را برانگیزاند و واکنش‌هایی همچون پرخاشگری، تنبیهات جسمانی و احساس خشم از جانب والدین نسبت به کودکان را به وجود آورد. به نظر می‌رسد که این اشکال در نحوه‌ی برخورد مثبت، رفتارهای منفی کودک را نیز افزایش دهد (بارکلی، ۲۰۰۷). ممکن است که این چرخه‌ی جبری به دنبال هم تکرار شود؛ به طوری که والدین و کودک به صورت متقابل، رفتارهای منفی یکدیگر را

---

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder

2. Shaywitz

3. Ertitr

4. Douglas

5. Barklely

تشدید کنند که این امر، هم به افزایش این اضطراب و هم به اثرات تخریبی بر کارکرد والدین و کودک منجر می‌شود. از طرف دیگر، رفتار منفی کودکان بویژه اضطراب، پرخاشگری و بیش‌فعالی، بر اعتماد به نفس والدین به‌عنوان والد و استرس آنها اثر گذاشته و به‌صورت یک چرخه‌ی معیوب ادامه می‌یابد (وبستر و استراتون، ۱۹۹۰؛ به نقل از بارکلی، ۲۰۰۵). سالباخ، لنس، هاس، و وگل، فنسیل و لیمکول<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) در مشاهدات بالینی خود به این نتیجه رسیدند که مادران کودکان مبتلا به ADHD، افرادی منتقد و سرزنشگر بوده و در تنبیهات خود افراط می‌کنند. این دسته از مادران، اعتماد کمتری به مهارت‌های فرزندپروری خود داشته و خودشان را به دلیل مشکلات کودک سرزنش می‌کنند و وقت و انرژی فراوانی را جهت توضیح رفتار کودک به سایرین و دفاع از کودک صرف می‌کنند. بدین ترتیب، درگیری بیش از حد مادر با کودک و نیز رفتار آمرانه، کنترل‌کننده، دست و پاگیر و بدون تشویق وی، در نهایت بر مشکلات کودک می‌افزاید که این امر نیز باعث مشکلات بیشتر خانواده و کاهش سلامت عمومی افراد خانواده بویژه مادران اینگونه کودکان می‌گردد (ون کلیو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸).

سلامت عمومی، یکی از مقوله‌های مهم در حوزه‌ی روانشناسی است که مورد توجه بسیاری از نظریه‌پردازان و پژوهشگران قرار گرفته است. سلامت عمومی، حالتی خاص از روان است که سبب بهبود، رشد و تکامل شخصیت انسان می‌گردد و به وی کمک می‌کند که با خود و دیگران سازگاری بهتری داشته باشد (ابوالقاسی و نریمانی، ۱۳۸۴).

مارگاتالیت و بن آرزیس<sup>۴</sup> (۱۹۸۶؛ به نقل از صادقی، شهیدی و خوشابی، ۱۳۹۰) داده‌هایی را ارائه کرده‌اند که نشان می‌دهد خانواده‌های کودکان بیش‌فعال، با

1. Webster & Straton

2. Salbach, Lenz, Huss, Vogel, Felsing & Lehmkuhl

3. Van Cleave

4. Margatalit & Benarzis

ویژگی‌هایی همچون میزان ارتباط کمتر، به هم پیوستگی خانوادگی ضعیف‌تر، آزادی محدودتر و مشکلات خانوادگی بیشتر، در اظهار نظر توصیف شده‌اند. این والدین، نسبت به والدین بدون مشکل، در فعالیت‌های اجتماعی که یکی از ملاک‌های سلامت روان است، کمتر شرکت داشته‌اند که به نظر محققان، این مسئله می‌تواند به علت درگیری‌های فراوان والدین و نداشتن وقت کافی برای شرکت در فعالیت‌های مذکور باشد (صادقی و همکاران، ۱۳۹۰). سمیعی کرانی (۱۳۸۳) نتیجه گرفت که سلامت روانی در والدین کودکان مبتلا به ADHD نسبت به والدین کودکان بهنجار، به طرز بارزی پایین‌تر است و این مشکلات در مادران بیش از پدران مشاهده می‌گردد.

به دلیل تعدد و تنوع مشکلات این کودکان و خانواده‌های آنان در حوزه‌های مختلف، رویکردهای درمانی متفاوتی اعم از دارودرمانی، رفتاردرمانی، تغییر در سبک زندگی و آموزش مدیریت کودک، به والدین ارائه شده است (رامسی و راسل، ۲۰۰۷). آموزش مدیریت کودک، یکی از روش‌هایی است که به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد خود، در درمان این اختلال بر سایر روش‌ها برتری دارد (فابیو، پلهام، گولز، ناجی، کرونیس-تاسکانو و اوکانر، ۲۰۰۹؛ کرونوچیل، واگان، بارکر، کار، ویلر و مادان، ۲۰۰۹). آموزش مهارت‌های مدیریت کودک، یک برنامه‌ی مداخله‌ی رفتاری در تعاملات خانواده است که هدف آن، پیشگیری و درمان مشکلات شدید رفتاری و تعاملی از طریق ارتقاء آگاهی مهارت‌های فرزندپروری و عزت نفس والدین می‌باشد (ساندرز و یونگ، ۲۰۰۵).

در این نوع درمان، برنامه‌ی اصلاح رفتار کودک، در محیط طبیعی منزل و توسط والدین که بیشترین تماس را با وی دارند، اجرا می‌گردد. مزیت دیگر این

1. Ramsay & Russell

2. Fabio, Pelham, Coles, Gnagy, Chronis-Tuscano & O Conner

3. Kratochvil, Vaughan, Barker, Corr, Wheeler & Madaan

4. Sanders & Young

رویکرد بر سایر روش‌ها آن است که جنبه‌های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تحقیقات اظهار می‌دارند که این نوع درمان، استرس والدین اینگونه کودکان را کاهش داده، اعتماد به نفس آنان را افزایش می‌دهد و سلامت عمومی‌شان را نیز بهبود می‌بخشد (پیسترمان<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ آناستاپولوس<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از هاچمن، آیکوف، کلین، گرینفلد و اتکوویچ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

در آموزش مهارت‌های مدیریت کودک به والدین، بر کل واحد خانواده و تأثیر آن بر کودک و بهبود سلامت روانی اعضای خانواده تأکید می‌شود. نگرانی‌هایی که والدین راجع به علل، درمان و پیش‌آگهی اختلال فرزندشان داشته‌اند، در جلسات آموزشی مورد بحث قرار می‌گیرد و اطلاعات و حمایت لازم برای والدین فراهم می‌گردد. با توجه به نیاز ضروری والدین و بویژه مادران دارای کودکان مبتلا به ADHD به مداخلات روان‌شناختی جهت حفظ سلامت روان آنان و وجود خلاءها و تعارضات موجود در نتایج پژوهشی اثربخشی برنامه‌ی آموزش مهارت‌های مدیریت کودک در بهبود سلامت عمومی مادران، پرسش اصلی پژوهش حاضر این بود که آموزش مهارت‌های مدیریت کودک، به مادران کودکان مبتلا به ADHD، تا چه اندازه می‌تواند در بهبود سلامت عمومی مادران مؤثر باشد؟

## روش

**روش تحقیق:** این پژوهش، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. براساس این روش، آموزش مهارت‌های مدیریت کودک، به عنوان متغیر مستقل و سلامت عمومی مادران، به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

<sup>۱</sup>. Pisterman

<sup>۲</sup>. Anastopoulos

<sup>۳</sup>. Hechtman, Abicoff, Klein, Greenfield & Etcovitch

## شرکت کنندگان در پژوهش: جامعه‌ی این پژوهش، مادران کودکان مبتلا

به اختلال نقص توجه و بیش فعال در استان همدان بود. در ابتدا از مراجعه کنندگان به مرکز مشاوره‌ی فرهنگیان، با احتساب افت آزمودنی‌ها براساس تشخیص روان‌پزشک و روانشناس بالینی و همچنین لحاظ کردن ملاک‌های پذیرش از طریق روش نمونه‌گیری دردسترس، ۳۰ نفر انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی، به دو گروه ۱۵ نفره‌ی آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در ادامه، پس از کسب رضایت‌نامه‌ی کتبی، از مادران گروه آزمایش برای شرکت در جلسات آموزشی دعوت به عمل آمد. در این پژوهش، در گروه آزمایش یک نفر به دلیل غیبت بیش از سه جلسه - که در ابتدا به آنان در این خصوص گفته شده بود - از طرح حذف شد و دو نفر نیز به دلایل مسافرت و مناسب نبودن زمان برگزاری کلاس‌های آموزشی، از ادامه‌ی همکاری با پژوهش خودداری کردند. از بین ۱۵ نفر اعضای گروه کنترل نیز سه نفر به دلایل مختلفی، نتایج پس از آزمون‌های آنان در اختیار قرار نگرفت. بدین ترتیب، نتایج این پژوهش بر روی ۲۴ نفر از اعضای هر دو گروه به دست آمد. ملاک‌های ورود به طرح، عبارت بودند از: داشتن کودک ۱۲-۷ ساله‌ی مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی براساس معیارهای DSM-IV-TR با تشخیص متخصص روان‌پزشک و روانشناس بالینی که حداقل شش ماه تحت درمان دارویی با ریتالین باشد، پایه‌ی تحصیلی حداقل دیپلم برای مادران، سطح اقتصادی-اجتماعی حداقل متوسط، عدم همزمان اختلالات روان‌پزشکی دیگر در حال حاضر، شرکت داوطلبانه‌ی مادران در تحقیق و تعهد برای به پایان رساندن تمام جلسات آموزشی. گروه آزمایش، در معرض متغیر آزمایش و برنامه‌ی آموزش مهارت‌های مدیریت کودک قرار گرفت و گروه کنترل، در معرض متغیر آزمایش واقع نشد و برنامه‌ی همیشگی و قبلی خود را ادامه داد.

## ابزارهای گردآوری داده‌ها: در این پژوهش، برای گردآوری داده‌ها از

ابزار زیر استفاده شد:

**پرسشنامه‌ی سلامت عمومی<sup>۱</sup> (GHQ-28):** این پرسشنامه، توسط گلدبرگ (۱۹۷۹؛ به نقل از قدیری، ۱۳۸۵) تهیه شده است. فرم کوتاه شده‌ی آن، ۳۰ سؤالی و ۲۸ سؤالی هستند؛ اگرچه فرم اصلی آن دارای ۶۰ سؤال بوده است. در ایران نیز فرم ۲۸ سؤالی، بیش از همه مورد استفاده قرار گرفته است (ابوالقاسی و نریمانی، ۱۳۸۴؛ قدیری، ۱۳۸۵). این فرم، دارای ۴ خرده‌مقیاس است که هر مقیاس، دارای ۷ سؤال می‌باشد. این مقیاس‌ها عبارتند از: نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، بدکارکردی اجتماعی، و افسردگی. این پرسشنامه، چهار گزینه‌ای بوده و هر سؤال، بر روی یک طیف شامل «بهتر از حد معمول»، «در حد معمول»، «بدتر از حد معمول» و «بسیار بدتر از حد معمول» پاسخ داده می‌شود و وضعیت آزمودنی‌ها را در طی چند هفته‌ی اخیر مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری به روش لیکرت بوده و نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ به ترتیب به پاسخ‌های فوق اختصاص داده می‌شود که نمره‌ی کل در گستره‌ی ۰ تا ۸۴ می‌باشد. نمره‌ی ۵۱ تا ۸۴ در مقیاس کل و نمره‌ی ۱۴ تا ۲۱ در هر خرده‌مقیاس، وخامت وضعیت سلامت عمومی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. اعتبار این پرسشنامه در مطالعه‌ی چانگ، اسپیرز و چان (۱۹۹۴؛ به نقل از قدیری، ۱۳۸۵) از طریق آلفای کرونباخ، معادل ۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران نیز تقوی (۱۳۸۰؛ به نقل از قدیری، ۱۳۸۵) اعتبار کلی این پرسشنامه را ۰/۷۲ به‌دست آورده و برای هریک از خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی، به ترتیب مقادیر ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ را گزارش کرده است. میزان پایایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی توسط گلدبرگ و

<sup>۱</sup> General health Questionnaire

ویلیامز (۱۹۸۸) ۰/۹۵ و توسط چانگ و همکاران (۱۹۹۴) ۰/۵۵ محاسبه شده است (قدیری، ۱۳۸۵).

**روند اجرای پژوهش:** پس از انتخاب آزمودنی‌ها و تعیین گروه آزمایش و گروه کنترل، در پی تماس تلفنی با تک تک آزمودنی‌ها، روند اجرا و تاریخ شروع آموزش برای آنان توضیح داده شد و از آنان دعوت شد که در تاریخ مقرر در مرکز مشاوره حضور داشته باشند. قبل از شروع اولین جلسه، از والدین رضایت‌نامه‌ی کتبی گرفته شد و سپس پرسشنامه‌های مربوطه به آنان داده شد و در عین حال به اعضای گروه کنترل نیز همین پرسشنامه‌ها داده شد. جلسات آموزشی با شرکت اعضای گروه آزمایش برگزار شد و در این جلسات، مباحث گوناگون مربوط به هر جلسه، به والدین گروه آزمایش آموزش داده شد. پس از برگزاری ۹ جلسه‌ی آموزشی، مجدداً پرسشنامه‌های مربوطه ارائه شده و توسط مادران تکمیل گردید. ضمناً از قبل مقرر گردیده بود که گروه کنترل نیز در همین زمان، پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کرده، آنها را به مرکز تحویل دهند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-18 و تحلیل کواریانس استفاده شد.

**شیوه‌ی مداخله:** پس از تشخیص روان‌پزشک و روانشناس بالینی و همچنین لحاظ کردن ملاک‌های ورود و تقسیم تصادفی در گروه ۱۲ نفره‌ی آزمایش و کنترل و کسب رضایت‌نامه‌ی کتبی از مادران برای شرکت در جلسات آموزشی، این جلسات با شرکت اعضای گروه آزمایش برگزار شده و مباحث گوناگون مربوط به هر جلسه به مادران آموزش داده شد که هر جلسه، حدود دو ساعت به طول می‌انجامید. در آغاز جلسات، تکالیف هفته‌ی قبل مرور می‌شد و سپس با ارائه‌ی محتوای اصلی، جلسات ادامه می‌یافت و در پایان نیز متناسب با جلسه‌ی مربوطه، تکالیف خانگی برای طول هفته‌ی آینده به مادران ارائه می‌شد. روند برگزاری جلسات در جدول (۱) نشان داده شده است:



## جدول ۱: طرح مداخله‌ی آموزشی

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و مشکلات مرتبط با آن	در این جلسه به زبان ساده برای مادران ADHD تعریف شد
دوم	مدیریت استرس در والدین و اصلاح افکار والدین	در این جلسه، راهکارهای خاص برای مقابله با استرس و مدیریت آن، به والدین آموزش داده شد. در قسمت دوم این جلسه به آنان آموزش داده شد که چگونه نگرش می‌تواند بر رابطه‌ی والد و فرزند و رفتار کودک تأثیرگذار باشد. درخصوص چگونگی تغییر دادن افکار منفی و بهبود یافته‌ی جایگزین کردن آنها با افکار مثبت نیز به آنان مباحث و راهکارهایی ارائه گردید.
سوم	افزایش مشارکت والدین، تعامل و تقویت مثبت	در این جلسه به آموزش افزایش مشارکت والدین و تقویت مثبت پرداخته شد.
چهارم	بهبود مهارت‌های تعاملی مثبت در خانه	در این جلسه به آموزش مهارت‌های تعامل خانوادگی از قبیل ارتباط، مسأله‌گشایی و کنترل خشم و تعارض پرداخته شد.
پنجم	تسهیل یادگیری فرمانبری و ایجاد فرهنگ پیروی از قوانین در کودکان	در این جلسه به آموزش فرمانبری پرداخته شد. درخصوص محروم‌سازی که نوعی تنبیه برای رفتارهای پرخاشگرانه و نافرمانی در کودکان می‌باشد نیز مطالبی ارائه گردید.
ششم	بالا بردن مهارت‌های رفتاری-اجتماعی و مسأله‌گشایی عمومی در کودکان	در این جلسه به والدین آموزش داده می‌شود که چگونه می‌توانند فرزندانشان را در جهت افزایش سطح مهارت‌های رفتاری اجتماعی یاری دهند.
هفتم	بالا بردن توانایی کودکان در مقابله با خشم و بهبود مهارت‌های تحصیلی خود فرمان	در این جلسه به والدین آموزش داده می‌شود که چگونه می‌توانند به فرزند خود کمک کنند تا مهارت‌های مهم برای کنترل خشم را که احساسی قوی و درعین حال منفی است، افزایش دهند. سپس در ادامه تلاش شد تا مهارت‌های رفتار تحصیلی خودفرمان و تقویت مهارت‌های سازماندهی در فرزندان، به والدین آموزش داده شود
هشتم	بالا بردن توانایی مثبت اندیشی و عزت نفس در کودکان	در این جلسه تلاش شد تا نظریات متداول برای بالا بردن عزت نفس کودکان توسط والدین از جمله آموزش مهارت‌ها به فرزند، ارائه‌ی فیدبک‌های مثبت، حضور در زندگی فرزند، حفظ تعاملات سالم خانوادگی، گوش دادن درست به صحبت‌های فرزند، پذیرش فرزند همانگونه که هست و... به آنان آموزش داده شد
نهم	جمع‌آوری آموخته‌ها	در این جلسه، مهارت‌هایی که والدین آموخته بودند،

و انجام پس‌آزمونها مرور شد. همچنین مشکلات احتمالی آینده‌ی کودک مطرح گردید تا والدین، آمادگی مواجهه با آنها را داشته باشند. در پایان نیز پرسش‌نامه‌های مربوطه مجدداً به آنان برگردانده شد تا آنها را تکمیل نمایند.	
--	--

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار تفاوت نمرات خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۲) ارائه شده است.

**جدول ۲: میانگین و انحراف معیار تفاوت نمرات خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
سازگاری اجتماعی	آزمایش	۴/۸۳	۲/۸۸
	کنترل	۰/۲۵	۲/۱۷
مشکلات جسمانی	آزمایش	۰/۰۸۳	۱/۲۴
	کنترل	۰/۷۵	۰/۷۵
اضطراب	آزمایش	۴/۰۸	۱/۹۷
	کنترل	۰/۴۱۶	۱/۲۴
افسردگی	آزمایش	۵/۵۸	۲/۲۷
	کنترل	۰/۵۰۰	۲/۵۴

پیش از اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری، آزمون باکس برای برابری ماتریس کواریانس‌ها نشان داد که  $F$  محاسبه شده، برابر  $۱/۴۰$  می‌باشد که در سطح  $P \geq ۰/۰۵$  معنادار نیست، که این امر، حاکی از آن است که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته بین گروه‌ها یکسان می‌باشد. همچنین  $F$  به دست آمده برای آزمون ویلکس لامبدا ( $۱۸/۷۱$ ) در سطح  $P \geq ۰/۰۰۱$  معنادار است. از آنجایی که یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیری، برابری واریانس‌هاست، از آزمون لون برای برابری واریانس‌ها استفاده گردید. نتایج این تحلیل نشان می‌دهد که  $F$  به دست آمده، برای هیچیک از متغیرها در سطح  $P \geq ۰/۰۵$  معنادار نمی‌باشد؛ یعنی

داده‌ها، یکسانی واریانس‌های نمرات را زیر سؤال نبرده‌اند. در جدول (۳) خلاصه‌ی تحلیل واریانس چندمتغیری برای خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی درج شده است. با توجه به مندرجات جدول (۳)، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که F به دست آمده، برای سازگاری اجتماعی برابر ۱۹/۲۶، برای اضطراب برابر ۲۹/۶۶ و برای افسردگی ۲۶/۶۶ می‌باشد که هر سه در سطح  $P \geq 0/001$  معنادار می‌باشند. با توجه به مندرجات همین جدول، F به دست آمده برای مشکلات جسمانی برابر ۲/۵۳ می‌باشد که در سطح  $P \geq 0/05$  معنادار نمی‌باشد. این بدان معناست که بین نمرات افتراقی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای سازگاری اجتماعی، اضطراب و افسردگی، تفاوت وجود دارد؛ در حالی که بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات افتراقی در متغیر مشکلات جسمانی تفاوت بارزی وجود ندارد.

جدول ۳: خلاصه‌ی تحلیل واریانس چندمتغیری خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی

منبع	متغیر	SS	Df	MS	F	P
	سازگاری اجتماعی	۱۲۶/۰۴	۱	۱۲۶/۰۴	۱۹/۲۶	۰/۰۰۱
	مشکلات جسمانی	۲/۶۶	۱	۲/۶۶	۲/۵۳	۰/۱۲۶
گروه	اضطراب	۸۰/۶۶	۱	۸۰/۶۶	۲۹/۶۶	۰/۰۰۱
	افسردگی	۱۵۵/۰۴	۱	۱۵۵/۰۴	۲۶/۶۶	۰/۰۰۱
	سازگاری اجتماعی	۱۴۳/۹۱	۲۲	۶/۵۴		
	مشکلات جسمانی	۲۳/۱۶	۲۲	۱/۰۵		
خطا	اضطراب	۵۹/۸۳	۲۲	۲/۷۲		
	افسردگی	۱۲۷/۹۱	۲۲	۵/۸۱		

همان‌گونه که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، بین نمرات افتراقی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش سازگاری اجتماعی، اضطراب و افسردگی در سطح  $P \geq 0/001$  تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به تفاوت میانگین‌ها این تفاوت، به نفع گروه آزمایش است. این یافته، حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های مدیریت کودک به مادران، موجب کاهش مشکلات سازگاری

اجتماعی، اضطراب و افسردگی مادران این کودکان می‌گردد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی نقش آموزش مهارت‌های مدیریت کودک در بهبود سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به ADHD بود. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های مدیریت کودک به مادران این کودکان، موجب بهبود سلامت عمومی مادران شده است.

این نتیجه، با یافته‌های جوزفسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) همخوان است که نشان داده بود مداخلات خانوادگی، در کاهش علائم اصلی ADHD همچون اشکال در نگهداری توجه تأثیری ندارد؛ اما این آموزش‌ها می‌تواند مشکلات رفتاری خانواده را کاهش دهد. همچنین دنفورت، هاروی، وندی، اولازیک و مک کی<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای، والدین ۴۵ کودک مبتلا به ADHD را تحت آموزش قرار دادند که نتایج این پژوهش، حاکی از آن بود که علاوه بر کاهش رفتارهای بیش‌فعالی، مخالفت‌جویی و پرخاشگری در کودکان، این آموزش‌ها بر بهبود رفتار فرزندپروری و کاهش استرس والدین نیز تأثیر گذاشته بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت به دلیل آن که مشکلات رفتاری کودک، تأثیر نامطلوبی بر والدین می‌گذارد و اغلب مطالعات نشان داده‌اند که بین احساس شایستگی والدین از والدگری‌شان و میزان سلامت عمومی والدین رابطه وجود دارد، والدینی که در جریان تعامل با فرزند خود موفق به اجرای اصول و قوانین تربیتی بر روی کودک نمی‌شوند، یک چرخه‌ی معیوب در آنان شکل می‌گیرد بدین صورت که بتدریج احساس تقلیل شایستگی در آنان ایجاد می‌شود، اعتماد به نفس‌شان کاهش می‌یابد، روابط اجتماعی آنان محدود می‌شود، استرس و

1. Josephson

2. Danforth, Harvey, Wendy, Ulazec & Mckee

اضطراب‌شان افزایش می‌یابد و به دنبال این موارد، یک احساس عدم کفایت در مادر شکل می‌گیرد که این مسئله، بر روابط خانواده و مخصوصاً روابط زن و شوهر تأثیرات تنش‌زایی خواهد داشت و مجموع این موارد، باعث کاهش سلامت عمومی والدین و بویژه مادران می‌گردد. لذا با فراگیری این آموزش‌ها، این چرخه‌های معیوب شکسته می‌شوند. همچنین به دلیل این که پس از اتمام جلسات، دانش مادران از اختلال ADHD افزایش می‌یابد، می‌توان نتیجه گرفت که درک مادران این گونه کودکان از اختلال فرزند خود، منجر به تغییر نگرش آنان شده تا بدان حد که بجای این که رفتارهای وی را عمدی بدانند، آنها را ناشی از اختلال فرزند خود در نظر می‌گیرند و این آگاهی باعث می‌شود مادران، از روش‌های خشن برای کنترل رفتار کودک کمتر استفاده نمایند، که تمام این موارد، بر سلامت عمومی مادران تأثیرگذار می‌باشد.

نتایج به‌دست آمده، حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های مدیریت کودک به والدین این گونه کودکان، موجب بهبود سازگاری اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی مادران شده؛ اما بر کاهش مشکلات جسمانی تأثیری نداشته است. برخی از مطالعات پیشین که در این راستا انجام گرفته‌اند، بیشتر در زمینه‌ی افسردگی و اضطراب بوده که همانند مطالعه‌ی حاضر، اغلب بیان کرده‌اند این آموزش‌ها بر روی افسردگی و اضطراب تأثیر مثبتی داشته‌اند؛ اما در مورد سازگاری اجتماعی، تاکنون پژوهش‌چندانی صورت نگرفته است. به‌طور مثال، ساندرز و مارکی دز (۱۹۹۷)؛ به نقل از فرمند، (۱۳۸۵) در مطالعه‌ای که در آن یک برنامه‌ی آموزشی-رفتاری خانوادگی بر روی والدین کودکان ستیزه‌جو و بیش‌فعال انجام دادند، دریافتند که مادران شرکت‌کننده، علاوه بر افزایش صلاحیت فرزندپروری کارآمد، سطوح پایین‌تری از اضطراب، افسردگی و استرس را نشان می‌دهند. در طی پیگیری، تغییرات حاصله در رفتار کودک و شیوه‌های فرزندپروری مادران، تا چهار ماه پس از مداخله نیز باقی مانده بودند.

در مطالعه‌ی اسپیجکرز، جانسون، میر و ریچینولد (۲۰۱۰) اثربخشی برنامه‌ی آموزش مهارت‌های مدیریت کودک در ارتقاء رضایت و کارآمدی و حس کلی صلاحیت والدین و کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان نشان داده شد. همچنین در مطالعه‌ی دیگری که با هدف انجام مداخلات پیشگیرانه در خانواده‌های کودکان در معرض ابتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی صورت گرفت، به والدین به‌صورت گروهی مهارت‌های تربیت کودک آموزش داده شد. نتایج، حاکی از آن است که علاوه بر کاهش نشانه‌های اختلال، رفتارهای منفی و تعارضات والدینی، افسردگی و اضطراب و استرس کاهش یافته و احساس کفایت در این‌گونه والدین افزایش یافته است (به نقل از ساندرز و یانگ، ۲۰۰۵).

علاوه بر سودمندی اثبات شده‌ی برنامه‌های آموزش والدین در بهبود رفتار این‌گونه کودکان، بارلو و کارن<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) در یک متاآنالیز، ۲۶ پژوهش در این زمینه را از نظر بهبود پیامدهای کوتاه مدت و نیز درازمدت سلامت روانی-اجتماعی مادران، مثبت ارزیابی کرده و دریافتند که این برنامه‌های آموزشی، بر روی افسردگی، اضطراب، روابط بین فردی و سازگاری‌های خانوادگی و زناشویی مادران تأثیرات مثبت بارزی داشته‌اند.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که آموزش مهارت‌های مدیریت کودک ADHD با توانمندسازی مادر و به‌کارگیری شیوه‌های صحیح کنترل رفتار کودک موجب می‌شود که نشانگان افسردگی ناشی از درماندگی مادر در امر تربیت کودک کمتر شده و حتی بهبود یابد. بنابراین مادران، با شرکت در کلاس‌های گروهی مذکور، از حمایت سایر والدین بهره‌برده و باعث گسترش نظام حمایتی آنان می‌گردد.

براساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که آموزش مهارت‌های

1. Spijkers, Jansen, Meer & Reijneveld

2. Barlow & Coren

مدیریت کودک برای مادرانی که کودکان آنان مبتلا به ADHD هستند، مورد توجه قرار بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود نقش مهارت‌های مدیریت کودک در کاهش مشکلات رفتاری همراه با ADHD، در تحقیقات آتی مورد توجه پژوهشگران قرار بگیرد.

## منابع

- ابوالقاسمی، عباس، و نریمانی، محمد. (۱۳۸۴). *آزمون‌های روانشناختی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.
- سمیعی کرانی، صمصام. (۱۳۸۳). *مقایسه‌ی سلامت روانی کودکان دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه با والدین کودکان عادی شهرستان فارس با ملاحظه‌ی وضعیت اجتماعی-اقتصادی*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی.
- صادقی، اکبر، شهیدی، شهریار، و خوشابی، کتایون. (۱۳۹۰). *اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانوادگی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی*. فصلنامه‌ی خانواده‌پژوهی، ۷(۲): ۱۷۵-۱۸۵.
- فرمند، آتوسا. (۱۳۸۵). *سودمندی درمان ترکیبی: برنامه‌ی گروهی فرزند‌پروری و دارو درمانی بر علائم و شیوه‌های تربیتی کودکان ۱۲-۳ مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه*، در مقایسه با هریک از این درمان‌ها به تنهایی. پایان‌نامه دکترای روان‌پزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- قدیری، فاطمه. (۱۳۸۵). *بررسی ارتباط متقابل بین نقایص کارکردهای اجرایی و نشانه‌های وسواسی-اجباری در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و وسواسی-اجباری جهت پیشنهاد راهکارهای درمانی مبتنی بر توانبخشی شناختی*. پایان‌نامه‌ی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- کیت کانر. سی.، و جت جولیت ال. (۱۳۸۶). *راهنمای تشخیص و درمان اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی*. ترجمه میر محمود میرنسب. تهران: انتشارات ارجمند.
- Barkley, R. A. (2005). *Attention deficit hyperactivity disorder. A hand book treatment*. NEW YORK: The guilford press.
- Barkley, R. A. (2007). *ADHD in Adults: History, Diagnosis, and Impairments*. Available at: [continuingeducation.net](http://continuingeducation.net).

- Barlow, J., & Coren, E. (2004). *Parent training program for improving Maternal psychological Health*. Cochrance Data base system. Review. (1):CD002020
- Danforth, J., Harvey, E., Wendy, R., Ulazec, T., & Mckee, T.E. (2006). The outcome of parent training for families of children with attention deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 188-205.
- Douglas, V. I. (1998). Stop, look and listen :The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4, 259-282.
- Fabio, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis- Tusciano, A., & O Conner, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatment for attention deficit/ hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-40.
- Hechtman, L., Abicoff, H.B., Klein, R. G., Greenfield, B., & Etcovitch, J. (2004). Children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment: Impact on parental practices. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 830-839.
- Josephson, A. (2005). Child and adolescent health. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, 34, 163-173.
- Kratochvil, C. J., Vaughan, B.C., Barker, A., Corr, L., Wheeler, A., & Madaan, V. (2009). Review of pediatric attention deficit/hyperactivity disorder for the general psychiatric. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American*, 32, 39-56.
- Ramsay, J., & Russell, L. (2007). Cognitive behavioral therapy for adult ADHD. *Rutledge*, 26, 433-444.
- Salbach, H., Lenz, K. Huss, M., Vogel, R. Felsing, D., & Lehmkuhl, V. (2005). Treatment effects of parent management training for ADHD. *Jugend Psychiatry*, 33, 59-69.
- Sanders, M. R., & Young, R. W. (2005). Does parental attribution retraining and anger management enhance the effect of the triple positive parent training with parent at risk of child maltreatment? *Behavior Therapy*, 35, 513-535.
- Spijkers, W., Jansen, D., Meer, G., & Rejineveld, S. (2010). *Effectiveness of a Parenting Program in public health setting*. Department of health science. University of Groningen, Netherlands.
- Van Cleve, J., & Leslie, L. K. (2008). Approaching ADHD as a chronic condition implications for long-term adherence. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46, 28-37.