

اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری به مادران بر کاهش اختلال کاستی- توجه / بیش‌فعالی کودکان آنها و افزایش شادکامی والدین

رویا رسولی^۱

استاد یار مشاوره، دانشگاه الزهرا

مرتضی امیدیان

دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه یزد

فهیمة سامعی

کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه یزد

پذیرش: ۹۱/۱۱/۱۰

دریافت: ۹۱/۵/۱۱

چکیده

هدف: هدف پژوهش بررسی اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری بر کاهش اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی کودکان آنها و افزایش شادکامی مادر و پیرو آن شادکامی پدر.

روش: طرح پژوهش نیمه تجربی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. نمونه شامل ۴۵ کودک مراجعه‌کننده به کلینیک امام حسین استان یزد که دارای نشانگان ADHD بودند. نمونه‌ها به صورت داوطلبانه و با جایگزینی تصادفی (هر گروه ۱۵ نفر) در سه گروه، ۱- آزمایشی (دارو درمانی کودک) ۲- آزمایشی (دارو درمانی کودک به همراه آموزش به مادر)، و ۳- (کنترل) قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول علاوه بر دارو درمانی کودکان، طی ۹ جلسه به مادران آموزش ارائه شد و گروه آزمایشی دوم، فرزندانشان فقط تحت نظر روانپزشک دارو دریافت کردند و گروه

1. Rasouli5@alzahra.ac.ir

کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار کلینیک قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه کانرز فرم والدین، پرسشنامه شادکامی آکسفورد بزرگسالان بود. نمره پرسشنامه کانرز و شادکامی آکسفورد به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک راهه و دوراهه تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد دارو درمانی و آموزش به مادران هر دو موثر است و منجر به کاهش علائم شده است ($P < 0/01$). اما تفاوت بین دارو درمانی و آموزش به مادران نیز معنا دار است ($P < 0/05$) و این نشان می‌دهد آموزش به مادران به همراه دارو در مانی در کاهش علائم موفق تر است. به علاوه تاثیر آموزش به مادران در افزایش شادکامی آنها معنادار است ($P < 0/01$) همچنین یافته‌ها حاکی از آن است افزایش شادکامی مادران می‌تواند شادکامی پدران را که در جلسات آموزشی حضور نداشتند به دنبال داشته باشد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: در نهایت نتیجه‌گیری می‌شود گرچه دارو درمانی برای کاهش علائم و افزایش شادکامی مادران مؤثر است اما با اضافه کردن متغیر آموزش به مادر این اثربخشی افزایش می‌یابد. همچنین نتیجه‌گیری می‌شود متغیر شادکامی انتقالی است و به پدر که در جلسات حضور نداشته است نیز منتقل می‌شود.

واژگان کلیدی: آموزش شناختی - رفتاری، اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی، مادران، والدین، شادکامی.

مقدمه

در کودکان (به ویژه کودکان پیش دبستانی)، فعال بودن، پرنشور و پرنشاط بودن، پریدن از یک فعالیت به فعالیت دیگر هنگامی که محیط خود را کاوش می کنند، عمل کردن بدون احتیاط، پاسخ دادن به طور تکانه‌ای به رویدادهایی که در اطراف آنها رخ می دهد و واکنش‌های هیجانی سریع امری عادی است. اما زمانی که کودکان همواره سطوحی از فعالیت را به نمایش می گذارند که متفاوت از گروه سنی آنها است، به آنها صرفاً پرنشور و پرنشاط (ویژگی که خاص کودکی است)، اطلاق نمی شود (کاکاوند، ۱۳۸۵). اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (ADHD)^۱ از جمله شایع‌ترین اختلالات بهداشت روانی دوران کودکی است. که تقریباً ۳ تا ۵ درصد کودکان سن مدرسه را دربردارد (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۱۳۷۴). کودکان مبتلا به ADHD، نشانه‌هایی از جمله کمبود توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری را از خود نشان می دهند این نشانه‌ها غالباً در بسیاری از حوزه‌های زندگی فرد مانند عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی با همسالان و همچنین بزرگسالان ایجاد اختلال می کند. علاوه بر این، چنین کودکانی در نوجوانی و بزرگسالی در معرض خطر ابتلا به رفتارهای ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد و الکل قرار دارند در بیشتر موارد، علیرغم درمان دارویی، نشانه‌های ADHD همچنان باقی می ماند و در نوجوانی و بزرگسالی نیز فرد مبتلا را آزار می دهد (بخشایش، ۱۳۸۹). کودکان مبتلا به ADHD تأثیر ویرانگری بر خانواده دارند، خواهر و برادران و والدین ممکن است دچار احساس ناکامی، خشم، نادیده گرفته شدن، خجالت شوند. والدین باید برای حل تعارض با همسالان، مدرسه، خواهر برادران وارد عمل شوند (میکامی^۲ و پفیفر^۳، ۲۰۰۸). والدین این کودکان آسیب شناسی بیشتری نشان می دهند (استین هوسن^۴، گولنر^۵،

1. Attention Deficit Hyperactive Disorder
2. Mikami
3. Piffner
4. Steinhausen
5. Göllner

براندیس^۱، مولر^۲، والکو^۳ و دریچسلر^۴ شدت علائم ADHD با استرس فرزند پروری همراه است و سطح استرس در مورد فرزندان دختر کمتر است (تیول^۵، وینرز^۶، تنوک^۷ و جنکینز^۸، ۲۰۱۳) تیول و همکاران (۲۰۱۱)، نشانه‌های ADHD، تحصیلات، حمایت اجتماعی و وضعیت تاهل را به عنوان پیش‌بینی کننده‌های استرس در والدین مورد بررسی قرار دادند نتایج نشان داد علائم ADHD قوی‌ترین پیش‌بینی کننده استرس در والدین است و خاطر نشان می‌کند کاهش استرس والدین باید در گسترش مداخلات برای خانواده‌های دارای کودک مبتلا به ADHD، در نظر گرفته شود، این والدین از روش‌های غلط تربیتی مانند تنبیه استفاده می‌کنند و همچنین از عزت نفس پایین‌تری برخوردار هستند. از این میان به دلیل تعامل بیشتر مادر با فرزندان بیشترین فشار و استرس بر مادر است (روشن بین، ۱۳۸۵). مادران بعضی اوقات تجربه کافی، زمینه آموزش نظری و مهارت‌های عملی لازم در برخورد با مسائل فرزندان را ندارند. تجربه استرس، میزان شادکامی را کاهش داده و سلامت روانی فرد را تهدید می‌کند. فرزندان تنش‌زا از میزان شادکامی خانواده می‌کاهند (آلبرکتسن^۹، ۲۰۰۳). بنابراین یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در این تحقیق شادکامی والدین است. در تعریف شادکامی به سه بعد توجه می‌شود: ۱. رضایت از زندگی؛ ۲. حداکثر عاطفه مثبت؛ ۳. حداقل عاطفه منفی (پادش، فاتحی‌زاده، عابدی، ۱۳۹۰).

یکی از روش‌های درمانی مناسب برای این کودکان آموزش به مادران است. از آنجا که رابطه والد-کودک یک رابطه دو سویه است که هر دو همدیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهند رفتار نامناسب والدین رفتار نامناسب کودکان را برمی‌انگیزد.

-
1. Brandeis
 2. Müller
 3. Valko
 4. Drechsler
 5. Theule
 6. Wieners
 7. Tannock
 8. Jenkins
 9. Alberktzen

آموزش به والدین یکی از روش‌های درمانی برای کودکان ADHD است. در این روش به والدین می‌آموزند که چگونه رفتار کودک را اداره کنند و بر آن تاثیر بگذارند و بتوانند تعاملات والد-کودک را بهبود بخشند (کانرز و همکاران، ترجمه میرنسب، ۱۳۸۶).

سینگ^۱ و همکاران (۲۰۱۰) به بررسی تاثیر آموزش به والدین در رفتارهای کودکان ADHD پرداختند. نتیجه نشان داد ارائه‌ی آموزش آگاهی به والدین، بدون تمرکز بر کاهش مشکلات رفتاری، می‌تواند تعاملات مثبت بین والدین و کودکانشان را ارتقاء بخشد و رضایت کودکان از والدینشان را افزایش دهد. تحقیق دانفورث^۲ و همکاران (۲۰۰۶) اثرات آموزش گروهی والدین را در رفتار والدین با کودک دارای اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه و رفتار پرخاشگرانه_منحرفانه آنها آزمایش نمودند در نتیجه این آزمایش بیش‌فعالی، رفتارهای پرخاشگرانه کودکان کاهش یافت، رفتار والدی بهبود یافت و استرس‌های والدین کم شد. به هر حال پژوهش‌های زیادی اثربخشی افزایش آگاهی والدین بر کاهش نشانه‌های ADHD را نشان می‌دهد (ساندرز^۳، ۲۰۰۵) اما اکثر پژوهش‌ها آموزش به والدین را مطرح می‌کنند ولی در ایران مردان استقبال کمتری از فرایند راهنمایی و مشاوره دارند قازایان (۱۳۷۹) بیان می‌کند از بین مراجعین به مراکز مشاوره ۶۸٪ زن و ۳۲٪ مرد هستند یعنی تعداد مراجعان زن دو برابر مراجعان مرد است و با توجه به اینکه مادران در امر تربیت کودکان بیشتر دخیل‌اند بنابراین در این تحقیق مادران برای شرکت در جلسات آموزش انتخاب شدند. همینطور هدف تحقیق این است که بررسی کنیم با افزایش آگاهی مادر از نحوه برخورد خانواده با کودک ADHD شادایی و شادکامی او چه تغییری می‌کند و با توجه به اینکه استرس فردی می‌تواند به استرس زوجی بدل شود (بودنمن، ۱۹۹۹) قصد داریم بررسی کنیم آیا شادکامی فردی نیز می‌تواند به شادکامی زوجی تبدیل شود. به منظور دستیابی به اهداف و سؤالات پژوهش فرضیه‌های زیر تدوین شد: ۱- کاهش علائم ADHD در کودکانی که دارو مصرف می‌کنند و مادران آنها

1. Singh
2. Danforth
3. Sanders

آموزش دیده‌اند در مقایسه با گروه کنترل و گروه آزمایشی که فقط کودک دارو مصرف می‌کند، بیشتر است؛ ۲- شادکامی مادرانی که آموزش دیده‌اند و کودکان آنها دارو مصرف می‌کنند در مقایسه با گروه کنترل و گروه آزمایشی که فقط کودک دارو مصرف می‌کند، بیشتر است؛ ۳- شادکامی مردانی که همسران آنها آموزش دیده‌اند و کودکان آنها دارو مصرف می‌کنند در مقایسه با گروه کنترل و گروه آزمایشی که فقط کودک دارو مصرف می‌کند، بیشتر است.

روش

در پژوهش حاضر که به شیوه نیمه تجربی با استفاده از طرح دو گروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد، تأثیر آموزش شناختی- رفتاری به مادر و دارو درمانی برای کودک به عنوان متغیر مستقل و علائم ADHD کودک و میزان شادکامی والدین به عنوان متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان بیش‌فعال در رده سنی ۷-۱۱ سال که در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ به کلینیک امام حسین شهر یزد مراجعه کرده بودند (این کلینیک به این دلیل انتخاب شد که وابسته به سازمان آموزش و پرورش است و در آنجا نمونه‌های زیادی برای شرکت در طرح یافت می‌شد). حجم نمونه تعداد ۴۵ کودک مراجعه‌کننده به کلینیک بود که توسط روانپزشک بیش‌فعال تشخیص داده شده بود علاوه بر این، تشخیص توسط آزمون کانرز نیز جزء شرایط ورود به طرح بود. این کودکان با جایگزینی تصادفی در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول علاوه بر اینکه زیر نظر روانپزشک دارو دریافت کردند، مادران آنها تحت آموزش برنامه آموزش شناختی- رفتاری قرار گرفتند. کودکان گروه دوم فقط تحت نظر روانپزشک دارو دریافت کردند و گروه کنترل نیز در زمان اجرای پژوهش هیچ درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار کلینیک قرار گرفتند. البته پدران هر سه گروه نیز در اجرای پیش‌آزمون- پس‌آزمون بدون دریافت متغیر مستقل در این طرح شرکت داشتند (به منظور پاسخ به فرضیه سوم). معیارهای

ورودی علاوه بر تشخیص روانپزشک لازم بود کودک در آزمون کانرز نیز به عنوان بیش فعال/ کمبود توجه تشخیص داده شود. سن کودک ۷-۱۱ سال، جنسیت (دختر، پسر)؛ سطح تحصیلات مادر بین دیپلم تا لیسانس بود. معیار خروجی سن کمتر از ۷ و بالاتر از ۱۱ برای کودک و سطح تحصیلات کمتر از دیپلم و بالاتر از لیسانس برای مادر بود. اجرای متغیر مستقل برنامه آموزش شناختی_ رفتاری براساس زمانبندی توافقی طی ۹ جلسه حدود ۱/۳۰ ساعت هفته‌ای یک بار در مکان کلینیک امام حسین به شرح زیر بر گزار گردید.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی

گام اول: ایجاد تفکر صحیح نسبت به ADHD

جلسه اول: آشنایی	۱. آشنایی اعضای گروه با یکدیگر ۲. گرفتن پیش آزمون
جلسه دوم: شناخت نسبت به ADHD	۱. بیان ویژگی‌های ADHD ۲. علت و درمان‌های مناسب ADHD

گام دوم: تعیین تقویت کننده‌ها و تنبیه کننده‌ها

جلسه سوم: آموزش در مورد تقویت کننده‌ها	۱. تهیه لیستی از رفتار روزانه کودک و مشخص کردن امتیازها و پاداش‌هایی که دوست دارد. ۲. آموزش در مورد انواع تقویت کننده‌ها و نحوه ارائه آنها ۳. تهیه چارت برای کمک به مادران تا بتوانند تقویت کننده‌ها یی که مورد استفاده قرار داده اند را بنویسند.
جلسه چهارم: آموزش در مورد تنبیه‌ها و جریمه‌ها	۱. تهیه لیستی از رفتار ضد اجتماعی کودک توسط مادر ۲. آموزش مادران در مورد انواع تنبیه‌ها و جریمه‌ها و نحوه ارائه آنها ۳. تهیه چارت برای کمک به مادران تا بتوانند تنبیه‌ها و جریمه‌هایی که مورد استفاده قرار داده‌اند را بنویسند.

گام سوم: آموزش مهارت‌های لازم برای رفتار با کودک ADHD

جلسه پنجم: مهارت برقراری ارتباط سالم بین والد و فرزند و	۱. تحلیل تفکر غیر منطقی مادران ۲. آموزش به مادران درباره نحوه درست صحبت کردن با کودکان
---	---

افزایش توجه مثبت به رفتار	۳. توجه و تشویق اعمال مناسب کودک مناسب کودک
جلسه هشتم: حل مسئله و مدیریت زمان	۱. آموزش به مادران که در زمان مناسب تصمیم درست بگیرند. ۲. تعریف مسئله ۳. پیدا کردن راه حل‌های متعدد ۴. ارزیابی سود و زیان راه حل‌ها و در نهایت تصمیم‌گیری
جلسه هفتم: مهارت کنترل خشم	۱. مقابله با افکار منفی ۲. آرام‌سازی ۳. نحوه درست نشان دادن رنجیده شدن یا عصبانیت
گام چهارم	
جلسه هشتم و نهم: چگونگی آموزش به کودکان ADHD	۱. آموزش به مادران درباره ارایه مطالب درسی به کودکان ۲. اجرای پس‌آزمون

این بسته آموزشی از کاکاوند (۱۳۸۵)، کانرز و همکاران، ترجمه علیزاده (۱۳۸۷) و پژوهش سلیمی و همکاران (۱۳۸۹) اقتباس شده است.

۴۷۶

ابزار: (الف) - مقیاس درجه بندی کانرز برای والدین^۱: این مقیاس، داری ۴۸ پرسش است که می‌توان به وسیله آن، پنج گروه از اختلال‌های کودکان را شامل ناتوانی‌های یادگیری، اختلال‌های سلوک، مشکل‌های روان‌تنی، بیش‌فعالی و اضطراب را ارزیابی کرد. ۱۰ سوال برای اختلال بیش‌فعالی است. این مقیاس برای رده سنی ۳ تا ۱۷ سالگی ساخته شده و به هر پرسش آن به صورت (هیچ وقت)، (کمی)، (تقریباً زیاد)، (زیاد) پاسخ داده می‌شود و بر حسب مورد، به آنها از (۰ تا ۳) نمره داده می‌شود. به دست آوردن میانگین ۱/۵ یا بالاتر بر وجود اختلال فزون جنبشی دلالت دارد (گویت^۲، برگرفته از علی زاده، ۱۳۸۷). پایایی آزمون در این پرسشنامه دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و میانگینی معادل ۲۱/۴۲ و انحراف استاندارد ۱۶/۲۸ است (خوشابی و همکاران، ۱۳۸۵).

1. Conners Rating Scale(CRS)
2. Goyette

ب: شادکامی آکسفورد (OHI)^۱: پایه نظری این پرسشنامه تعریف آرگیل و کرسلند از شادکامی است (آنها به منظور ارایه یک تعریف عملیاتی از شادکامی آن را سازه‌ای دارای سه بخش مهم دانسته‌اند: فراوانی و درجه عاطفه مثبت، میانگین سطح رضایت در طول یک دوره و نداشتن احساس منفی). این مقیاس توسط توسط مایکل آرگیل و لو در سال ۱۹۹۰ بر اساس پرسشنامه افسردگی بک ساخته شده است و دارای ۲۹ ماده است. هر یک از سوالات آن دارای ۴ گزینه با نمره گذاری از صفر تا ۳ است به این ترتیب حد اکثر نمره ۸۷ و پایین ترین نمره، صفر خواهد بود. نمره به هنجار این آزمون بین ۴۰ تا ۴۲ است (علی پور، نور بالا، ۱۳۸۷) پایایی این پرسشنامه توسط آرگیل و لو با روش الفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمده است و در پژوهش نشاط دوست و همکاران (۱۳۸۶) ۰/۹۲ به دست آمده است. بررسی همسانی درونی پرسشنامه شادکامی آکسفورد نشان داد که تمام ۲۹ گزاره این پرسشنامه با نمره کل همبستگی بالایی دارد. آلفای کرونباخ برای کل فهرست ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی پس از دو ماه ۰/۷۲ به دست آمد. در مجموع یافته‌های پژوهش نشان دادند OHI برای اندازه‌گیری شادکامی در جامعه‌ای ایران از اعتبار و روایی مناسب برخوردار است (علی پور و نور بالا، ۱۳۸۷).

1. Oxford Happiness Inventory

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مقیاس کانرز مربوط به فرضیه ۱

گروه‌ها	شاخص آماری	وضعیت	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
کنترل	میانگین	۱/۸۳	۱/۹۶
	خطای استاندارد میانگین	۰/۰۹۴۹۵	۰/۰۹۴۹۵
	انحراف معیار	۰/۳۶۷۷۵	۰/۳۶۳۸۴
دارو برای کودک	واریانس	۰/۱۳۵	۰/۱۳۲
	میانگین	۱/۹۸۰۰	۱/۴۵۳۳
	خطای استاندارد میانگین	۰/۱۰۵۶۵	۰/۱۱/۷۸
+دارو به کودک	انحراف معیار	۰/۴۰۹۱۸	۰/۴۲۹/۶
	واریانس	۰/۱۶۷	۰/۱۸۴
	میانگین	۲/۱۰۶۷	۱/۳۲۰۰
آموزش به مادر	خطای استاندارد میانگین	۰/۰۹۷۳۳	۰/۱۰۶۵۵
	انحراف معیار	۰/۳۷۶۹۶	۰/۴۱۲۶۶
	واریانس	۰/۱۴۲	۰/۱۷۰

با مشاهده داده‌های مندرج در جدول مشخص می‌شود پس‌آزمون گروه کنترل افزایش و دو گروه آزمایشی کاهش یافته است.

جدول ۳. نمرات تست شادکامی والدین در سه گروه کنترل مربوط به فرضیه ۲ و ۳

گروه ها	شاخص آماری	وضعیت			
		پیش آزمون		پس آزمون	
		مرد	زن	مرد	زن
	میانگین	۴۱/۷۳	۳۶/۵۳	۴۳/۰۰	۳۴/۶۷
کنترل	انحراف معیار	۱۰/۹۵۷	۱۴/۷۳	۱۱/۲۱۲	۱۲/۱۲
	خطای استاندارد میانگین	۲/۸۲۹	۳/۸۰	۲/۸۹۵	۳/۱۳
	واریانس	۱۲۰/۰۶۷	۲۱۷/۱۲	۱۲۵/۷۱۴	۱۴۶/۹۵
	میانگین	۳۷/۳۳	۳۷/۳۳	۴۰/۴۰	۴۰/۶۰
دارو برای کودک	انحراف معیار	۱۰/۵۱۳	۱۰/۲۷	۱۲/۵۲۳	۹/۱۴
	خطای استاندارد میانگین	۲/۷۱۴	۳/۶۵	۳/۲۳۳	۲/۳۶
	واریانس	۱۱۰/۵۲۴	۱۰۵/۵۲	۱۵۶/۸۲۹	۸۳/۵۴
	میانگین	۳۷/۸۰	۳۷/۳۳	۴۱/۷۳	۴۶/۸۰
آموزش به مادر + دارو	انحراف معیار	۱۰/۸۲۵	۱۱/۴۷	۱۵/۸۱۳	۱۲/۲۴
	خطای استاندارد میانگین	۲/۷۹۵	۲/۹۶	۴/۰۸۳	۳/۱۶
	واریانس	۱۱۷/۱۷۱	۱۳۱/۶۶	۲۵۰/۰۶۷	۱۴۹/۸۸

نتایج مندرج در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد شادکامی زنان و مردان در دو گروه آزمایشی افزایش یافته است.

به منظور آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس استفاده شد و قبل از اجرا پیش فرض‌های آن

بررسی شد:

استقلال مشاهدات: داده‌های گروه‌های گردآوری شده در متغیر وابسته مستقل و در مقیاس فاصله‌ای است. برای بررسی فرض نرمال بودن متغیر وابسته از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که تفاوت گروه‌ها معنادار نشد ($p > 0.01$) بنابراین متغیرهای وابسته در هر سه گروه به صورت نرمال توزیع شده است. به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. f حاصل از آزمون برای تست کانرز ۲/۶۴۴، برای شادکامی مادران ۳/۱۱۶ و

برای شادکامی پدران ۱/۸۸ است که معنادار نیست ($p > 0/01$) بنابراین واریانس‌های متغیر وابسته در هر سه گروه برابر است.

جدول ۴. آنالیز واریانس یک طرفه نمرات اختلافی برای متغیر کاهش علایم در آزمون کانرز مربوط به فرضیه ۱

معناداری آزمون	آماره F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	تفاوت نمرات کانرز
۰/۰۰۱	۴۵/۴۱۹	۳/۳۷۴	۲	۶/۷۴۸	بین گروهی
		۰/۷۴	۴۲	۳/۱۲۰	درون گروهی
			۴۴	۹/۸۶۸	کنترل

با توجه به مندرجات جدول شماره ۴ ($F = 45/41$ و $P = 0/001$) بین میانگین‌های تفاوت نمرات آزمون کانرز در سه گروه کنترل، گروه آزمایشی (دارو درمانی) و گروه آزمایشی (دارو درمانی به همراه آموزش) تفاوت معنادار وجود دارد.

۴۸۰

جدول ۵. مقایسه‌های دو تایی آزمون تعقیبی توکی بین سه گروه، برای تعیین اثربخشی روش‌های آزمایشی در متغیر وابسته مربوط به فرضیه ۱

گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	معناداری آزمون	فاصله اطمینان ۹۵%	کران بالا	کران پایین
دارو - کنترل	۰/۶۶۰۰۰	۰/۰۹۹۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱۸	۰/۴۱۸۲	
آموزش به همراه دارو - کنترل	۰/۹۲۰۰۰	۰/۰۹۹۵۲	۰/۰۰۱	۱/۱۶۱۸	۰/۶۷۸۲	
آموزش به همراه دارو - دارو	۰/۲۶۰۰۰	۰/۰۹۹۵۲	۰/۰۳۳	۰/۵۰۱۸	٪۱۸۲	

با توجه به جدول ۵ مقادیر معناداری در جدول حاکی از این است که بین میانگین‌های تفاوت نمرات تست کانرز گروه‌های دارو_کنترل و آموزش به همراه دارو_کنترل تفاوت

معنادار وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰$) و بین میانگین‌های تفاوت نمرات تست کانرز گروه‌های آموزش به همراه دارو_ دارو تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۶. آنالیز واریانس دوطرفه برای تفاوت نمرات شادکامی والدین مربوط به فرضیه ۳و۲

منبع تغییرات گروه‌ها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری آزمون
گروه	۷۳۵/۰۲۲	۲	۳۶۷/۵۱۱	۷/۵۹۸	۰/۰۰۱
جنسیت	۱۶/۹۰۰	۱	۱۶/۹۰۰	۰/۳۴۹	۰/۵۵۶
گروه- جنسیت	۲۸۶/۶۶۷	۲	۱۴۳/۳۳۳	۲/۹۶۳	۰/۰۵۷
خطا	۴۰۶۳/۲۰۰	۸۴	۴۸/۳۷۱	-	-
کل تصحیح شده	۵۱۰۱/۷۸۹	۸۹	-	-	-

۴۸۱

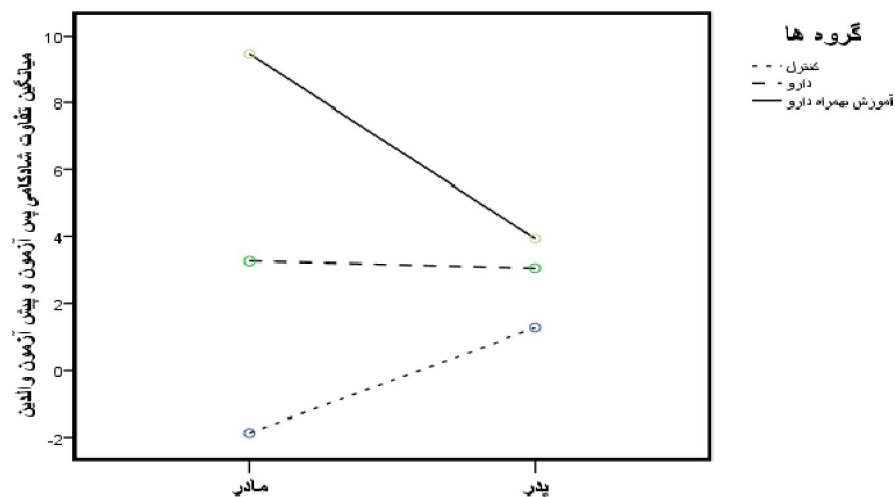
نتایج مندرج در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد اثر گروه معنادار است ($F = ۷/۵۹$) و ($P = ۰/۰۰۱$) یعنی آموزش مؤثر بوده است اما جنسیت معنادار نیست ($F = ۰/۳۴$ و $P = ۰/۰۵۵۶$) یعنی میزان شادکامی زنان و مردان به یک میزان افزایش یافته است.

جدول ۲. مقایسه‌های دو تایی آزمون تعقیبی توکی بین سه گروه، برای تعیین اثربخشی روش‌های آزمایشی در متغیر شادکامی مربوط به فرضیه ۲

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	معناداری آزمون	فاصله اطمینان ۹۵٪	
					کران بالا	کران پایین
کنترل	دارو	-۳/۴۷	۱/۷۹۶	۰/۱۳۶	-۷/۷۵	۰/۸۲
کنترل	آموزش به‌همراه دارو	-۷/۰۰	۱/۷۹۶	۰/۰۰۱	-۱۱/۲۸	-۲/۷۲
دارو	آموزش به‌همراه دارو	-۳/۵۳	۱/۷۹۶	۰/۱۲۷	-۷/۸۲	۰/۷۵

با توجه به جدول فوق مقادیر معناداری تفاوت نمرات شادکامی مادران بین دو گروه کنترل و آموزش به‌همراه دارو متفاوت است ($P = ۰/۰۰۱$). یعنی آموزش به مادران در افزایش شادکامی مادران مؤثر بوده است.

به منظور مقایسه تفاوت میانگین‌های سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از رسم نمودار استفاده شده و نتایج در نمودار ۴-۸ ارائه شده است. همانطور که دیده می‌شود بهبود شادکامی مردان در گروه (آموزش به‌همراه دارو درمانی) بیشتر از دو گروه دیگر است و بهبود شادکامی زنان در گروه (آموزش به‌همراه دارو درمانی) بیشتر از دو گروه دیگر است.



نتیجه گیری

نتایج داده‌ها حاکی از آن است که هر دو روش دارو درمانی برای کودک و آموزش به مادر به طور معناداری باعث کاهش علائم در کودکان ADHD شده است اما با توجه به نتیجه آزمون تعقیبی درمی‌یابیم که آموزش به مادر به همراه دارو درمانی برای کودک اثر قوی‌تری بر کاهش نشانگان دارد. در راستای نتایج این پژوهش به پژوهش‌های متنوعی می‌توان اشاره کرد از جمله پژوهش دانفورد و همکاران (۲۰۰۶) که اثر آموزش گروهی به والدین را بر رفتار کودکان با اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه و رفتار پرخاشگرانه - منحرفانه آنها آزمایش کردند نتیجه نشان داد رفتار والدین بهبود یافته، استرس‌های آنها کم شده و علائم ADHD و رفتار پرخاشگرانه در کودکان کاهش یافته است و نیز با تحقیق سینگ و همکاران (۲۰۱۰) روبریک به نقل از ساندرز (۲۰۰۵) سلیمی و همکاران (۱۳۸۹)، محرری و همکاران (۱۳۸۸)

همسو است. در تبیین نتایج بالا می‌توان گفت ارتباط تنگاتنگی بین ویژگی‌های والدین با مشکلات رفتاری کودکان با اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی وجود دارد (مک برنت و پفیفر ۲۰۰۸). زیرا والدین از روش‌های غلط تربیتی درباره کودکانشان مانند تنبیه استفاده می‌کنند و نشان می‌دهد که کودکان دارای اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی به طور قابل توجهی مورد بدرفتاری از طرف والدین قرار می‌گیرند (علیزاده و همکاران، ۲۰۰۷)، دی‌راسیر و گیلیوم، ۲۰۰۶). علائم ADHD برای والدین اضطراب آور است، احساس ضعف در تربیت فرزندان رفتارهای منفی والدین را افزایش و این رفتارها مشکلات و علائم ADHD را بیشتر می‌کند گلاتز^۱ و همکاران (۲۰۱۱).

از طرف دیگر والدین این کودکان اطلاعات درستی درباره اختلال فرزندشان ندارند. آموزش شناختی _ رفتاری نگرش والدین نسبت به اختلال کودک خود را تغییر می‌دهد، مهارت‌های والدین را گسترش داده و در نهایت آنها از روش‌های صحیح تربیتی استفاده می‌کنند. بنابراین مشکلات والد-فرزندی به طور چشمگیری کاهش می‌یابد در نتیجه این تبیین قانع‌کننده‌ای برای کاهش علائم و بهبود اختلال در کودکان می‌باشد. به عبارت دیگر علائم ADHD با برخورد غلط والدین تشدید می‌شود که با اجرای مداخله از شدت آن کاسته می‌شود. به طور کلی نتیجه پژوهش‌ها حاکی از آن است که آموزش می‌تواند نگرش والدین را تغییر دهد. از جمله پژوهش استینر (۲۰۱۱) نشان می‌دهد والدین بعد از آموزش اظهارات مثبت‌تری در مورد فرزند خود دارند و محبت فیزیکی بیشتری به فرزند می‌کنند. پژوهش دیگری نشان می‌دهد بازی درمانی مبتنی بر رابطه کودک-والد بر بهبود به‌کارگیری سبک‌های فرزند پروری اثرگذار است (امیر، حسن آبادی، اصغری نکاح؛ طیبی، ۱۳۹۱؛ سکریگی، یاسمی نژاد، ۱۳۹۱ و سلیمی و کریمی، ۱۳۹۱).

همچنین نتایج پژوهش حاکی از آن است که شادکامی مادرانی که آموزش دیده‌اند و کودکان آنها دارو مصرف می‌کنند در مقایسه با گروه کنترل و گروه آزمایشی که فقط کودک

1. Glatz

دارو دریافت کرده است بیشتر می شود. چنگ و فورنهام (۲۰۰۳) معتقد هستند فرزندان تنش‌زا از میزان شادکامی خانواده می‌کاهند و والدین کودکان با اختلال ADHD از آنجا که با چالش‌های والدگری بیشتری روبرو هستند استرسی فراتر از والدین کودکان سالم دارند بنا براین وقتی از نشانه‌های بیماری فرزندشان کاسته می‌شود بر شادکامی آنها افزوده می‌شود. به علاوه تحقیقات زیادی از جمله پژوهش دانفورث و همکاران (۲۰۰۶)، مک‌برنت و پفیفر (۲۰۰۸) که نشان می‌دهد آموزش به مادران از استرس و افسردگی آنها کاسته است بر نتایج این آزمایش صحه می‌گذارند. در واقع کودکان با علائم ADHD فشار و استرس زیادی را به والدین به خصوص مادران تحمیل می‌کنند زیرا مسئولیت فرزندان بیشتر برعهده مادر است بنابراین با آموزش به مادران و افزایش آگاهی آنها در زمینه ارتباط با کودکانشان و کاهش علائم که در کودکان دیده می‌شود استرس و افسردگی مادر کاهش و اعتماد به نفس و شادکامی آنها افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد آموزش با تغییر رابطه والد-فرزندی و افزایش اعتماد به نفس در مدیریت رفتار کودک این توانایی را دارد که چرخه معیوب رفتاری در خانواده را بشکند که این یافته همسو با پژوهش لورن، واگن، لانگریگ و همکاران (۲۰۱۳) و چاکو، ویمبز، فلامر، پلهم و واکر، (۲۰۱۱).

یکی دیگر از فرضیه‌های پژوهشی این بود که شادکامی پدرانی که همسران آنها آموزش دیده‌اند و کودکان آنها دارو مصرف می‌کنند در مقایسه با گروه کنترل و گروه آزمایشی (فقط دارودرمانی برای کودک) که همسران آنها آموزش ندیده‌اند بیشتر است. می‌توان چنین استنباط کرد که شادکامی فردی این قابلیت را دارد که به شادکامی زوجی بدل شود و این تفسیر با نظر بودن من^۱ (۱۹۹۹) همسو است وی معتقد است وقتی طول استرس فردی خیلی زیاد باشد همسر مربوط به قدر کافی نمی‌تواند استقامت کند و به استرس زوجی تبدیل می‌شود به علاوه با توجه به اینکه در ایران مردان استقبال کمتری از فرایند راهنمایی و مشاوره دارند و مراجعین به مراکز مشاوره ۶۸٪ زن و ۳۲٪ مرد تشکیل می‌دهند (قازایان، ۱۳۷۹) بنابراین یافته،

1. Bodenmann

نتیجه‌گیری می‌شود مداخلات راهنمایی و مشاوره را می‌توان برای یکی از همسران به کار برد و منتظر تاثیر بر دیگری هم بود این نتیجه‌گیری با پژوهش رسولی و همکاران (۱۳۸۶) هماهنگ است. در آن پژوهش نیز اثر بخشی درمان فردی برای کار با زوجها مورد تأیید قرار گرفت. به علاوه از نظر قریش (به نقل از پاداش و همکاران، ۱۳۹۰) تجربه درونی شادمانی می‌تواند اعتماد به نفس، خوش بینی، خودکار آمدی، تفسیر مثبت از دیگران و خوش برخورد بودن، خونگرمی، انطباق مؤثر با چالشها، فشارها، انعطاف پذیری را افزایش دهد. که این ویژگی‌ها به نوبه خود بر تعامل با فرزند و همسر مؤثر است و می‌تواند شادکامی همسر را نیز افزایش دهد. از آنجا که میزان استرس والدین در واکنش به نشانگان ADHD کودکان در فرزندان دختر کمتر است (تیول، وینرز، تنوک و جنکیتز، ۲۰۱۳) از محدودیت‌های این پژوهش عدم تفکیک جنسیت کودکان است. با توجه به این که آموزش به مادران علاوه بر کاهش نشانگان بیش‌فعالی / کمبود توجه می‌تواند باعث افزایش شادکامی مادر و به دنبال آن افزایش شادکامی پدر شود پیشنهاد می‌شود در کنار دارو درمانی از آموزش به مادران به عنوان یک فن خانواده درمانی استفاده شود.

سپاس و قدردانی

در پایان نویسندگان لازم می‌دانند از مسئولان کلینیک امام حسین آموزش و پرورش یزد که امکان انجام این پژوهش را فراهم کردند قدردانی نمایند.

منابع فارسی

- امیر، فاطمه؛ حسن آبادی، حسین؛ اصغری نکاح، سید محسن و طیبی، زهرا. (۱۳۹۱). بررسی اثر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) بر سبک‌های فرزند پروری. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۴، ۴۷۳-۴۸۹.
- بخشایش، علی‌رضا. (۱۳۸۹). تشخیص و درمان اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (ADHD). یزد: انتشارات دانشگاه یزد.
- پاداش، زهرا؛ فاتحی زاده، مریم السادات و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱(۱): ۱۱۵-۱۳۰.
- خوشابی، کتایون؛ قدیری، فاطمه و جزایری، علیرضا. (۱۳۸۵). بررسی تاثیر برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین متناسب با فرهنگ ایرانی در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و مقایسه آن با دارودرمانی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، (۷): ۲۶۹-۲۸۰.
- رسولی، رویا؛ اعتمادی، احمد؛ شفیع آبادی، عبد... و دلاور، علی. (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز بر هیجان به شیوه زوجی و فردی بر کاهش درماندگی رابطه زوجین دارای فرزند با بیماری مزمن. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۳ (۱۱): ۶۹۸-۶۸۳.
- روشن‌بین، مهدیه. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی.
- سلیمی، جمال. پور ابراهیم، تقی و ادیب راد، نسترن (۱۳۸۹). اثربخشی مشورت گروهی با مادران دارای کودک ADHD بر کاهش نشانه‌های این اختلال و کاهش استرس مادران. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، (۳۰): ۸۳-۹۹.
- سلیمی، جمال و کریمی، محمد. (۱۳۹۱). تاثیر آموزش مفاهیم نظریه لازاروس بر تغییر نگرش نسبت به انتخاب همسر در بین دانشجویان دختر. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۴(۱): ۵۱۲-۵۳۳.

علی پور، احمد و نوربالا، احمدعلی. (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه های تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۵ (۲): ۵۵-۶۶. علیزاده، حمید. (۱۳۸۶). *اختلال نارسایی توجه فزون جنبشی ویژگی‌ها، ارزیابی و درمان*. تهران: انتشارات رشد.

قزایان، ماریت. (۱۳۷۹). بررسی رضایت مراجعان از مراکز مشاوره حضوری سازمان بهزیستی کشور. *فصلنامه تازه‌ها و پژوهش های مشاوره*، (۷ و ۸): ۶۷-۸۸. کاکاوند، علی رضا. (۱۳۸۵). *اختلال نقص توجه بیش‌فعالی (نظریه و درمان)*. کرج: انتشارات سرافراز.

کانرز، س، کیت، جت، جولیت ال. (۱۳۸۷). *اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در کودکان و بزرگسالان*. ترجمه حمید علی زاده، قربان همتی علمدار، صدیقه رضایی. تهران: انتشارات دانش. مححری، فاطمه، شهربور، زهرا، تهرانی‌دوست، مهدی. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش «برنامه‌ی تربیت سازنده» به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کم‌توجهی. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، (۴۱): ۳۱-۴۳.

نائینیان، محمدرضا. اللهیاری، عباسعلی. مداحی، محمد ابراهیم و نور بالا، احمد علی. (۱۳۷۴). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. انتشارات دانشگاه شاهد. نشاط دوست، حمید طاهر؛ مهرابی، حسینعلی؛ کلاتتری، مهرداد؛ پالاهنگ، حسین و سلطانی، ایرج. (۱۳۸۶). تعیین عوامل مؤثر بر شادکامی همسران کارکنان شرکت فولاد مبارکه. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳ (۱۱): ۶۶۹-۶۸۱.

منابع لاتین

- Alberktsen, G. (2003). Happiness and related factors in pregnant woman, department of psychiatry, faculty of mediate. Chulalong Korn university, Bangkok: Thailand.
- Alizdeh H, Applequist K F & Coolidge F L. (2007). Parental self – confidence, parenting Styles, and corporal punishment in Families of ADHD children in Iran. *Journal Child Abuse & Neglect*, 31, 5, P.P 567-572.
- Bodenmann G. (1999). Dyadic coping-systemic transaction view of stress and coping among couples. *European Review of applied psychology*, 74, 140-737.

- Cheng H & Furnham A. (2003). Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Personality and Individual Differences*, 34, 921-942.
- Chacko A, Wymbs B.t , Flammer-Rivera.L. M, Pelham W. E, Walker k,s, Arnold F.W, Swanger-Gagne M, Girio E , Pirvics L & Herbst,L. (2008). A Pilot Study of the Feasibility and Efficacy of the Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP) Program for Single Mothers of Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12 (3), 270-280.
- DanForth J S, Harvey E, Ulazek W R. & Eberhardt T. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention deficit/aggressive Behavior. *Journal of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 3, 188-205.
- Derosier M & Gilliom M. (2006). Effectiveness of a Parent Training Program for Improving Children, S Social Behavior. *Journal Child Family Study*, 10, 1-11.
- Glatz T, Stattin, H & Kerr, M. (2011). Parents' Reactions to Youths' Hyperactivity, Impulsivity, and Attention Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*. New York, 39(8), 11-25.
- Loren R EA , Vaughn A J , Langberg J. M, Cyran J.E. M, Proano-Raps T & Beverly H. (2013). Effects of an 8-Session Behavioral Parent Training Group for Parents of Children With ADHD on Child. *Journal of Attention Disorders* The online version <http://jad.sagepub.com>
- Mikami AY & Pfiffner L J. (2008). Sibling relationships among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, 482-492.
- Sanders MR. (2005). Triple: A Multi- Level System Of Parenting Intervention: Workshop Participant Notes. Research of University Queensland, Brisbane, Australia, 12, 25-35.
- Singh N, Lancioni G, Winton, A & Singh, J. (2010). Mindfulness Training for Parents and Their Children With ADHD Increases the Children's Compliance. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 167-174.
- Steiner A M. (2011). A Strength-Based Approach to Parent Education for Children With Autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 13(3) 178-190.
- Steinhausen HC, Göllner J, Brandeis D, Müller U. C , Valko, L & Drechsler,R. (2013). Psychopathology and Personality in Parents of Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 17(1) 38-46.
- Theule J, Wiener J & Rogers M. (2011). Predicting Parenting Stress in Families of Children with ADHD: Parent and Contextual Factors. *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 640-648.
- Theule J, Wieners J, Tannock R & Jenkins J. M. (2013). Parenting Stress in Families of Children With ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 21(1) 3-17.