

## بررسی اثر آموزش مدیریت به مادران بر بهبود شیوه‌های فرزندپروری و کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی فرزندان

طاهره بهمنی<sup>۱</sup>

دکتر حمید علیزاده<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۲۲

تاریخ وصول: ۹۰/۱/۲۹

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش مدیریت به مادران برای بهبود شیوه‌های فرزندپروری و کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی فرزندان است. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و والدین آنها در شهر بهبهان است. با انتخاب تصادفی ۲۶ مدرسه و با استفاده از پرسشنامه نشانه‌های مرضی کودک‌کان CSI-4 (فرم والد و معلم)، عده‌ای دانش‌آموز با این اختلال انتخاب و از نظر متغیرهایی مانند میزان تحصیلات دانش‌آموز و والدین، سن، محل زندگی، شدت اختلال، و اختلال‌های همبود هم‌تاسازی و ۴۰ نفر به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای ارزیابی شیوه‌های فرزندپروری از پرسشنامه فرزندپروری رایبسون، ماندلکو، ال‌س، وهارت (۲۰۰۱)، استفاده شد. مادران گروه آزمایش در جلسات آموزش مدیریت والدین مبتنی بر رویکرد رفتاری بارکلی (۱۹۹۷) شرکت داده شدند. مادران گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری، تفاوت معناداری میان میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در نشانه‌های اختلال را نشان داد و نمره شدت اختلال گروه آزمایش پس از آموزش کاهش یافته بود. همچنین نتایج تحلیل نشان داد که نمره شیوه‌های فرزندپروری خودکامه و سهل‌گیر مادران کاهش و

۱- دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان

۲- عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

نمره شیوه مقتدرانه افزایش یافته است. به طور کلی، می‌توان به این نتیجه رسید که برنامه آموزش والدین (بارکلی، ۱۹۹۷) سبب بهبود شیوه‌های فرزندپروری مادران و کاهش نشانه‌های اختلال در فرزندان شده است.

**واژگان کلیدی:** آموزش مدیریت به مادران، شیوه‌های فرزندپروری، اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی.

### **Impact of Mother Management Training on Parenting Styles and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Children**

T. Bahmani (M.A)

H. Alizadeh (Ph.D)

#### **Abstract**

The purpose of this study was to examine the impact of mother management training on parenting styles and attention deficit /hyperactivity disorder (ADHD) Symptoms in Children. This research was done through a quasi-experimental design of pre test- post test with equivalent groups. Twenty-six schools were selected randomly in Behbahan. Teacher/parent forms of CSI-4 students were utilized to diagnose ADHD. Participants included 40 students who met ADHD criteria, and randomly assigned into 2 experimental and control groups. The experimental mother's group was invited to participate in training sessions. The training package was based on Barkley (1997). The control group received no training. MANCOVA analysis showed some significant differences in improvement of parenting styles and decreasing the symptoms of children with ADHD. Accordingly, we can conclude that mother management training can be useful in helping these mothers and their children with ADHD.

**Key words:** Mother management training, attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, parenting styles.

## مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup> یکی از متداول‌ترین اختلال‌های دوران کودکی است (لیس و رنان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵) و میزان مراجعه به مراکز درمانی به علت آن، از تمامی اختلال‌های دیگر بیشتر است. بر اساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مجموعه نشگانی است با محدودیت میدان توجه، که با سطح رشد فرد ناهماهنگ است، و به ضعف تمرکز و رفتار ناگهانی و بیش‌فعالی منجر می‌شود. به عبارت دیگر، مشخصه اصلی این اختلال وجود الگوی پایدار نارسایی توجه و یا بیش‌فعالی و تکانش‌گری است و در مقایسه افرادی با در همان سطح از رشد، شدیدتر است.

اگر چه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نوعی اختلال زیستی دانسته می‌شود، ولی نشانه‌های ثانویه از جمله تحمل پایین ناکامی، اضطراب، افسردگی، پیشرفت تحصیلی پایین و مشکلات بین فردی در این اختلال وجود دارد که می‌تواند از دیدگاه غیر زیستی نیز مد نظر قرار گیرد (الیس و برنارد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). تربیت کودکی، که دارای فعالیت مفرط و تحریک‌پذیری و حرف‌شنوی اندک بوده و از دستورها پیروی نمی‌کند، کاری دشوار و خسته‌کننده است. برای این دسته از کودکان روش‌های معمول تربیت از قبیل استدلال و آگاه‌سازی و سرزنش اغلب کارساز نیست. به همین علت والدین آنان احساس ناتوانی کرده و نمی‌دانند چه کار کنند و ممکن است به تنبیه و تمسخر کودک اقدام نمایند. بروز این واکنش‌ها از سوی والدین باعث آشفتگی و اضطراب اعضای خانواده می‌شود (گرجی، ۱۳۸۳). از آنجا که کنترل این گروه از کودکان در مقایسه با همسالان دشوارتر است، با مشکلات رفتاری بیشتری مواجه می‌شوند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۳). در واقع، به علت تکانش‌گری و نداشتن توجه به پیامدهای اعمال

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

2. Lees & Ronan

3. Ellis & Bernard

خود، رابطه این کودکان با والدین تیره شده و تضاد میان کودک و مادر در سنین پیش دبستانی بیشتر می‌شود و تا دوران نوجوانی ادامه می‌یابد (کرونیس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). در واقع، خانواده‌های کودکان با این اختلال مشکلات زیادی دارند، تعاملاتشان منفی بوده و کنترل شدیدی اعمال می‌کنند (پلیزکا<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹).

بارکلی<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۹) در بررسی تعاملات کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با والدینشان دریافتند که آنها بیش از کودکان بدون مشکل از سوی والدین دستور دریافت می‌کنند و همچنین سرزنش و توبیخ می‌شوند. این شیوه فرزندپروری رفتار نامناسب را تقویت می‌کند. متوقف کردن این چرخه در مورد کودکان با این اختلال اهمیت دارد. اگرچه درمان دارویی یکی از مؤثرترین انواع درمان کوتاه مدت برای این اختلال شناخته شده است، ولی فقط حدود ۷۵ درصد از کودکان با تشخیص بالینی، تحت درمان دارویی قرار می‌گیرند (لیس و رنان، ۲۰۰۴). ۲۵ درصد از آنان با توجه به تجربه عوارض جانبی داروها از این روش درمانی بهره‌مند نمی‌شوند (رابینر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). نگرانی والدین و پزشکان از عوارض جانبی داروها و از سوی دیگر، در دست نبودن یافته‌های پژوهشی، که نشان دهنده تأثیر بلندمدت داروها باشد، مشکلاتی را در تجویز داروها پدید آورده است (حاجب، حکیم شوشی و خواجه الدین، ۲۰۰۱). اصولاً اثرات داروهای محرک موقتی است و فقط هنگام مصرف دارو مشاهده می‌شود (بنت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷).

بارکلی (۲۰۰۲) معتقد است آموزش والدین موجب افزایش شناخت آنان از ماهیت اختلال شده و اعتماد به نفسشان را در خصوص نقش فرزندپروری بالا خواهد برد و نیز به آنها کمک می‌کند تا رفتارهای نامناسب فرزند خود را کنترل کرده و کاهش دهند و در تربیت آنها

---

1. Chronis
2. Pliszka
3. Barkley
4. Robiner
5. Bennet

احساس موفقیت بیشتری داشته باشند. همچنین بررسی ها نشان می دهد، اثرات درمانی به مدت ۴ تا ۵ سال پس از آموزش همچنان پایدار بوده اند.

اثر بخشی برنامه های آموزش مدیریت والدین در پژوهش وینبرگ<sup>۱</sup> (۲۰۰۵)، کازدین<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، الیور<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، غنی زاده و شهریور (۲۰۰۵)، رجبو (۱۳۸۵) و احتسابی (۱۳۸۷) بررسی شده است و این برنامه ها یافته های قابل ملاحظه ای در بر داشته اند. نتایج پژوهش ها نشان داده آموزش مدیریت به والدین بر کاهش رفتارهای آزارشی و اختلال های همبود و کاهش استرس والدین مؤثر بوده است. پژوهشگرانی همچون آناستوپولوس<sup>۴</sup> (۱۹۹۳)، بارکلی و همکاران (۲۰۰۱)، هیونگ کائو، تیو و یانگ<sup>۵</sup> (۲۰۰۳)، سوناگا- بارک<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۴)، فایانو<sup>۷</sup> (۲۰۰۵)، تراسی، تریپ و بارید<sup>۸</sup> (۲۰۰۵)، دانفورت<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، اسکوبل<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، ترنر و ساندر<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۶)، موری و جانستون<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۶)، الیور و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که آموزش والدین می تواند بر بهبود رفتار والدین در برخورد با کودکان، کاهش پرخاشگری و افزایش اعتماد بنفس کودکان موثر باشد.

روش آموزش والدین به دلیل ویژگی های منحصر به فرد خود در میان روش های درمانی توجه دیگران را به خود جلب کرده و یک وجه مکمل مداخله های روان درمانی است، که در آن به والدین و دیگر مراقبان فنون مقابله با مشکلات رفتاری کودکان در خانه آموزش داده می شود (هوز و ساندرز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲). در آموزش والدین بر کل خانواده و تأثیر آن بر کودک

1. Weinberg
2. Kuzdin
3. Oliver
4. Anastopolus
5. Hung, Chaol, Tu & Ynag
6. Sonuga-Barke
7. Fabiano
8. Treacy, Tripp & Barid
9. Danforth
10. Schwebel
11. Turner & Sander
12. Murray & Johnston
13. Hous & Sanders

تأکید می‌شود و در مورد نگرانی‌های والدین به علل درمان پیش آگاهی فرزندشان، در جلسات آموزش بحث و بررسی می‌شود و این اطلاعات سبب می‌شود تا والدین متقاعد شوند که رفتارهای نامعقولی که گاهی اوقات از فرزندشان سر می‌زند، ارادی و عمدی نیست. چنانچه والدین این رفتارها را غیر عمدی بدانند، کمتر ناراحت و عصبانی می‌شوند و کمتر به روش‌های تنبیهی متوسل خواهند شد (پلیزکا و همکاران، ۱۹۹۹). اهداف همه سطوح درمانی این روش افزایش خودکارآمدی و خودکفایی والدین در کنترل رفتار کودک است و از طریق آموزش‌های والدین به منظور ارتقای تحول کودک و حس صلاحیت اجتماعی و خودکنترلی میسر می‌شود. از فواید این برنامه کاهش رفتارهای مخرب کودک و بهبود بخشیدن روابط والدین با کودک و سایر اعضای خانواده است (داگلاس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). بارکلی (۱۹۹۷) معتقد است والدین این کودکان نیاز دارند از روش‌های روشن و قاطع و نظام مند استفاده نمایند و دانش خود را درباره اختلال کودکانشان افزایش دهند و به میزان اختلال رفتاری کودک پی ببرند (بارکلی، ۲۰۰۲).

در مورد اثربخشی این روش بر کاهش مشکلات رفتاری مختلف مطالعات متعددی صورت گرفته است. نتایج حاکی از کاهش رفتارهای بیش‌فعالی و مخالفت‌جویی و پرخاشگری در کودکان و بهبود رفتار فرزندپروری و کاهش استرس والدین بوده است. با توجه به شیوع نسبتاً زیاد این اختلال و همراه بودن آن با مشکلاتی برای والدین، کودکان، مدرسه، و جامعه استفاده از این روش در درمان مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از اهمیت ویژه برخوردار است. بنابراین، این بررسی به تأثیر آموزش والدین بر کاهش سه نشانه از نشانه‌های اختلال (بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگر) و نیز تأثیر آن بر بهبود شیوه‌های فرزندپروری به معنای ترغیب والدین به سمت شیوه‌هی مقتدرانه می‌پردازد.

---

1. Douglas

## روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و روش تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری، کلیه دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل در سال ۸۸-۱۳۸۷ شهر بهبهان و والدین آنهاست. در انتخاب نمونه مناسب برای پژوهش پس از انتخاب تصادفی ۲۶ دبستان از میان مدارس شهر ۶۱ دانش‌آموز با اختلال تشخیص داده شدند که پس از هم‌تاسازی آزمودنی‌ها از نظر متغیرهایی همچون میزان تحصیلات دانش‌آموز، جنس، محل زندگی، شدت اختلال، و میزان تحصیلات والدین و پس از اعلام رضایت والدین برای شرکت در مطالعه، ۴۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. از پرسشنامه نشانه‌های مرضی کودکان CSI-4 برای تشخیص و غربالگری دانش‌آموزان با اختلال استفاده گردید. این پرسشنامه بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR تدوین شده و دارای دو چک لیست والدین و معلمان است. نسخه ایرانی پرسشنامه را محمد اسماعیل (۱۳۸۳) تهیه کرده و هر دو فرم والد و معلم را شامل می‌شود. ۱۸ سؤال آن مربوط به این نوع اختلال و شیوه نمره‌گذاری به دو روش نمره برش غربال‌کننده و روش نمره شدت علامت است. محمد اسماعیل و علی پور (۱۳۸۱) همبستگی فرم والدین را برای نوع بی‌توجه ۰/۵۳، نوع تکانشی - بیش‌فعالی ۰/۶ و نوع مرکب ۰/۶۹ و نقاط برش پرسشنامه فرم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی برای والد و معلم، نوع بی‌توجه ۴ و نوع تکانشی بیش‌فعال ۶ گزارش کرده‌اند. همچنین در این تحقیق نه روان‌پزشک با بررسی خود روایی محتوایی پرسشنامه را مثبت گزارش کردند و هر پرسشنامه را مادر و معلم جداگانه تکمیل کرده‌اند و بعد از توضیح در مورد نحوه نمره‌گذاری از آنان خواسته شد تا عبارات‌های پرسشنامه را مطالعه و با در نظر گرفتن مشاهده‌ها و شناخت خود از رفتارهای کودک آن را نمره‌گذاری کنند.

برای تعیین وضعیت خانوادگی و شیوه فرزندپروری والدین از پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری رایبسون، ماندلکو، الس وهارت (۲۰۰۱)

استفاده شد. پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی دارای ۱۷ سؤال بوده و درآمد، تحصیلات والدین، اطلاعاتی راجع به خود دانش آموز در زمان تولد، و سایر موارد مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی را می‌سنجد. پرسشنامه شیوه‌های فرزند پروری را علیزاده (۱۳۷۹) به فارسی ترجمه کرده است. این پرسشنامه ۳۲ گویه‌ای توسط والدین تکمیل و دارای یک طیف ۵ درجه‌ای است: ۱. هیچ وقت ۲. گاهی اوقات ۳. تقریباً برخی مواقع ۴. خیلی مواقع ۵. همیشه. حداقل نمره در این آزمون ۳۲ و حداکثر ۱۶۰ است. این پرسشنامه سه نوع شیوه فرزند پروری مقتدرانه و خودکامه و سهل‌گیر را می‌سنجد. علیزاده و آندریس<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) اعتبار درونی برای مقیاس اقتداری در کودکان عادی را ۰/۹. و برای مقیاس استبدادی ۰/۷۸. و سهل‌گیر ۰/۷۰. گزارش داده‌اند. یوسفی (۱۳۸۲) نیز اعتبار آن را ۰/۷۶. بدست آورد.

### شیوه‌ی اجرا

اجرای تحقیق از پایان فروردین ۱۳۸۸ آغاز شد و تا اوایل مرداد همان سال ادامه یافت. برای اجرای طرح، پس از انتخاب مدارس مورد نظر و هماهنگی با مدیران مدارس در جلسه‌ای مطالب لازم درباره تحقیق و ویژگی‌های کودکان مورد بررسی در جایگاه آزمودنی به مادران و معلمان ارائه و از آنان دعوت به همکاری شد و نیز خواسته شد به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و نمره‌گذاری و همتاسازی بر اساس ملاک‌هایی، که قبلاً ذکر شد، از میان کودکان دارای نمره برابر یا بالاتر از نمره برش ۴۰ نفر انتخاب و تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند و نمرات شدت نشانه‌های اختلال آنها بر حسب نمرات حاصل از فرم والد به عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس مادران گروه آزمایش در جلسه‌های مورد نظر شرکت داده شدند. جلسه‌ها شامل ۱۰ جلسه آموزشی بود، که هفته‌ای یکبار به مدت ۹۰ دقیقه به اجرا در آمد. نحوه کار بدین صورت بود که در ابتدا با

1. Alizadeh & Andries





مادران ارتباط برقرار شد و با زبانی ساده اختلال و علل آن، اهداف جلسات، و ضرورت موضوع برای آنان بازگو شد.

### محتوای برنامه آموزش مدیریت والدین

این برنامه از برنامه آموزش مدیریت والدین بارکلی (۱۹۹۷) اقتباس شده است. جلسه اول در مانگر اطلاعات مفید و ضروری را در مورد ماهیت، شیوع، پیش آگهی، سبب شناسی، و درمان کارآمد این اختلال به والدین می دهد. جلسه دوم اصول کلی مدیریت رفتار همچون تقویت مثبت، و تقویت تفکیکی و برخی موارد دیگر توضیح داده می شود. در جلسه سوم، بر نقش و اهمیت توجه والدین بر رفتارهای کودک تأکید می شود. در این جلسه روش های کارآمدتر توجه به رفتارهای کودکان، تکنیک های کلامی و استفاده از جمله های مثبت و اصول توجه به رفتار مثبت و نادیده انگاری رفتارهای نامناسب آموزش داده می شود. جلسه چهارم به بسط آموزش های جلسه سوم می پردازد و رفتارهایی که در «وقت ویژه» تقویت می شوند در وقت های دیگر نیز باید مورد توجه قرار بگیرند. در این جلسه، توجه مثبت به فرمان برداری از دستور والدین و نیز پیروی از مقررات خانواده تأیید می شود. جلسه پنجم به تدوین برنامه اقتصاد پته ای در خانه پرداخته می شود. برای تدوین این برنامه والدین فهرستی از مسئولیت ها و تکالیف کودک را تهیه می کنند و برای هر یک از آنها ارزش و امتیاز تعیین می کنند. در جلسه ششم استفاده از روش جریمه و روش محروم سازی آموزش داده می شود. جلسه هفتم مدیریت رفتار در موقعیت های عمومی موضوع آموزش را آموزش می دهد. بهبود رفتار کودک در مدرسه از سوی خانه در جلسه هشتم مطرح می شود. در جلسه نهم آموزش مدیریت رفتارهای آینده انجام می گیرد، که مروری کوتاه بر آموخته های آنها از کل برنامه می شود، و سپس درباره نظر آنها در مورد مشکلات اجتماع در آینده و چگونگی مقابله با این مشکلات بحث و گفتگو می شود. جلسه دهم یادآوری و پیگیری است که، حدوداً باید بین ۴ تا ۶ هفته بعد از جلسه ۹ برگزار شود. هدف این جلسه مرور و یادآوری آموخته های والدین در طول ۹ جلسه قبل، بحث پیرامون

مشکلات رفتاری پیش آمده، بررسی مقیاس‌ها، پرسشنامه‌ها، و گزارش والدین است، که نشانه‌ی تغییرات رفتاری است. در این بررسی با مادران گروه کنترل هیچ گونه تماس آموزشی و درمانی برقرار نشد و فقط در پیش آزمون و پس آزمون شرکت کردند. کلیه والدین گروه آزمایش در همه جلسات حضور داشتند.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش نشان دادند که میانگین گستره سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۹/۲۲ و در گروه کنترل، ۹/۲۰ سال و میانگین سنی مادران گروه آزمایش ۳۱/۵۰ و گروه کنترل ۳۱/۱۰ سال بود. میزان تحصیلات مادران گروه آزمایش ۶۹ درصد دیپلم و ۳۱ درصد بالاتر از دیپلم و گروه کنترل، ۷۲ درصد دیپلم و ۲۸ درصد بالاتر از دیپلم بود.

فرضیه اول: آموزش مدیریت به مادران بر بهبود شیوه‌های فرزندپروری تأثیر دارد. با توجه به نتایج جدول ۱، مقدار  $F$  اثر گروه برابر با ۳۹۵/۲۶ است، که نشان می‌دهد تفاوت میان نمرات شیوه‌های مقتدرانه و خودکامه و سهل‌گیر در سطح  $p > ۰/۰۰۱$  معنادار است ( $p = ۰/۰۵$ ) و میان نمرات سه شیوه مقتدرانه و خودکامه و سهل‌گیر در مؤلفه فرزندپروری تفاوت معناداری وجود دارد. اثر تعاملی (آموزش  $\times$  آزمون) با مقدار  $F$  برابر با (۸/۵۱۴) و اثر تکرار آزمون (پس آزمون و پیش آزمون) با مقدار  $F$  برابر با (۱۳۱/۲۵) که سطح ۰/۰۵ معنادار است؛ یعنی، در گروه آزمایش در پس آزمون و پیش آزمون تفاوت وجود دارد. نمرات شیوه‌های خودکامه و سهل‌گیر قبل از آموزش بالاتر بوده اما پس از آموزش، نمره شیوه فرزندپروری مقتدرانه والدین افزایش و نمره دو شیوه دیگر کاهش یافته است. بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید شده و آموزش والدین سبب بهبود شیوه‌های فرزندپروری شده است. نتایج حاصل از آزمون پیگیری توکی در جدول ۲ نشان می‌دهد اختلاف میان نمرات کلیه شیوه‌های فرزندپروری معنادار بوده است.

فرضیه دوم: آموزش مدیریت به مادران بر کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی فرزندان تأثیر دارد.

همان گونه که جدول ۳ نشان می دهد، ضرایب F برای مقایسه میانگین های نمرات پس آزمون نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی (نوع بی توجه، تکانشگر و مرکب) گروه های کنترل و آزمایش (پس از تعدیل نمرات جنسیت) به ترتیب برای بی توجه = ۱۴/۰۲۷، تکانشگر = ۸/۹۶۴ و مرکب = ۱۴/۵۴۰ محاسبه شده که از نظر آماری معنادار بوده اند ( $p < 0/05$ ). بنابراین، با توجه به نتایج جدول می توان گفت فرضیه تحقیق مبنی بر اینکه آموزش مدیریت به والدین، نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی دانش آموزان را کاهش می دهد، تأیید شده است.

طبق جدول ۴، میانگین نمرات پس آزمون نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی (نوع بی توجه، تکانشگر و مرکب) گروه آزمایش به ترتیب برای بی توجه = ۱۳/۵۰، تکانشگر = ۱۳/۱۰ و مرکب = ۲۷/۱۵ است. میانگین نمرات پس آزمون نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی (نوع بی توجه، تکانشگر و مرکب) گروه کنترل برای بی توجه = ۱۶/۳۰، تکانشگر = ۱۶/۱۰ و مرکب = ۳۲/۲۵ است. شایان ذکر است میانگین نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی (نوع بی توجه، تکانشگر و مرکب) گروه آزمایش پس از اجرای برنامه آموزش مدیریت به والدین پایین تر از گروه کنترل است.

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس در مولفه فرزندپروری در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معناداری
اثر آزمون	۶۵۷۰.۴۱۷	۲	۳۲۸۵.۲۰۸	۳۹۵.۲۶۵	۰.۰۰۰
خطا	۴۷۳.۷۵۰	۵۷	۸.۳۱۱		
اثر تکرار آزمون	۹۵۲.۰۳۳	۱	۹۵۲.۰۳۳	۱۳۱.۲۵۱	۰.۰۰۰
تعامل آموزش با تکرار آزمون	۱۲۳.۵۱۷	۲	۶۱.۷۵۸	۸.۵۱۴	۰.۰۰۱
خطا	۴۱۳.۴۵۰	۵۷	۷.۲۵۴		

جدول ۲. آزمون پیگیری توکی

سطح معناداری	اختلاف میانگین‌ها	شیوه‌های فرزندپروری	
		مقتدرانه	خودکامه
۰.۰۰۰	* ۴۰.۶۵۰	مقتدرانه	خودکامه
۰.۰۰۰	* ۵۴.۴۷۵	سهل‌گیر	مقتدرانه
۰.۰۰۰	* -۴۰.۶۵۰	مقتدرانه	خودکامه
۰.۰۰۰	* ۱۳.۸۲۵	سهل‌گیر	مقتدرانه
۰.۰۰۰	* -۵۴.۴۷۵	مقتدرانه	سهل‌گیر
۰.۰۰۰	* -۱۳.۸۲۵	خودکامه	سهل‌گیر

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون

توان آزمون	میزان تأثیر	معناداری*	F ضریب	میانگین مجزورات	مجموع مجزورات	پس آزمون پیگیری متغیرهای وابسته	مقیاس‌ها
۰/۹۵۴	۰/۲۷۵	۰/۰۰۱	۱۴/۰۲۷	۷۸/۴۰۰	۷۸/۴۰۰	بی توجه	عضویت گروهی
۰/۸۳۰	۰/۱۹۵	۰/۰۰۵	۸/۹۶۴	۹۰/۰۰۰	۹۰/۰۰۰	تکانشگر	
۰/۹۶۰	۰/۲۸۲	۰/۰۰۱	۱۴/۵۴۰	۲۶۰/۱۰۰	۲۶۰/۱۰۰	مرکب	
				۵/۵۸۹	۲۰۶/۸۰۰	بی توجه	مقدار خطا
				۱۰/۰۴۱	۳۷۱/۵۰۰	تکانشگر	
				۱۷/۸۸۹	۶۶۱/۹۰۰	مرکب	
					۹۲۱۴/۰۰۰	بی توجه	مقدار کل
					۹۰۸۴/۰۰۰	تکانشگر	
					۳۶۳۸۲/۰۰۰	مرکب	

\* درجه آزادی = ۱

جدول ۴. میانگین نمرات پس آزمون نشانه‌های اختلال گروه کنترل و آزمایش

پس آزمون متغیرهای وابسته	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
بی توجه	آزمایش	۱۳/۵۰	۰/۵۲۹
	کنترل	۱۶/۳۰	۰/۵۲۹
تکانشگر	آزمایش	۱۳/۱۰	۰/۷۰۹
	کنترل	۱۶/۱۰	۰/۷۰۹
مرکب	آزمایش	۲۷/۱۵	۰/۹۴۶
	کنترل	۳۲/۲۵	۰/۹۴۶

### بحث و نتیجه گیری

برخی صاحب نظران (بارکلی، ۲۰۰۰) بر این نظرند که اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در بافت‌های اجتماعی متجلی می‌شود و نخستین محیط اجتماعی کودک خانواده است. این اختلال در بافت سیستمی معنا می‌یابد و فقط در چنین بافتی می‌توان در مورد علت، پیش‌آگهی، سیر و پیامدهای آن قضاوت کرد. بدون در نظر گرفتن تعامل کودک با محیط انجام دادن هرگونه اقدامی برای این کودکان غیر ممکن یا غیر سودمند خواهد بود. در این میان تأثیر والدین بر کودک و تأثیر کودک بر والدین و چگونگی مدیریت کودک به وسیله والدین، به شناخت بهتر کودک و فرایند شروع، سیر و پیامدهای اختلال کمک بسیار مهمی می‌کند.

هدف برنامه آموزش والدین رشد مهارت‌های خاصی در والدین است که معمولاً به وسیله به کار بردن این مهارت‌ها برای رفتارهای نامطلوب ساده‌ای انجام می‌گیرد که به آسانی مشاهده می‌شوند. به ترتیبی، که والدین در این مهارت‌ها ماهرتر می‌شوند و تمرکز بر رفتارهای مشکل‌آفرین بیشتر شده و حیطه‌های دیگری را در بر می‌گیرد. سودمندی آموزش مدیریت والدین متمرکز است بر ۱- کاهش رفتارهایی چون بی‌اعتنایی، نافرمانی و مشارکت نکردن کودکان ۲- کمک به والدین برای کنترل رفتارهای مشکل‌ساز کودک و مقابله با مشکلات عاطفی ناشی از تربیت ۳- کاهش مشکلات کودکان ۴- کمک به سایر اعضای خانواده تا از

مشکلات کودک تأثیر منفی نپذیرند (بارکلی، ۱۹۹۷). بامریند<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) بر این نظر است که فرزندپروری ناکارآمد والدین شامل همه رفتارهایی است، که ممکن است تأثیر سوئی بر کودک داشته باشد، گرچه همه مشکلات فرزندپروری والدین موجب اختلال رفتاری در کودک نمی‌شود. لامبرن<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۱؛ به نقل از ویسی، ۱۳۸۴) در پژوهشی نتیجه گرفتند کودکان خردسال اغلب از شیوه‌های فرزندپروری مقتدرانه بهره مند می‌شوند تا از سهل‌گیر و یا خودکامه.

در این پژوهش، یافته‌ها نشان داد آموزش مدیریت به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تأثیر دارد. این یافته با نتایج تحقیقات پژوهشگران دیگر مانند دانفورت<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، اسکوبل<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، فتحی (۱۳۷۴)، علیزاده و آندریس (۲۰۰۲)، رجب‌لو (۱۳۸۵) و احتسابی (۱۳۸۷) همسو است. همچنین، یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد این برنامه باعث کاهش نشانه‌های بی‌توجهی و تکانشگری و نوع مرکب این اختلال شده است.

آموزش مدیریت به مادران سبب بهبود شیوه‌های فرزندپروری شده و نمره مادران در شیوه مقتدرانه پس از آموزش افزایش و در دو شیوه خودکامه و سهل‌گیر کاهش پیدا کرد. یافته‌های حاضر با نتایج برخی از پژوهش‌های داخل و خارج کشور همسو است. برای مثال، غنی‌زاده و شهریور (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان دادند آموزش والدین رفتار کودکان و همچنین بهداشت روانی والدین را بهبود می‌بخشد. حاجب و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه خود نتیجه گرفتند این روش موجب افزایش شایستگی مادران شده و مشکلات رفتاری کودکان را کاهش داده است. وینبرگ<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) نیز گزارش داد این روش موجب کاهش فشارهای روانی والدین می‌شود.

---

1. Bamrind  
2. Lamborn  
3. anforth  
4. Schwebel  
5. Weinberg

کرونیس، چاکو، فابیانو، ویمبزو پلهام<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) مطابق نتایج پژوهش خود، بیان کرده‌اند که آموزش والدین باعث کاهش مشکلات رفتاری در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و اختلال‌های همبود با آن می‌شود.

در مطالعه‌های مشابه دیگری، هیونگک، چویل و یانگک<sup>۲</sup> (۲۰۰۳)، تراسی، تریپ و بارید<sup>۳</sup> (۲۰۰۵)، کازدین (۲۰۰۶)، ترنر و ساندر<sup>۴</sup> (۲۰۰۶)، موری و جانستون<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) و الیور<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۹) به نتایج مشابهی دست یافته و نشان دادند آموزش والدین در کاهش استرس و اضطراب مادران مؤثر بوده است. به طور کلی می‌توان به این نتیجه رسید که آموزش والدین در مقایسه با سایر روش‌های درمانی از نظر اقتصادی باصرفه بوده و اثربخشی لازم را دارد. همچنین این پژوهش به درک بهتر ماهیت تعامل والدین- فرزند در این خانواده‌ها کمک می‌کند.

بنابراین، پیشنهاد می‌شود این روش از سوی سازمان‌هایی مانند آموزش و پرورش حمایت و اجرا شود تا محدودیت‌هایی همچون فضای مناسب آموزشی با سهولت بیشتری در اختیار والدین و درمانگر قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، برنامه آموزش والدین در کنار و ترکیب با سایر شیوه‌های درمانی مطالعه شود تا میزان اثربخشی این برنامه در حالات مختلف بررسی شود.

از نکاتی که باید در استفاده از یافته‌های این پژوهش در نظر داشت این است که آزمودنی‌ها بر اساس پرسشنامه نشانه‌های مرضی کودکان CSI-4 تشخیص داده شده‌اند و اختلال‌های همراه با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در فرزندان و ترکیبات آنها که ممکن است مشکلات بسیار پیچیده و متعددی برای آنها پدید آورد، کنترل نشده است. از سوی دیگر، کوچکی نمونه و همگن ساختن آزمودنی باید مد نظر قرار بگیرد. سرانجام، در این پژوهش،

1. Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham  
 2. Hung, Chaol & Ynag  
 3. Treacy, Tripp & Barid  
 4. Turner & Sander  
 5. Murray & Johnston  
 6. Oliver

آموزش فقط به مادران داده شده و نباید آن را به معنای آموزش والدین به معنای مادر و پدر باهم در نظر گرفت.

### منابع فارسی

- احتسابی، اکرم. (۱۳۸۷). تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین بر نشانه های اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- فتحی، نادر. (۱۳۷۴). تأثیر آموزش والدین در کاهش علائم اختلال بیش فعالی و نقص توجه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان پزشکی تهران.
- گرجی، یوسف. (۱۳۸۳). بررسی و مقایسه اثربخشی کاربرد و روش های اصلاح رفتاری توسط والدین، معلمان و ترکیب هر دو در کاهش نشانه های اختلال بیش فعالی و نقص توجه دانش آموزان ابتدایی. پایان نامه دکترا، دانشگاه علامه طباطبائی.
- رجبلو، منصوره. (۱۳۸۵). میزان اثربخشی آموزش مدیریت به والدین بر کاهش نشانه های اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۸۳). درسنامه درمان رفتاری- شناختی کودکان مبتلا به بیش فعالی- نارسایی توجه. تهران: انتشارات دانژه.
- محمد اسماعیل، الهه و علی پور، احمد. (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال های پرسشنامه علائم مرضی کودکان ۴-CSI توجه. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۳، ۲۲-۳۶.
- ویسی، ناصر. (۱۳۸۴). بررسی رابطه شیوه های فرزند پروری با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان پسر دوم و سوم ابتدایی شهر کامیاران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- یوسفی، آیت اله. (۱۳۸۲). رابطه شیوه های فرزندپروری با مهارت های اجتماعی دانش آموزان ابتدایی شهر اسفراین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.



## منابع لاتین

- Alizadeh, H. & Andries, C. (2002). Interaction of Parenting Style and Deficit Hyperactivity Disorder in Iranian Parents. *Child Family Behavior Therapy*, 24, 37-52.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed. - Revised). Washington, DC: Author.
- Anastopolus, A. Shelton, T. L., Guevrment. D. C. Dupaul, G. J. (1993). Parenting Stress Among Families of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.
- Barkely, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem solving communication training alone, behavior management training alone and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 69, 926-41.
- Barkley, R. A. (1997c). *Defiant children*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2000). *Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents, Revised Edition*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatment for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36-43.
- Baumrind, D. (1971). *Current patterns of parental authority*. *The Journal of Development Psychology*, 31, 99-102.
- Bennet, J. (2007). 3 Steps to Conquering ADD/ADHD. Available on: [www.adhd.net](http://www.adhd.net).
- Chronis, A., Chacko, A., Fabiano, G., Wymbs, B., & Pelham, W. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 123-141.
- Chronis, A., M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 1-27.
- Danforth, J., Harvey, E., Ulaszek, W., Eberhardt, K., & McKee, T. (2006). The outcome of group 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.
- Duglas, T. (2005). *What is ADHD?* Kid Health for Parents, Nemours Foundation.
- Ellis, A., Bernard, M. E. (2006). *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders: Theory, practice and research*. NY: Springer.
- Fabiano, G. A. (2005). Behavioral parent training for father of children with attention deficit hyperactivity disorder: Effectiveness of the intervention and a Comparison of 2 formats. New York: Buffalo University. Available: [www.chadd.com](http://www.chadd.com).
- Ghanizadeh, A., & Shahrivar, F. Z. (2005). The effect of parent management training on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 17, 31-34.
- Hajeb, A., Hakim Shoushtari, M., & Khajeddin, N. (2001). The effect of parent management training for parents of preschoolers with ADHD. University of Medical Science. Iran.

- Hoas, F. E. Sanders, M. R. (2002). A Feasibility Study of enhanced group tripe positive parenting program for parent of children with attention deficit-hyperactivity. *Behaviour Change*, 19, 191-206.
- Hung , H. L., Chaol, C. C., Tu, C., & Ynag, P. C. (2003). Behavioral parent training for Taiwanese parents of childeren with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 25, 275-281.
- Kazdin, A. (2006). Parent management training evidence, outcomes and issues. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 149-162.
- Lees, D. G., & Ronan, K. R. (2004). *Parent training for solo mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder: An effectiveness and multiple baseline evaluation*. Massey University.
- Murray, C., & Johnston, C. (2006). Parenting in mothers with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 52-61.
- Oliver, P., Wright Guerin, D., & Coffman, J. (2009). Big five parental personality traits, parenting behaviors, and adolescent behavior problems: A mediation model. *Personality and Individual Differences*, 47, 631-636.
- Pliszka, S. R. (1999). Effects of anxiety on cognition, behavior, and stimulant response in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 882-887.
- Robiner, D. (2007). *Behavioral of Treatment for ADHD: Mental Health TOUCHES*.
- Robinson, C. C., Mandelcom B., Olsen, S. F., & Hart, C. H. (2001). The parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ). In B. F. Perlmutter, J. Touliatos, & G. W. Holden (Eds.), *Handbook of family measurement techniques: Vol. 3. Instruments & index* (pp. 319-321).
- Schwebel, D., Hodgens, B., & Sterling, S. (2006). How mothers parent their children with behavior disorders: Implications for unintentional injury risk. *Journal of Safety Research*, 37,167-173.
- Sonuga-Barke, E.,Thompson, M., Daley, D., Laver-Bradbury, C. (2004). *Parent training for attention deficit/hyperactivity disorder: Is it as effective when delivered as routine rather than as specialist care? British Journal of Clinical Psychology*, 43, 449-457.
- Treacy, L., Tripp, G., & Barid, A. (2005). Parent stress management training for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 44, 632- 647.
- Turner, K., & Sander, M. (2006). Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 176-19.
- Weinberg, H. A. (2005). Parent training for attention on deficit hyperactivity disorder: Parental and Child Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 7-13.