اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت بر تنیدگی مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه در شهر کرج

دکتر مهناز علی‌اکبری دهکردی[۱]
دکتر احمد علی‌پور[۲]،مریم اسماعیل‌زاده کیابانی[۳]،
طیبه محتشمی[۴]

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۲۰ تجدیدنظر: ۹۲/۵/۲۶ پذیرش‌نهایی:۹۲/۸/۱۲

چکیده

هدف: این مطالعه بررسی اثر بخشی آموزش فرزندپروری مثبت بر تنیدگی مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه می‌باشد. **روش**: در این مطالعه تعداد ۲۴ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی انتخاب و به روش تصادفی به طور مساوی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. علاوه بر برنامه‌های دارو درمانی مشترک در هر دو گروه به مادران گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته و به صورت هفتگی برنامه فرزندپروری مثبت آموزش داده شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش نامه ۱۰۱ سوالی تنیدگی والدین بود که در سه مرحله تکمیل گردید. داده های حاصل با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بررسی شدند. **یافته‌ها**: نتایج نشان داد که آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش تنیدگی مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه در مؤثر بوده است. **نتیجه‌گیری**: پیشنهاد می‌شود در جهت ارتقاء سلامت روانی والدین، این روش در کنار روش‌های مرسوم در این اختلال به مادران آموزش داده شود.

کلید واژه‌ها: آموزش فرزندپروری مثبت، تنیدگی والدین، اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه

۱. **نویسنده مسئول:** دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور
۲. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور
۳. کارشناس ارشد روانشناسی
۴. کارشناس ارشد روانشناسی

Effectiveness of Positive Parenting Program on Mothers' Stress with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Children

Mahnaz Aliakbari Dehkordi [1]Ph.D, Ahmad Alipour[2]Ph.D,Maryam Esmaeilzadeh Kiabani[3]M.A , Tayebeh Mohtashami [4]M.A

Received: 15. 6. 13 Revised: 7.8.13 Accepted: 3.11 . 13

Abstract

Objective: This study investigated the training effectiveness of positive parenting program on mothers' stress with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **Method:** In this study 24 mothers with ADHD children were chosen and were equally assigned to two control and experimental groups. In addition to common medical treatments for both groups, experiment group was presented with positive parenting training for 8 sessions of 2 hours per week. Instrument was parenting stress questionnaire with 101 questions in 3 stages .Data were analyzed using analysis of variance with repeated measure. **Results**: The results show that the positive parenting program reduced stress of children's mothers with ADHD. **Conclusion**: It is suggested that this method could improve the parent's mental health, be taught to mothers in conjunction with conventional methods.

Keywords: Positive parenting program, parenting stress, ADHD

1. **Corresponding author**: Associate Professor, Payame Noor University (E-mail: aliakbardehkordi@gmail.com)
2.Professor, Payame Noor University
3.M.A in psychology
4. M.A in psychology

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.4.3.1]

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه[1] یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی- رفتاری دوران کودکی است. شیوع این اختلال در کودکان ایرانی ۷ تا ۱۲ ساله بین ۳ تا ۶ درصد گزارش شده است. نسبت پسر به دختر در این اختلال ۳ به ۱ و حداکثر ۵ به ۱ است و در بین پسرهای اول خانواده بیشتر دیده می‌شود (کاپلان- سادوک، ترجمهٔ پورافکاری، ۱۳۸۸). این اختلال را به سه فرم اصلی دسته‌بندی می‌کنند که شامل نوع بیش‌فعالی تکانشی بدون کم توجه، نوع کم توجهی بدون بیش‌فعالی و نوع ترکیبی می‌باشد. بسیاری از این کودکان به اختلالات همراه رفتاری، هیجانی و یادگیری نیز مبتلا هستند. تأثیر بیش‌فعالی/ نقص توجه بر روی خانواده‌ها نیز کاملاً بارز و مشخص است. والدین این کودکان سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزندپروری را تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت دارند (هوش‌ور، به‌نیا، خوشابی، میرزائی و کریملو، ۱۳۸۸). مادران کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/ نقص توجه کمتر به سوالات فرزندان خود پاسخ می- دهند و پاداش‌هایی نیز که به رفتارهای قابل قبول کودک می‌دهند، کم است. والدین این کودکان به دلیل این که با چالش‌های والدگری بیشتری رو به رو هستند، تنیدگی بالاتری نسبت به والدین کودکان سالم دارند. این والدین بیشتر از والدین کودکان سالم، به اختلالات خلقی و اضطرابی، احساس عدم کفایت فرزندپروری و عدم رضایت از نقش والدینی خود دچار می‌شوند (روشن‌بین، پوراعتماد و خوشابی، ۱۳۸۶).

کازدین و ویتلی [2] (۲۰۰۲، به نقل از رابینر ، ۲۰۰۲) دریافتند که تنیدگی والدین روش‌های تنبیهی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به طوری که مستقیماً رفتار مقابله‌ای و پرخاشگرانه کودک را افزایش می‌دهد. این احساس ناکافی بودن در مورد والدگری اغلب با گذر زمان به سایر بخش‌های خصوصی زندگی و روابط زناشویی نیز گسترش پیدا می‌کند. بسیاری از مادرانی که تمامِ وقت خود را با کودک سپری می‌کنند، به‌تدریج علایم بالینی افسردگی در آنها بروز می‌یابد و این علایم با احساس درماندگی نمایان می‌شود. تنیدگی والدینی در ارتباط مستقیم با مشکلات رفتاری کودکان است و پژوهش- های فراوانی نشان داده است که آن دسته از کودکان پیش دبستانی که دچار مشکلات رفتاری هستند، در معرض خطر مشکلات همسازی بیشتری در آینده هستند (مکی، کُلتی، راکاو و فُرهند، ۲۰۰۸). احساس افسردگی و عدم صلاحیت که مبین احساس بی‌لیاقتی و ناتوانی در انجام وظایف والدینی است، بیشترین تأثیر را بر تنیدگی والدین دارد (استورا، ترجمهٔ دادستان، ۱۳۷۷).

اگر والدین احساس بی‌لیاقتی داشته باشند، ناتوان شده، دچار تنیدگی شدید و اعتماد به نفس پایین می‌شوند و به‌تدریج به افسردگی و سایر مشکلات روانی مبتلا شده و توان آن‌ها برای تربیت مؤثر کاهش می‌یابد و سبک والدگری آن‌ها بی‌ثبات و غیرمقتدرانه می‌شود (کاستین، لیچل، هیل اسمیت، ۲۰۰۴). از سوی دیگر عدم حمایت در تربیت کودک نیز به تنیدگی مادر دامن می‌زند (استورا، ترجمهٔ دادستان، ۱۳۷۷). در میان گسترهٔ وسیعی از مداخلات درمانی، والدین به عنوان عامل کلیدی تغییر رفتارهای ضداجتماعی کودک در نظر گرفته می‌شوند. بنابراین حل‌وفصل مشکلات تنیدگی والدینی به خصوص مادر منجر به ارتقاء بهداشت روانی وی و عملکرد بهتر در ایفای نقش والدگری می‌شود (روشن‌بین، پوراعتماد و خوشابی، ۱۳۸۶).

برنامهٔ فرزندپروری مثبت[3]یکی از ۵ سطح مداخله درمانی خانواده برای والدین کودکان (۱۲-۲) ساله است که هم اکنون دچار یا در معرض خطر ابتلا به اختلالات رفتاری و عاطفی هستند. این روش برگرفته از یک برنامه تحقیقاتی بالینی است (ساندرز، ۲۰۰۵) و از اهداف آن می‌توان به کاهش افسردگی، خشم، اضطراب و تنیدگی بالا به‌ویژه تنیدگی در ایفای نقش والدگری اشاره کرد. آموزش فرزندپروری مثبت که

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.4.3.1]

براساس الگوهای یادگیری اجتماعی طراحی شده است، راه‌کاری مؤثر و قابل استفاده در درمان کودکان دچار رفتارهای ناسازگارانه می‌باشد. در این روش به والدین آموزش داده می‌شود که چگونه تعاملات مثبت با کودکانشان را افزایش داده و از تعارضات بکاهند و از روش های نامناسب فرزندپروری بپرهیزند. والدینی که این آموزش‌ها را دریافت می‌کنند، خودکفایی بیشتری احساس نموده، به روش مناسب‌تری دستور می‌دهند و توانایی اطاعت‌پذیری کودک را به صورت پایدار تقویت می‌کنند؛ در عوض خودباوری اندک والدین باعث می‌شود که آنان در تربیت فرزندان به روش‌های سخت‌گیرانه، قهرآمیز و آزاردهنده متوسل شوند که این خود به تداوم مشکل رفتاری کودک منجر می‌گردد (محرری، شهریور و تهرانی‌دوست، ۱۳۸۸). دیلی و اُبرین (۲۰۱۳) در یک تحقیق که از جدیدترین برنامهٔ مداخلاتی والدین دارای کودکان بیش‌فعالی/ نقص توجه به این نتیجه دست یافتند که علایم بیش‌فعالی/ نقص توجه در ۴۵ درصد از این کودکان کاهش یافته است. همچنین این برنامه مداخلاتی روی بهبود صلاحیت و سلامت روانی والدین اثر مثبت داشت و تعامل والدین و کودک نیز افزایش یافت.

خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضای آن، کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضا را تشدید کرده و مشکلات جدیدی را ایجاد می‌کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). بنابراین به راحتی می‌توان تصور کرد که وجوه رفتاری متعدد اختلال پایداری مانند بیش‌فعالی/ نقص توجه می‌تواند به افسردگی مادران (بارکلی، ۱۹۹۰)، اضطراب و احساس محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم لیاقت در امر تربیت فرزند، وابستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، روابط منفی‌تر این کودکان با خواهر و برادرانشان، بالارفتن سطح تنش در خانواده، بالاتر بودن میزان طلاق و از هم گسیختگی روابط خانوادگی در خانواده‌های کودکان بیش‌فعالی/ نقص توجه منجر شود. روشن‌بین، پوراعتماد و خوشابی (۱۳۸۶) طی مطالعه‌ای دریافتند که آموزش برنامهٔ فرزندپروری مثبت منجر به کاهش تنیدگی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه در دو قلمرو کودک و والد شده است. سوناگا- بارک و همکاران (۲۰۰۱) دریافتند که مداخلات فرزندپروری مشخصاً از مشاوره‌های حمایتی، مؤثرتر است و آموزش راهکارهای رفتاری خاص، عنصر کلیدی در مداخلات مؤثر روانی- اجتماعی می‌باشد. آموزش والدین یک وجه مکمل مداخله‌های روان‌درمانی برای کودکان بیش‌فعالی/ نقص توجه است و قسمت عمدهٔ آموزش مبتنی بر کمک به والدین، دریافتن مداخله‌های رفتاری قابل استفاده با تقویت مثبت است که هدف آن هم رفتاری و هم تحصیلی است (کاپلان و سادوک، ترجمهٔ پورافکاری، ۱۳۸۸).

از آنجایی که مطالعات اخیر به مدل برنامه‌های فرزندپروری مثبت به عنوان مداخلات پیشگیرانه توجه بیشتری دارند و حمایت از والدین از جمله معیارهای اصلی و زیربنایی برای رویکرد بهداشت عمومی است (ساندر، ۲۰۱۲)، همچنین پیشینهٔ مطالعاتی در این زمینه، در رابطهٔ والد – کودک، بیشتر معطوف به اثراتی بود که والدین بر کودک داشتند، اما اخیراً تحقیقات روی مشکلاتی که کودکان روی والدین خود دارند، متمرکز شده‌اند (شال، ۲۰۰۰؛ گری، ۲۰۰۲). از طرفی اکثر تحقیقات مبتنی بر والدین، اثر مداخلات والدین را بر بهبودی خود کودک مورد مطالعه قرار می‌دادند و به اثری که مداخلات می‌تواند بر روی خانواده داشته باشد، توجه کمتری شده است. بنابراین در این مطالعه اثر آموزش فرزندپروری مثبت بر تنیدگی مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه در شهر کرج مورد بررسی قرار می‌گیرد تا گامی در جهت کاهش تنیدگی والدین دارای کودکان بیش‌فعالی/ نقص توجه باشد. در صورت اثربخشی این آموزش، قابلیت تعمیم این روش به مراکز درمانی و توانبخشی جهت کمک به والدین همچنین درمان

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.4.3.1]

کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/ نقص توجه و خانواده‌های آن‌ها وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل) است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعهٔ آماری شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/ نقص توجه می‌باشد که به مرکز مشاورهٔ رازی شهر کرج مراجعه کرده‌اند. از بین مادرانی که کودکانشان بجز بیش‌فعالی/ نقص توجه اختلالات همراه مانند کم‌توانی ذهنی و اختلالات جسمانی مانند فلج مغزی نبودند و همگی داروی ریتالین به مدت حداقل ۶ ماه با مقدار مساوی مصرف می‌کردند، انتخاب شدند. همچنین جنسیت کودکان، پسر و محدودهٔ سنی آنها ۴ تا۱۰ سال بود. محدودهٔ سنی مادران ۲۵ تا ۴۵ سال بود. تعداد ۲۴ نفر از مادران کودکان دارای بیش‌فعالی/ نقص توجه با شرایط فوق پس از یک رضایت‌نامهٔ کتبی به روش انتخاب تصادفی با گمارش تصادفی ۱۲ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۲ نفر به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. در این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل آماری واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار تجزیه‌وتحلیل آماری[۴] نسخهٔ هجدهم تجزیه‌وتحلیل شدند. از جمله خصوصیات گروه نمونه می‌توان به میزان تحصیلات اشاره کرد که بیشترین فراوانی مربوط به مدرک دیپلم بود، همچنین ۹۱/۷ درصد مادران خانه دار و ۸/۳ درصد نیز شاغل بودند.

ابزار

مقیاس تنیدگی والدین[۵]: این مقیاس توسط آبیدین[۶] ساخته شده است و پرسشنامه‌ای است که بر اساس آن می‌توان اهمیت تنیدگی در نظام والدین – کودک را ارزیابی کرد. این پرسشنامه بر این اصل مبتنی است که تنیدگی والدینی می‌تواند از پاره‌ای ویژگی‌های کودک، برخی خصیصه‌های والدینی یا موقعیت‌های متنوعی که با ایفای نقش والدینی به طور مستقیم مرتبط هستند، ناشی شود. شکل شاخص تنیدگی والدینی این پژوهش، بازنگری شده شکل‌های پیشین است که تصحیح آن آسان‌تر و تعداد سؤالات آن کمتر است. این بازنگری مواد شاخص تنیدگی والدینی را از ۱۵۰ ماده به ۱۰۱ ماده کاهش داده است. زیرمقیاس‌های مربوط به هر قلمرو و تعداد موارد آن‌ها عبارت است از: الف- قلمرو کودک (۴۷ ماده) که شامل سازش‌پذیری(۱۱ ماده)، پذیرندگی(۷ ماده)، فزون‌طلبی (۹ماده)، خلق (۵ ماده)، بی‌توجهی / فزون-کنشی (۹ ماده) ، تقویت‌گری (۶ ماده) می‌باشد و ب- قلمرو والدین (۵۴ ماده) که شامل افسردگی (۹ ماده)، دلبستگی (۷ ماده) محدودیتِ نقش (۷ ماده)، حسِ صلاحیت (۱۳ ماده)، انزوای اجتماعی (۶ ماده) ، روابط با همسر (۷ ماده) و سلامت والد (۵ ماده) می‌باشد. شیوهٔ نمره‌گذاری به روش لیکرت بر حسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام می‌شود (استورا، ۱۳۷۷). ضریب قابلیت اعتبار و اعتماد همسانی درونی از طریق محاسبهٔ آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در یک گروه ۲۴۸ نفری از مادران هنگ کنگی، ۰/۹۳ درصد به دست آمد. این ضریب در قلمرو کودک ۰/۸۵ و در قلمرو والد ۰/۹۱ بوده است. اعتبار تفکیکی ابزار ۰/۹۳ و دامنهٔ ضریب اعتبار همزمان ابزار با ۵ ابزار تنیدگی مختلف دیگر بین ۰/۳۸ و ۰/۶۶ بوده است. در یک مطالعهٔ دیگر، ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی ابزار برای کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب قابلیت اعتماد بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۰ روز ۰/۹۴ به دست آمد (دادستان، احمدی ازغندی و حسن آبادی، ۱۳۸۵).

شیوهٔ اجرا

در این تحقیق از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون گرفته شد و بعد از آن گروه آزمایش به مدت ۸ هفته و هر هفته به مدت ۲ ساعت تحت آموزش روش درمانی فرزندپروری مثبت قرار گرفتند. این روش با استفاده از دستورالعمل ساندرز (۱۹۹۳،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.4.3.1]

ترجمهٔ شمس، ۱۳۸۹) صورت گرفت. از آنجایی که تعداد و محتوای جلسات آموزشی در پژوهش حاضر از نسخهٔ اصلی بستهٔ آموزشی فرزندپروری ساندرز اقتباس شده است، همچنین این آموزش قرار بود، اختصاصاً برای کودکان دارای بیش‌فعالی/ نقص توجه مورد استفاده قرار گیرد؛ لذا جهت تعیین روایی محتوای بستهٔ آموزشی مذکور از نظر متخصصین در حوزهٔ روانشناسی استفاده گردید و ضریب روایی آن مورد بررسی قرار گرفت. حداقل ضریب روایی محتوایی قابل قبول بر اساس روش لاواشه و با توجه به نظر هشت متخصص ۷۵ درصد می‌باشد (نادری، شاهبداغی، خاتون‌آبادی، دادگر و جلالی، ۱۳۹۰) که در این پژوهش، ضریب روایی محتوا ۹۶/۸ به دست آمد که نشان از روایی خوبی برای این بسته آموزشی می‌باشد. جلسات هشتگانه گروهی حاوی مطالب زیر بودند: جلسهٔ اول: معارفهٔ اعضای شرکت‌کننده، آشنایی با اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه و مباحث کلی درباره این اختلال، شناختن عوامل مؤثر بر رفتار کودکان و آشنایی والدین با روش‌های مثبت رفتار. جلسه دوم: مشکلات رفتاری و راه‌حل آن‌ها، روش‌های بهبود و ارتقاء رابطه والد – کودک با توجه به اختصاص وقت و کیفیت، ابراز محبت کلامی و غیرکلامی، ارائهٔ توصیه و تقویت خودپنداره مثبت و نیز فنون آموزش مهارت‌های جدید به کودک. جلسهٔ سوم: شناساندن انواع تقویت‌کننده‌ها، روش‌های افزایش توجه و رفتارهای مطلوب از طریق فنون ارائهٔ توجه، تحسین کلامی، امتیاز، فعالیت‌های جذاب و پاداش‌های عینی و استفاده از سیستم اقتصاد ژتونی و چارت رفتاری. جلسه چهارم: شناساندن اثرات ناخواستهٔ تنبیه، نکات لازم برای استفاده مؤثر از تنبیه، روش‌های وضع قوانین و مداخلات مربوط به کاهش رفتارهای نامطلوب و اصلاح رفتار به والدین. جلسه پنجم: شناساندن موقعیت‌های پر دردسر و روش‌های برنامه‌ریزی و آمادگی برای مقابلهٔ مؤثر با آن‌ها به والدین. جلسه ششم: شناساندن موانع تغییر و روش-های مقابله با آن‌ها و آموزش تمرین عملی در مورد مشکلات شایع به کودکان. جلسهٔ هفتم و هشتم: تعریف و توضیح رفتارهای هنجار و ناهنجار، تأثیر بازی‌ها بر رفتار و ارائهٔ بعضی بازی‌های سودمند برای پیشگیری یا رفع مشکلات رفتاری و همچنین آموزش مدیریت خشم به والدین. بعد از اتمام جلسات آموزش، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و بعد از یک دوره پیگیری شش هفته‌ای، برای بار سوم، هر دو گروه مورد آزمون قرار گرفتند.

روش آماری

اطلاعات به دست آمده از پرسشنامهٔ تنیدگی والدینی در جلسهٔ اول و آخر و شش هفته بعد در جلسهٔ پیگیری با استفاده از نرم‌افزار آماری نسخهٔ هجدهم و با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل آماری شدند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول۱- میانگین و انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمرهٔ مقیاس تنیدگی والدینی

متغیرها	گروه		میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
مقیاس تنیدگی والدینی	آزمایش	پیش آزمون	۳۳۸/۲۵	۴۹/۹۵	۴۵۴	۲۶۴
		پس آزمون	۲۱۸/۹	۲۹/۹۴	۲۷۹	۱۸۳
		پیگیری	۲۱۳/۵۴	۳۲/۵۷	۲۶۸	۱۴۸
	کنترل	پیش آزمون	۳۲۱/۹۱	۳۱/۸۶	۳۷۰	۲۶۱
		پس آزمون	۲۹۰/۶۳	۳۲/۱۱	۳۳۹	۲۴۶
		پیگیری	۳۲۸/۴۵	۴۳/۳۵	۳۹۲	۲۵۳

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.4.3.1]

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف استاندارد نمرات مقیاس تنیدگی والدینی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۳۳۸/۲۵ و ۴۹/۹۵ در پس‌آزمون ۲۱۸/۹ و ۲۹/۹۴ و در پیگیری ۲۱۳/۵۴ و ۳۲/۵۷ می‌باشد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات در گروه کنترل در پیش‌آزمون ۳۲۱/۹۱ و ۳۱/۸۶ در پس‌آزمون ۲۹۰/۶۳ و ۳۲/۱۱ و در پیگیری ۳۲۸/۴۵ و ۴۳/۳۵ می‌باشد. به طور کلی میانگین نمرات در مقیاس تنیدگی والدینی در گروه آزمایش کاهش داشته است و در گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش ولی در پیگیری افزایش داشته است.

جهت آزمون فرضیه‌های این پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که خلاصه نتایج مربوط به آن در جدول ۲ ارائه شده است. لازم به ذکر است که در پژوهش‌هایی که شرکت‌کنندگان بیش از دو یا سه بار مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند، بهتر است از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شود (دلاور، ۱۳۸۵). قبل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش– فرض‌ها از آزمون باکس[۷]، کرویت موچلی[۸] و لِون[۹] استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون باکس که برای هیچ متغیری معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس رعایت شده است. بر اساس آزمون کرویت موچلی که در متغیرها معنی‌دار نبود، فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است و بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

جدول ۲- خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثر روش فرزندپروری مثبت بر متغیر پژوهش و خرده مقیاس‌های آن

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	p	اندازهٔ اثر	توان آماری
مقیاس تنیدگی	۳۷۲۴۵/۱۲	۱/۴۵	۲۵۵۲۰/۱۷	۴۰/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
بی‌توجهی و فزون‌کنشی	۴۶۳/۸۴	۱/۹۱	۲۴۲/۷۷	۱۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹
تقویت‌گری	۷۲/۷۵	۱	۷۲/۷۵	۹	۰/۰۰۷	۰/۳۱	۰/۸۱
خلق	۱۷۵/۳۶	۱/۸۳	۹۵/۴۳	۱۱/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۸
پذیرندگی	۲۶۷/۷۵	۱	۲۶۷/۷۵	۱۱/۳۱	۰/۰۰۳	۰/۳۶	۰/۸۹
فزون‌طلبی	۴۹۶/۵۷	۱/۷۴	۲۸۳/۹۸	۱۸/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
سازش‌پذیری	۴۷۸/۴۵	۱/۹۶	۲۴۴/۰۵	۱۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۸
احساس صلاحیت	۳۷۸/۰۳	۱/۷۳	۲۱۸/۲۳	۱۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۷
دلبستگی	۱۵۲/۴۵	۱/۶۴	۹۲/۷۸	۹/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۳
محدودیت نقش	۲۳۳/۱۲	۱/۷۹	۱۲۹/۴۸	۱۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۶
افسردگی	۲۶۰/۸۱	۱/۸۵	۱۴۰/۵۹	۸/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳	۰/۹۴
روابط والدین	۲۸۹/۶۶	۱/۹۶	۱۴۷/۲	۱۱/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۹
انزوای اجتماعی	۱۰۸/۷۵	۱/۸۷	۵۸/۰۱	۴/۸۱	۰/۰۱۵	۰/۱۹	۰/۷۴
سلامت والدین	۱۹۵/۳۶	۱/۸۷	۱۰۴/۲۸	۱۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹

همان طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، همهٔ مولفه-های مقیاس تنیدگی والدین از لحاظ آماری در سطح $P< ۰/۰۵$ معنی‌دار بوده است. به این معنا که آموزش روش درمانی فرزندپروری مثبت در کاهش تنیدگی مادران کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی مؤثر بوده است. به علاوه، اندازهٔ اثر نشان می‌دهد که حدود ۷۶ درصد از تفاوت‌های دو گروه در مرحلهٔ پس‌آزمون از نظر تنیدگی والدین مربوط به روش فرزندپروری مثبت در گروه آزمایشی می‌باشد و این بدان معنی است که آموزش روش درمانی فرزندپروری مثبت در

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.4.3.1]

کاهش تنیدگی مادران کودکان مبتلا بـه بـیش‌فعـالی/ نقص توجه مؤثر بوده است.

بـه منظور مشخص نمودن این که هر کـدام از متغیرها در کدام مرحلهٔ آزمون با هم تفاوت معنی‌دار دارند از آزمون‌های تعقیبی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون‌های تعقیبی متغیرهای پژوهش در سه مرحلهٔ آزمون‌گیری

متغیر	آزمون‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
مقیاس تنیدگی والدین	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۷۲/۸۱	۵/۸۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون – پیگیری	۵۶/۵۹	۸/۱۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون – پیگیری	-۱۶/۲۲	۴/۸۸	۰/۰۰۳

همان طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، مقدار سطح معنی‌داری برای پیش‌آزمون – پس‌آزمون، پیش‌آزمون – پیگیری و پس‌آزمون – پیگیری در مقیاس ($P < ۰/۰۵$) معنی‌دار می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد مداخله انجام شده تأثیر معنی‌داری در نمرات آزمون‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون داشته و این نتایج در مرحلهٔ پیگیری هم حفظ شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان طور که بیـان شـد، ایـن پـژوهش بـا هـدف اثربخشی آموزش روش درمانی فرزندپروری مثبـت بـر تنیدگی مادران کودکان بیش‌فعالی/ نقص توجه صورت گرفت. نتایج حاصل نشان داد که در تنیدگی والـدینی از نظر تأثیر آموزش روش درمانی فرزندپروری مثبت و مولفه‌هـای آن در سـطح $P < ۰/۰۵$ تفـاوت معنـی‌دار دیده می‌شود. بـه عبـارت دیگـر آمـوزش فرزنـدپروری مثبت بر کاهش تنیدگی والدین کودکان بـیش‌فعـالی/ نقص توجه مؤثر بـوده اسـت. ایـن یافتـه‌هـا بـا نتـایج مطالعات پیشین در زمینه درمـان بـیش‌فعـالی/ نقـص توجه همسو می‌باشد. به عنوان نمونـه، دیلـی و اُبـرین (۲۰۱۳) طی مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند کـه برنامـهٔ مـداخلاتی والـدین روی بهبـودِ صـلاحیت و سلامت روانی والدین اثر مثبت داشت و باعث افـزایش تعامل والد- کودک نیـز شـده اسـت. نتـایج مطالعـات روشن‌بین، پوراعتماد و خوشابی (۱۳۸۶) در ایران نیـز حاکی از آن بود که آموزش والدین در کاهش تنیـدگی والدینی کودکان بیش‌فعالی/ نقـص توجـه مـؤثر واقـع می‌شود.

به اعتقاد ساندرز (۲۰۰۵) برنامهٔ فرزندپروری مثبت منجر به کاهش افسردگی، اضطراب، خشم و تنیدگی به ویژه تنیدگی در ایفای نقش والدگری می‌شود. مطالعات ایرلن و وایزنر (۲۰۰۴) نشان داد که برگزاری یک برنامهٔ آموزشی می‌تواند با افزایش مهارت والدین در کنترل رفتارهای مشکل‌آفرین کودک بیش فعال/ نقص توجه باعث تغییر روابط والد – کودک و کاهش تنیدگی والدین آنان گردد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وقتی والدین تحت آموزش قرار می‌گیرند، مهارت‌ها و خودکارآمدی آن‌ها افزایش و تنیدگی‌شان کاهش پیدا می‌کند و این در واقع از فواید آموزش والدین می‌باشد (بکسندل[۱۰] و همکاران ، ۲۰۰۱؛ به نقل از علی‌اکبری دهکردی، علی‌پور، چیمه و محتشمی، ۱۳۹۱).

امروزه دیگر نمی‌توان کودک را به عنوان صفحهٔ لوح سفیدی تلقی کرد که تجربه‌ها بر آن نقش می‌بندد، زیرا ویژگی‌ها و زمینه‌های خلقی کودک در تعامل‌هایی که با والدین خود دارند، وارد میدان می‌شود و چنین تعامل‌هایی آشکارا جنبهٔ متقابل دارند. بنابراین پاره‌ای از ویژگی‌های والدین و نیز ویژگی‌های کودک، توانایی والدین را در پاسخگویی به نیازهای فرزندانشان تحت تأثیر قرار می‌دهند و با ایفای نقش والدین به طور مستقیم در ارتباط است (استورا، ترجمهٔ دادستان، ۱۳۷۷). بنابراین وقتی والدین به صورت فعال درگیر مشکلات کودک خود می‌شوند و از نقش‌شان آگاهی بیشتری به دست می‌آورند و یاد می‌گیرند که در موقعیت‌های مختلف باید چه واکنشی از خود نشان دهند، تنیدگی کمتری را تجربه می‌کنند و

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.4.3.1]

از آن جایی که خودکارآمدی والدین به معنای اعتقاد والدین نسبت به توانایی‌های‌شان برای نفوذ در محیط می‌باشد، لذا والدین به خودکارآمدی بالاتری دست می‌یابند و در این حالت تنیدگی‌شان کاهش پیدا می-کند. به طور کلی مداخلاتی که باعث بهبود مهارت-های کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودک می‌شود، روی تنیدگی والدین هم اثر مثبت دارد (هستینگ و بک، ۲۰۰۴). مداخلات متمرکز بر والدین باعث درمان با قدرت بالا و هزینهٔ پایین می‌شود و از آنجایی‌که والدین بیشترین زمان را با کودک می‌گذرانند، پس این مداخلات بسیار مقرون به صرفه است (آنن، وارنر، مک‌گیلاوری،چون و هینز، ۲۰۰۸؛ مینجارز، ۲۰۱۰). آموزش والدین کیفیت زندگی خانواده را از طریق کاهش تنیدگی و افزایش اوقات فراغت و تفریح ارتقاء می‌دهد و صلاحیت والدینی را افزایش می‌دهد (مک کو ناچی و دیگل ، ۲۰۰۷).

پیشینهٔ مطالعاتی نشان می‌دهد که آموزش برنامهٔ گروهی فرزندپروری مثبت با کسب آگاهی و اطلاعات در مورد اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه و نیز با دستیابی به مهارت‌های کنترل کودک باعث شده است که مادران ویژگی‌های کودکان را کمتر تنیدگی‌زا بدانند، یعنی ادراک مادران از چگونگی پیامد یک کیفیت خلقی خاص که در فرزندشان تغییر کرده است، در نهایت منجر به کاهش تنیدگی مادر شده است (روشن‌بین، پوراعتماد و خوشابی، ۱۳۸۶). مداخلهٔ آموزشی در پژوهش حاضر سبب شده است که در آن دسته از ویژگی‌های مادران که به توانایی مراقبت شایسته آنان از فرزندانشان مربوط است، تغییر ایجاد شود و بدین وسیله تنیدگی والدگری کاهش یابد. با توجه به مشکلات همه‌جانبه‌ای که کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/ نقص توجه و خانواده‌های آن‌ها متحمل می‌شوند، ردیابی مشکلات و مداخله زودرس می‌تواند؛ فراوانی و شدت اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان و نیز پیامدهای متعاقب آن را در جامعهٔ کنونی کاهش دهد. بر این اساس به نظر می‌رسد که برنامهٔ آموزشی مذکور نقش مؤثری در این حیطه ایفا می‌کند و در مراکز آموزشی و درمانی مختلف به صورت درمانی چندجانبه قابل استفاده می‌باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم شرکت پدران در جلسات و کوتاه بودن زمان پیگیری اشاره کرد. کوچک کردن بازه سنی و افزایش تعداد جلسات و شرکت پدران در کنار مادران در برنامهٔ فرزندپروری مثبت پیشنهاد می‌شود. بنابراین طراحی و کاربرد برنامه‌های آموزش والدین از اهمیت و ضرورت بسیار زیادی برخوردار است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت محترم مرکز مشاورهٔ رازی استان البرز که در تهیه و تدوین این مطالعه، محقق را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

یادداشت‌ها

1) Attention deficit hyperactivity disorder
2) Kazdin & whitly
3) Positive Parenting Program
4) SPSS
5) Parenting Stress Index
6) Abidin
7) Box’s test
8) Mauchly’s test
9) Leven’s test
10) Baxendele

منابع

استورا (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن. ترجمهٔ دادستان، پریرخ. تهران : انتشارات رشد.

دادستان، پریرخ؛ احمدی ازغندی، علی؛ حسن آبادی، حمیدرضا. (۱۳۸۵). تنیدگی والدینی و سلامت عمومی: پژوهش درباره رابطه تنیدگی حاصل از والدگری و سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار کودکان خردسال. فصلنامهٔ روان شناسان ایرانی، ۲(۷)، ۱۸۴- ۱۷۱.

دلاور، علی. (۱۳۸۵). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. ویرایش دوم، تهران؛ رشد، ص: ۳۵۶.

روشن بین، مهدیه؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ خوشابی، کتایون. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامهٔ گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به ADHD. فصلنامهٔ خانواده پژوهی،۳(۱۰): ۵۷۲- ۵۵۶.

ساندرز، متیو .(۱۹۹۳). برای همه پدرها و مادرها (شیوه‌ای مثبت جهت رسیدگی به رفتار کودکان). ترجمهٔ شمس، نوشین (۱۳۸۹). انتشارات ذهن آویز.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.4.3.1]

علی اکبری دهکردی، مهناز؛ علی پور، احمد؛ چیمه، نرگس؛ محتشمی، طیبه. (۱۳۹۱). اثر روش درمانی پاسخ- محور مبتنی بر والدین در بهبود کودکان دارای اتیسم. فصلنامهٔ خانواده پژوهی،۱۲(۱): ۱-۱۲.

کاپلان، هرولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۸۸). خلاصهٔ روانپزشکی و علوم رفتاری- روانپزشکی . جلد دوم. ترجمهٔ نصرت الله پورافکاری، تهران: شهرآب.

محرری، فاطمه؛ شهریور، زهرا؛ تهرانی دوست، مهدی. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش برنامهٔ تربیت سازنده به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD . مجلهٔ علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی،۴۱: ۴۰-۳۱ .

نادری، سارا؛ شاهبداغی، محمدرحیم؛ خاتون آبادی، احمدرضا؛ دادگر، هوشنگ؛ جلالی، شهره. (۱۳۹۰). ترجمه و بررسی روایی و پایایی آزمون لکنت دوران کودکی. توانبخشی نوین، ۵(۲): ۱-۹.

هوش‌ور، پارسا؛ به‌نیا، فاطمه؛ خوشابی، کتایون؛ میرزایی، هوشنگ؛ کریملو، مسعود. (۱۳۸۸) . تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۱۰-۴ سال مبتلا به اختلال ADHD بر اختلال رفتار فرزندانشان. توانبخشی، ۱۰(۳): ۳۰-۲۴.

Anan, R. M., Warner, L. J., McGillivary, J. E., Chong, I. M., & Hines, S. J. (2008).

Group intensive family training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorder . Behavioral Interventions, 23(3), 165–180.

Barkley, R. A. (1990). Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.

Costin, Y., Lichle , C., Hill-Smith, A. (2004). Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health,3(1). Available: http://www.auseinet.com/journal/vol 3 iss 4/ Costin. Pdf

Daley, D; O'Brien, M. (2013). A small-scale randomized controlled trial of the self-help version of the New Forest Parent Training Programme for children with ADHD symptoms. European Child & Adolescent Psychiatry, Online ISSN,1435-165X.

Gray, D. E. (2002). Ten years on: A longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *27*, 215–222.

Hastings, R. P. & Beck, A. (2004). Practitioner review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. Journal of Child Psychology and Psychiatry,45(8), 1338-1349.

Irelan, Julie. Wiesner, Mark. (2004). Family Life education a program of Lutheran child and family services of I llinois.

Mc Conachie, H., & DIGGLE, T. (2007). Parent implemented early intervention for yong children with autism spectrum disorder: A systematic review. Journal of Evaluation in clinical practice, 13(1), 120 – 129.

Mckee, L.,Colletti, C. Rakow,A., Jones, D.J., Forehand, R. (2008). Parenting and child externalizing behaviors: Are the associations specific or diffuse? Journal of Aggression and Violent behavior, 11(1), 255 - 270.

Minjarez, M. B., Williams, S. E., Mercier, E. M., & Hardan, A. Y. (2010). Pivotal Response Group Treatment Program for parents of children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 41(1), 92-101.

Rabiner,C.D.(2002). Stress and Coping in parents of children with ADHD [on- line] . Available ;WWW. Help for add.com/2002/Septembr.htm.

Sadock, B.J, Sadock V.A.(2005). Comprehensive text book of psychiatry, 8thed. Lippincott. William & Wilkins; PP: 453 – 86.

Sanders, MR. (2005). Every Family: A public health approach t promoting children's wellbeing. (Brief Report). The University of Queensland.

Sanders, MR. (2012). Development, Evaluation, and Multinational Dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. Annual Review of Clinical Psychology, 8: 345-379.

Schall, C. (2000). Family perspectives on raising a child with autism. *Journal of Child and Family Studies*, *9(4)*, 409–423.

Sheeber L.B, Jonson J. H. (1992). Child temperament, maternal adjustment and charges in family life style. American journal of other psychiatry, 62: 178 – 185.

Sonuga – Barke E J, Daley D, Thompson M, Laver – Bradbury C, weeks A. (2001). Parent – based therapies for preschool attention – deficit / hyperactivity – disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. Jam A cad Child Ad, iesc psychiatry, 40: 402 – 8.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.4.3.1]

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.4.3.1]