

## اثربخشی برنامه آموزش زندگی خانوادگی در تغییر نگرش مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعال در سازش پذیری و پذیرندگی کودک ADHD

جمال سوره<sup>۱</sup>، نیلوفر میکائیلی<sup>۲</sup>، چنور رحیم زاده<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

<sup>۲</sup> دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی کردستان، واحد سنندج، سنندج، ایران.

نام نویسنده مسئول:

نیلوفر میکائیلی

### چکیده

هدف از این تحقیق بررسی اثر آموزش زندگی خانوادگی در تغییر نگرش مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعال در سازش پذیری و پذیرندگی کودک بیش فعال بود. روش تحقیق مطالعه‌ی حاضر آزمایش تجربی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی مادران کودکان بیش فعال که به مراکز مشاوره سقزمراجعه کرده بودند تشکیل دادند. نمونه‌ی مورد مطالعه که به صورت داوطلبانه و در دسترس انتخاب و شامل ۳۰ نفر از مادران کودکان بیش‌فعال بودند و به صورت جایگزینی تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. گروه آزمایشی در معرض برنامه‌ی آموزش زندگی خانوادگی قرار گرفت. شیوه‌ی مداخله شامل ۸ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای بود و پیش‌آزمون، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش تحلیل کواریانس یک متغیری (ANCOVA) با نرم افزار SPSS-24 استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش زندگی خانوادگی توانسته است سازش پذیری و پذیرندگی را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش دهد. کاربرد آموزش زندگی خانوادگی در ارتقای سلامت خانواده و سازش پذیری و پذیرندگی مادران کودکان بیش فعال موثر است. در نتیجه پیشنهاد می شود برنامه آموزش زندگی خانوادگی برای این مادران در نظر گرفته شود.

**واژگان کلیدی:** آموزش زندگی خانوادگی، بیش فعالی، سازش پذیری، پذیرندگی.

## مقدمه

اختلال بیش فعالی - نقص توجه<sup>۱</sup> از شایعترین اختلال های عصبی- رفتاری دوره ی کودکی است (۱ و ۲) و حدود ۵۰ درصد از مراجعان به درمانگاههای روان پزشکی اطفال را تشکیل می دهند. براین اساس در تاریخچه ی روانشناسی بالینی هیچ اختلالی به اندازه ی اختلال بیش فعالی - نقص توجه بحث انگیز نبوده است (۳).

اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی نخستین بار در سال ۱۸۴۵ توسط پزشک آلمانی به نام هافمن تشخیص داده شد (۴). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویراست پنجم<sup>۲</sup> (۵)، اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی اینگونه تعریف شده است: الگوی فقدان توجه و یا بیش فعالی - تکانشگری پایدار که مانع کارکرد یا پیشرفت فرد می شود. برای این اختلال سه زیر گروه تعریف شده است: نمود مختلط<sup>۳</sup> (ترکیبی از فقدان توجه و بیش فعالی - تکانشگری)، عمدتا فقدان توجه<sup>۴</sup> و عمدتا بیش فعال - تکانشی<sup>۵</sup>. کارلتون<sup>۶</sup> و همکاران (۶) بر این باورند که شروع اولیه نشانگان اختلال بیش فعالی همراه با کاستی توجه مربوط به پیش از هفت سالگی است. با این حال، ممکن است نشانه های آن تا سال های بعد از آن ظهور پیدا نکنند. معمولا این مشکل به صورت مشکلاتی در بازی آرام و شرکت بی سر و صدا در فعالیت های اوقات فراغت، جنب و جوش مفرط و پرحرفی بروز می یابد. میزان شیوع اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی براساس جنسیت بسیار متفاوت است تا جایی که میزان شیوع آن در پسران نسبت به دختران در جمعیت عمومی تقریبا ۳ به ۱ و در موارد بالینی بین ۶ به ۱ تا ۹ به ۱ گزارش شده است (۷).

تنیدگی از جمله مشکلاتی است که بشر متمدن امروزی در همه ی عرصه های زندگی با آن دست به گریبان است. خدایاری فرد و پرند (۸) بر این باور هستند، هنگامی که الزامات مربوط به فعالیتی فراتر از توانایی های فردی و اجتماعی افراد است، پاسخ هایی ارائه می دهند که به آن تنیدگی می گویند. تنیدگی از لحاظ جسمانی، هیجانی، شناختی و رفتاری تاثیرات مخربی بر انسان از خود به جای می گذارد. از جمله اثرات رفتاری نامطلوب تنیدگی، ایجاد اختلال در کارکردهای اجتماعی است.

آموزش زندگی خانوادگی که از نظر تاریخی از سال ۱۹۶۰ آغاز شده نیز به نوعی آموزش گروهی والدین است که می تواند علاوه بر توجه به رشد توانایی های بالقوه خانواده معطوف به حل مشکل باشد و این نوع آموزش باید اساسا بر مبنای ارتقای دانش پایه ریزی شود و یا اینکه به نگرش و مهارت ها توجه کند (۹). ارکوس و هنون<sup>۷</sup> (۱۹۹۹) عنوان کرده اند که برنامه های آموزش زندگی خانوادگی می توانند با توجه با افراد و خانواده ها و شرایط ویژه ی آنها هنجار شوند. معمولا تاکید می شود که آموزش زندگی خانوادگی بایستی بر مبنای نیاز فوری افراد و خانواده ها باشد (۱۰). شفیع آبادی (۱۳۸۶) بیان می کند آموزش گروهی والدین نوعی از تعلیم و تربیت گروهی است که آموزش وسیعی را شامل می گردد و به والدین کمک می کند تا دانش و توانایی های خود را از زمینه پرورش و تربیت کودکان به نحو مطلوب گسترش دهند. در چنین موقعیت هایی برنامه های آموزش زندگی خانوادگی می تواند به والدین بیاموزد که چگونه با ارائه ی الگوی مناسب، نقش مثبت تری را برای کودکانشان ایفا کنند و سبک های سالم زندگی را خود بیاموزند و به کودکانشان منتقل کنند. در چنین حالتی با افزایش توانمندی های والدین در زمینه ی سازش پذیری و پذیرندگی کودک، اختلال کودکانشان کاهش می یابد. در نتیجه ترکیبی از حمایت خانوادگی، خدمات والدگری و کیفیت بالای تربیت در دوره ی کودکی، به پیشگیری از بروز مشکلات در دوره نوجوانی و جوانی منجر می شود. از اینرو، سرمایه گذاری در برنامه های پیشگیری جهت حمایت از خانواده ها مثل برنامه آموزش زندگی خانوادگی، جوامع را از صرف هزینه های مجدد رها نموده و هزینه های مربوط به بزهکاری، خدمات قانونی و حقوقی و اجتماعی را کاهش داده و بار نظام مراقبت تربیتی را می کاهد. اکنون که تحقیقات متعدد نشان داده اند که والدگری یک کودک با اختلال نقص توجه - بیش فعالی می تواند باعث افزایش تنیدگی والد به ویژه مادر و افزایش احتمال بروز بیماری های روانی در مادر گردد، آموزش زندگی به منزله یک برنامه پیشگیری و در عین حال مکمل برنامه های درمانی اختلال بیش فعالی - نقص توجه می تواند سبب کاهش هزینه درمان کودک و مادر و صرفه جویی اقتصادی اجتماع و خانواده باشد (۱۱).

ماش و جانتسون (۱۲) در مطالعه ای درباره ی والدین کودکان خردسال دارای نقص توجه- بیش فعالی، سطوح بالاتر تنیدگی را در این والدین گزارش کردند. وونگ و وونگ (۱۹۹۹) با بررسی میزان سلامت روانی مادران کودکان خردسال در هنگ کنگ اثرهای تنیدگی والدینی بر سلامت مادر و متغیرهای موجود در این فرایند را آزمودند. نتایج نشان دادند والدینی که کودکان خردسال خود را فزون طلب و

1. Attention deficit hyperactivity disorders

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5

3. combined presentation

4. predominantly inattentive

5. predominantly hyperactive-impulsive

6. Carlton

7. Ercus & Henon

دارای پذیرندگی و تقویت‌گری پایین ادراک کرده بودند، تنیدگی والدینی بیشتری را گزارش نمودند. همچنین والدینی که محدودیت‌های نقش والدینی را ادراک کرده بودند نیز تنیدگی والدینی بیشتری را تجربه کردند. در این پژوهش نقش خود-کارآمدی والدینی نیز بررسی شد و نتایج نشان داد که خود-کارآمدی والدینی اثر تنیدگی بر سلامت روانی مادر را تعدیل می‌کند (۱۳).

اوستبرگ (۱۹۹۸) در یک برنامه آموزشی ۱۰ جلسه‌ای برای والدینی که با مشکلات متفاوت در قبال رفتار فرزندانشان روبه‌رو بودند ۷۵ نفر از مادران جوان دارای کودکان زیر ۴ سال را مورد آموزش قرار داد. مفاهیمی چون اصلاح رفتار کودکان و نوجوانان، شیوه‌های فرزندپروری، نحوه‌ی ارتباط با کودک، چگونگی حل مسأله و روابط با همسر در مدل برنامه‌ای گنجانده شد. نتایج نشان داد احساس رضایت مادران از شیوه رفتار فرزندانشان در پایان دوره آموزشی افزایش یافته بر احساس صلاحیت مادران جهت کنترل و تسلط بر رفتار خود و فرزندانشان افزوده شده و با خوشبینی بیشتری نسبت به رفتار کودکان تنیدگی روابط والد-کودک کاهش یافته بود (۱۲).

در مطالعات راجرز<sup>۸</sup> و همکاران (۱۴) نیز نتایج حاکی از کاهش مشکلات رفتاری کودکان بود. در این مطالعه همچنین بهبود قابل ملاحظه‌ای هم در رابطه با رفتارهای نامناسب فرزندپروری، تعارضات والدینی، احساس رضایت و صلاحیت والدین، افسردگی، اضطراب و استرس به وجود آمده بود. به علاوه این والدین سطح بالایی از رضایت از برنامه را ابراز نموده بودند.

اگرچه کودکان بزرگ‌تری که به اختلال نارسایی توجه - فزون‌جنبشی مبتلا می‌شوند، از نظر بروز رفتارهای مجرمانه و سوءمصرف مواد در ریسک بالاتری قرار دارند، محققان دریافته‌اند والدین این کودکان در بروزر رفتارها مؤثر هستند. افسرده بودن مادر در سنین اولیه رشد این کودکان بزرگ‌ترین عامل این مشکلات رفتاری می‌باشد از طرفی نقش والدینی مثبت در سنین ابتدایی می‌تواند منجر به محافظت کودک در برابر این عامل ریسک باشد (۱۵).

چنانچه حساسیت والدین در تعامل با کودک می‌تواند نسبت به بهبود شرایط روان شناختی کودک یاری‌رسان باشد (۱۶). از همین رو پژوهش اعتمادی، گیتی‌پسند و مرادی (۱۷) نشان داده است هنگامی که والدین در فرایند درمان مشارکت می‌نمایند، این فرایند شتاب بیشتری نسبت به درمان‌های کودک محور دارد.

به نظر ساندرز<sup>۹</sup> و همکاران (۱۸) بسیاری از مشکلات میان فردی مربوط به بیش‌فعالی، از تطبیق نیافتن کودک و عدم خویشتن داری او ناشی می‌شود. به همین علت است که در این برنامه، به والدین مهارتهایی را آموزش می‌دهند تا تطبیق نیافتن کودک را کاهش دهند و به فرزند خود کمک کنند تا خویشتندار و مسلط بر خود باشد. والدین یاد می‌گیرند تا رفتار خوب فرزندان را پاداش دهند، پاسخهای مطلوبی در او ایجاد کنند، رفتارهای نامناسب را کاهش دهند و پاداشهای اضافی برای حفظ و نگهداری رفتارهای مناسب تعیین کنند.

اهداف پژوهش حاضر را می‌توان به شرح زیر مطرح کرد:

هدف کلی این پژوهش اثر بخشی آموزش زندگی خانوادگی E. L. F در تغییر نگرش مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعال در سازش‌پذیری و پذیرندگی کودک ADHD می‌باشد.

در این راستا پژوهش حاضر درصدد دستیابی به این سوال است که آیا برنامه‌ی آموزش زندگی خانوادگی<sup>۱۰</sup> در تغییر نگرش مادران کودکان بیش فعال در سازش‌پذیری و پذیرندگی می‌تواند اثربخش باشد؟

## روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی از نوع آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. در این پژوهش برنامه‌ی آموزش زندگی خانوادگی به عنوان متغیر مستقل و سازش‌پذیری و پذیرندگی به عنوان متغیر وابسته محسوب می‌شود، که درمان بر روی گروه آزمایشی اعمال شد. اما روی گروه کنترل این درمان اعمال نشد. شاخص تنیدگی والدینی قبل از اعمال متغیر مستقل و بعد از اعمال آن روی آزمودنی‌ها اجرا شد.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، با میانگین سنی ۲۵ تا ۴۵ ساله بودند که از ابتدای آبان ۱۳۹۶ تا اواخر دی ماه ۱۳۹۶ برای درمان به مراکز مشاوره و خدمات روانشناسی و مراکز خصوصی روانپزشکی شهرستان سقز مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دهند. پس از جمع‌آوری نتایج پرسشنامه، مادرانی که سطح تنیدگی والدینی بالایی داشتند به عنوان افراد مورد مطالعه انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا اسامی ۳۰ نفر که به صورت نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شده بودند براساس نمره‌های پیش‌آزمون (از زیاد به کم: تنیدگی) مرتب شد. آنگاه نام آنها به صورت یک در میان در دو دسته قرار گرفت تا به دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شوند.

<sup>8</sup> . Rogers

<sup>9</sup>. Sanders

<sup>10</sup>. Family Life Education

### شاخص تنیدگی والدین (P.S.I)<sup>۱۱</sup>

این ابزار شامل ۱۲۰ سوال از نوع ۵ گزینه ای می باشد که دارای ۱۰۱ ماده اصلی و ۱۹ ماده اختیاری است و شامل ۱۴ مقیاس فردی در سه قلمرو کودکی (۶ مقیاس)، والدینی (۷ مقیاس) و یک مقیاس برای اندازه گیری استرس کلی زندگی است. مقیاس های قلمرو کودکی عبارتند از: سازش پذیری ۱۱ ماده، پذیرندگی ۷ ماده، فزون طلبی ۹ ماده، خلق ۵ ماده، بی توجهی و فزون کنشی ۹ ماده، تقویت گری ۶ ماده، مقیاس های قلمرو والدین شامل؛ افسردگی ۹ ماده، دل بستگی ۷ ماده، محدودیت های نقش والدینی ۷ ماده، احساس صلاحیت ۱۳ ماده، انزوای اجتماعی ۶ ماده، روابط با همسر ۷ ماده، سلامت والدین ۵ ماده می باشد. و نیز استرس زندگی (مقیاس اختیاری) که دارای ۱۹ ماده است. وقتی نمرات از صدک ۰/۷۵ فراتر می رود نمرات به طور افراطی (بی نهایت) بالا در نظر گرفته می شود و مشکلات بیشتر را نشان می دهد (۱۹).

نمره ی هر زیر مقیاس از حاصل جمع نمره هایی که بدین ترتیب بدست می آیند تعیین می شود. حاصل جمع نمرات زیر مقیاس ها، نمره ی کلی را به دست می دهد. نمره ای که در بالای هر دایره ی سفید نوشته شده، نمره ای است که در صورت ارائه ی آن پاسخ، به آزمودنی تعلق می گیرد و جمع این نمرات نیز نمره ی زیر مقیاس را بدست می دهد. با جمع بندی نمرات بدست آمده از زیر مقیاس ها، نمرات قلمرو کودکی و والدینی و از مجموع نمرات این دو قلمرو، نمره ی استرس کلی بدست می آید.

افزون بر این، ۱۹ ماده مربوط به استرس زندگی هر یک وزن خاصی دارد که نمره ی این شاخص براساس وزن ارائه شده در دستورالعمل آزمون از ۱ تا ۲۷ متغیر است (۱۹).

ضریب اعتبار این ابزار، از طریق آلفای کرونباخ در یک گروه ۲۴۸ نفری از مادران هنگ کنگی محاسبه شد و عدد ۰/۹۳ بدست آمد. این ضریب در قلمرو کودک ۰/۸۵ و در قلمرو والدین ۰/۹۳ بوده است. روایی تفکیکی ابزار ۰/۹۳ و دامنه ضریب روایی همزمان ابزار با پنج ابزار دیگر تنیدگی ۰/۳۸ تا ۰/۶۶ بوده است. ضریب اعتبار همسانی درونی ابزار توسط سازنده ی آن در یک گروه از مادران آمریکایی، برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای قلمروهای آن به ترتیب ۰/۸۶ (قلمرو کودک) و ۰/۸۳ (قلمرو والدین) بدست آمد (۲۰). مقدار این ضریب در پژوهش دادستان و همکاران (۱۷)، ۰/۸۸ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن با فاصله زمانی ۱۰ روز، ۰/۹۴ بود. در پژوهش به پژوهش و همکاران (۲۱) اعتبار کل آزمون از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ برآورد شد. اعتبار کل ابزار از طریق روش بازآزمایی ۰/۸۲ بدست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود.

### روش مداخله

پس از تدوین برنامه مداخله ای (گردآوری شده توسط مشکبید حقیقی، ۱۳۸۷)، گام اول در اجرای پژوهش دعوت کلیه مادرانی بود که از ابتدای آبان ماه ۹۶ تا اواخر دی ماه ۹۶ برای درمان بیش فعالی فرزند خود، به مرکز مورد مطالعه مراجعه کرده بودند. در گام دوم به مادرانی که براساس فراخوانی و اطلاعیه ای که در سطح شهر پخش شده بود و ثبت نام به عمل آمده بود، شاخص تنیدگی والدین داده شد تا تکمیل نمایند و مادرانی که سطح تنیدگی والدینی بالایی داشتند به عنوان افراد مورد مطالعه انتخاب می شدند و تاریخ و ساعت شروع کارگاه آموزشی به اطلاع آنها می رسید. در گام سوم آموزش گروه آزمایشی در ۸ جلسه ی ۴۵ دقیقه ای و هفته ای ۲ جلسه آغاز شد و به آنان در خصوص معرفی علایم بیش فعالی، شیوع و روشهای درمان آن و نقش والدین در درمان چند جنبه ای بیش فعالی، معرفی اصلاح رفتار (رفتار درمانی)، فرضیه های اولیه پذیرفته شده در آن و فنون ثبت رفتار بر اساس رویکرد پ.ر.پ (پیش آیند، رفتار، پیامد)، معرفی روشهای افزایش رفتار مطلوب (تقویت مثبت و منفی نظام اقتصاد ژتونی و ...) و روشهای کاهش رفتار نامطلوب (محروم سازی، تنبیه و...)، روشهای تربیت کودک بر اساس مدل های گوردن و درایکورز، بررسی الگوهای رشد کودکان (جسمانی، عقلانی، اجتماعی) و ابعاد فرزندپروری (عشق ورزی، کنترل، ارتباط، انتظارات متناسب با سن) و مرور مفاهیم و رفع اشکالات برای تکمیل دانش مادران آموزش داده شد (۱۲).

11. Parenting Stress Index

جدول ۱: خلاصه جلسات برنامه مداخله

جلسات	تشریح جلسات
اول	معرفی خانواده متعادل و خانواده ناسالم و شیوه های برخورد آنها با استرس و روشهای برگرداندن تعامل در خانواده
دوم	معرفی علایم بیش فعالی ، شیوع و روشهای درمان آن و نقش والدین در درمان چند جنبه ای بیش فعالی
سوم	معرفی اصلاح رفتار(رفتار درمانی) ، فرضیه های اولیه پذیرفته شده در آن و فنون ثبت رفتار بر اساس رویکرد پ.ر.پ (پیش آیند ، رفتار ، پیامد).
چهارم	معرفی روشهای افزایش رفتار مطلوب (تقویت مثبت و منفی نظام اقتصاد ژتونی و ...) و روشهای کاهش رفتار نامطلوب (محروم سازی ، تنبیه و...).
پنجم	روشهای تربیت کودک بر اساس مدل‌های گوردن و درایکورز
ششم	بررسی الگوهای رشد کودکان (جسمانی ، عقلانی ، اجتماعی ) و ابعاد فرزندپروری (عشق ورزی ، کنترل ، ارتباط ، انتظارات متناسب با سن)
هفتم	آشنایی با مفاهیم عزت نفس ( ابعاد ، تعریف ، شیوه شکل گیری آن ) و معرفی تئوری های عوامل ایجاد پرخاشگری
هشتم	مرور مفاهیم و رفع اشکالات برای تکمیل دانش مادران

### یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) برای مقایسه متغیر وابسته پژوهشی یعنی سازش پذیری و پذیرندگی از روش تحلیل واریانس یک متغیره با استفاده از نرم افزار **SPSS-24** استفاده شد. جدول : میانگین و انحراف استاندارد نمره های آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل را در متغیر سازش پذیری و پذیرندگی، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱: مشخصه‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون سازش پذیری و پذیرندگی در دو گروه آزمایشی و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سازش پذیری	گروه آزمایش	۲۰/۹۳	۴/۹۳	۳۸/۴۰	۶/۹۵
	گروه کنترل	۲۰/۶۶	۶/۳۲	۲۳/۲۰	۵/۴۲
پذیرندگی	گروه آزمایش	۲۲/۸۰	۶/۸۶	۲۶/۴۶	۴/۶۷
	گروه کنترل	۲۴/۲۶	۶/۵۴	۲۲/۱۳	۵/۱۶

اطلاعات مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که میزان افزایش میانگین نمرات در پس آزمون گروه آزمایش بسیار بیشتر از گروه کنترل است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی همگنی شیب های رگرسیون در پیش آزمون سازش پذیری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	شاخص F	معنی داری
سازش پذیری	گروه	۲۹۸/۴۹۱	۱	۲۹۸/۴۹۱	۹/۹۰۶	۰/۰۰۴
	پیش آزمون	۱۸۶/۶۵۸	۱	۱۸۶/۶۵۸	۶/۱۹۵	۰/۰۲۰
	گروه×پیش آزمون	۵۳/۴۳۸	۱	۵۳/۴۳۸	۱/۷۷۴	۰/۱۹۵
	خطا	۷۸۳/۴۰۲	۲۶	۳۰/۱۳۱	-	-
کل		۳۱۲۸۲/۰۰	۳۰			

همانطور که در جدول مشاهده می شود تعامل بین گروه و پیش آزمون سازش پذیری معنی دار نیست. به عبارت دیگر داده ها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی می کند ( $P=0/19$  و  $F=1/774$ ).

جدول ۴: خلاصه جدول (ANCOVA) برای اثربخشی F, L, E بر سازش پذیری با کنترل پیش آزمون سازش پذیری به عنوان متغیر کووریت یا همپراش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	شاخص F	معنی داری
سازش پذیری	پیش آزمون	۱۹۸/۶۲	۱	۱۹۸/۶۲	۶/۴۰۹	۰/۰۱۷
	گروه	۱۶۹۹/۷۰	۱	۱۶۹۹/۷۰	۵۴/۸۴۰	۰/۰۰۰
	خطا	۸۳۶/۸۴	۲۷	۳۰/۹۹	-	-
	کل	۵۷۰۸/۰۰	۳۰	-	-	-

همانطور که جدول (۴) نشان می دهد پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت نمره های پیش آزمون- پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیر سازش پذیری ( $P \leq 0/000$  و  $F(1,27) = 54/840$ ) معنی دار است. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می شود.

جدول ۵: میانگین و خطای معیار تعدیل شده سازش پذیری در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سازش پذیری	۱۷/۵۲	۱/۴۳	۲/۴۷	۱/۴۳

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می شود میانگین نمرات پس آزمون سازش پذیری به طور معنی داری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی همگنی شیب های رگرسیون در پیش آزمون پذیرندگی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	شاخص F	معنی داری
پذیرندگی	گروه	۱۴/۰۰۹	۱	۱۴/۰۰۹	۰/۵۶۶	۰/۴۵
	پیش آزمون	۳۶/۴۹۱	۱	۳۶/۴۹۱	۱/۴۷۶	۰/۲۳
	گروه×پیش آزمون	۰/۱۹۱	۱	۰/۱۹۱	۰/۰۰۸	۰/۹۳
	خطا	۶۴۲/۹۵۵	۲۶	۲۴/۷۲۹	-	-
کل	۱۸۵۳۵/۰۰	۳۰	-	-	-	

همانطور که در جدول مشاهده می شود تعامل بین گروه و پیش آزمون پذیرندگی معنی دار نیست. به عبارت دیگر داده ها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی می کند ( $P=0/93$  و  $F=0/008$ ).

جدول ۷: خلاصه جدول (ANCOVA) برای اثربخشی F, L, E بر پذیرندگی با کنترل پیش آزمون پذیرندگی به عنوان متغیر کووریت یا همپراش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	شاخص F	معنی داری
پذیرندگی	پیش آزمون	۸۶۷/۹۲	۱	۸۶۷/۹۲	۳۶/۴۳۶	۰/۰۰۰
	گروه	۱۵۵/۴۹	۱	۱۵۵/۴۹	۶/۵۲۸	۰/۰۱۷
	خطا	۶۴۳/۱۴	۲۷	۲۳/۸۲	-	-
	کل	۱۷۸۱/۰۰	۳۰	-	-	-

همانطور که جدول (۷) نشان می دهد پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت نمره های پیش آزمون - پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیر پذیرندگی ( $P \leq 0/017$  و  $F(1,27) = 6/528$ ) معنی دار است. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می شود.

جدول ۸: میانگین و خطای معیار تعدیل شده متغیر پذیرندگی در گروه های آزمایش و کنترل

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	پذیرندگی
۱/۲۶	-۱/۵۲	۱/۲۶	۳/۰۵	

همانطور که در جدول ۸ مشاهده می شود میانگین نمرات پس آزمون پذیرندگی به طور معنی داری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است.

## بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر همچنین با هدف بررسی اثربخشی برنامه‌ی آموزش زندگی خانوادگی بر سازش‌پذیری والدینی و پذیرندگی در مادران کودکان بیش‌فعال انجام گرفته است. نتایج حاصل از تحلیل‌های آماری نشان دهنده‌ی این مطلب است که برنامه‌ی آموزشی حاضر توانسته است به طور معنی‌داری سازش‌پذیری و پذیرندگی را افزایش دهد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های راجرز و همکاران (۱۴) و مشکبید حقیقی (۱۳) در زمینه‌ی آموزش زندگی خانوادگی به والدین کودکان بیش‌فعال در یک راستا می‌باشد. به نظر ساندرز<sup>۱۲</sup> و همکاران (۱۸) بسیاری از مشکلات میان فردی مربوط به بیش‌فعالی، از تطبیق نیافتن کودک و عدم خویشتن‌داری او ناشی می‌شود. به همین علت است که در این برنامه، به والدین مهارت‌هایی را آموزش میدهند تا تطبیق نیافتن کودک را کاهش دهند و به فرزند خود کمک کنند تا خویشتن‌دار و مسلط بر خود باشد. والدین یاد می‌گیرند تا رفتار خوب فرزندان را پاداش دهند، پاسخ‌های مطلوبی در او ایجاد کنند، رفتارهای نامناسب را کاهش دهند و پاداش‌های اضافی برای حفظ و نگهداری رفتارهای مناسب تعیین کنند.

تحلیل نتایج نشان داد که پذیرندگی و سازش‌پذیری به طور معنی‌داری افزایش یافته است. سازش‌پذیری معرف مهارت کودک در مقابله با تغییرات است و به صورت نافرمانی، ناتوانی در انصراف از موقعیت‌های درگیرکننده و عدم اطاعت فعل پذیرانه بروز می‌کند. با توجه به این رویکرد برنامه‌ی مداخله‌ای مورد استفاده مرکب از مدیریت تنبیهی، آموزش والدین و مدیریت رفتار بود، می‌توان گفت که کاهش تنبیهی در این خرده‌مقیاس، ناشی از آن است که مادران با روش‌های متنوعی از مدیریت رفتار، ایجاد نظم و انضباط در فرزندانشان آشنا شده‌اند. تبیین احتمالی دیگر این است که تغییر نمره‌ها در این خرده‌مقیاس می‌تواند ناشی از آشنایی والدین با ماهیت اختلال بیش‌فعالی و همچنین آشنایی آنان با اصول برقراری رابطه با فرزندانشان باشد که باعث شده شیوه‌ی برخورد آنان نسبت به فرزندشان تغییر کند و رفتارهای او را بهتر درک کنند. و با او ارتباط بهتری برقرار نمایند.

پژوهش حاضر به رغم نتایج قابل توجهی که داشت با محدودیت‌ها و نقاط ضعفی نیز روبرو بود که عبارتند از:

- نمونه پژوهش حاضر محدود به مادران دارای کودکان بیش‌فعال شهرستان سقز بود که این مسئله به نوبه خود بر تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش مؤثر است. محدود بودن جلسات درمانی از دیگر موانع موجود بر سر راه درمان بود به این صورت که به متغیرهای مورد نظر تنها در ۱۲ جلسه و به صورت فشرده پرداخته شد. بیماران قرار گرفته در دو گروه آزمایش و کنترل از نظر شدت نشانه‌ها و یا نوع نشانه‌ها کنترل نشده بودند که این مساله می‌تواند بر نتایج بدست آمده تأثیرگذار باشد. با توجه به شیوع مشکلات روانشناختی گوناگون در میان مادران کودکان بیش‌فعال، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه بر روی سایر مشکلات نیز صورت گیرد. در پژوهش‌های آتی، به منظور ارتقای بهداشت روانی خانواده‌ی کودکان بیش‌فعال، پدران نیز در چنین مطالعاتی شرکت داده شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه بر روی نمونه با حجم بزرگتر صورت گیرد.



## منابع و مراجع

- [1] Teeter P A. (1998). Interventions for ADHD. New York; Guilford, 1998.
- [2] Wolraich Mark L. (2003). Disorders of Development and Learning Hamilton; BC Decker, 2003.
- [3] Pharies V. (2003). Understanding Abnormal Child Psychology. New York Wiley, 2003.
- [4] Pliszka, S. R., Greenhill, L. L., & Crismon, M. L. (2000). The Texas children's medication algorithm project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 908-919
- [5] American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Publishing.
- [6] Carlton, T. G., Donachie, N. D., Frampton, K. K., Henschen, G., Kumar, P. E., Waxenberg, F., et al. (2014). Clinical practice guideline for patients with attention deficit/hyperactivity disorder. Magellan Health Clinical Practice Guideline. Retrieved from <https://www.magellanprovider.com/>
- [7] Rasmussen, K., & Levander, S. (2009). Untreated ADHD in adults: Are there sex differences in symptoms, comorbidity and impairment? Journal of Attention Disorders, 12(4), 353-360
- [8] Khodayarifard, M. Parand, A. (1386). Stress and methods to deal with it. Tehran: Tehran University Press.
- [9] Irelan, Julie. Wiesner, mark. (2004). Family life education a program of Lutheran child and family services of Illinois.
- [10] Shahrakipour, H., Karimzadeh, S., Keramati, M. (2008). Effect of Family Life Education on Reducing Parental Stress in Mothers of Children Learning Disorder in Reading and Writing. Quarterly Journal of Thoughts in Education, Fourth Year, No. 3, Summer 2009.
- [11] Shafieabadi, A. (2007). Baby education techniques (parent guidance, teachers and counselors). Tehran: Chahar Publishing.
- [12] Mash E J, Johnston C. (2001). Families of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: Review and introduction to special education (11th Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- [13] Haghigi, B. (2008). Effect of Family Life Education on Reducing Parental Stress in Active Mothers. Educational Research Center, Islamic Azad University of Bojnourd, No 16.
- [14] Rogers, H., Cann, W., Cameron, D., Littlefield, L., & Lagioia, V. (2003). Evaluation of the family intervention service for children presenting with characteristics associated with attention deficit hyperactivity disorder. Australian e-Journal for the Advancement of mental Health. 2(3).
- [15] Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Williams SH, Baumann BL, Kipp H, Jones HA, & Rathouz PJ, (2007). Parental psychopathology and maternal positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Developmental Psychology, 43: 70-82.
- [16] Amiri Nejad, A; Qureshi Rad, F; Javanmard, G. H. (2011). Comparing parenting styles and mental health of parents who attempt suicide with ordinary parents. Quarterly Journal of Family Counseling and Psychotherapy, (1) 3: 330-315.
- [17] Etemadi, A; Giti Passand, Z; Moradi, M. (2012). The Effectiveness of Group Therapy for Solving Circumcision, Reducing Mother-Baby Conflicts in Mothers. Quarterly Journal of Family Counseling and Psychotherapy, (3) 4: 588-565.
- [18] Sanders, M. R., Dittman, C. K., Farruggia, S. P., & Keown, L. (2014). A comparison of online versus workbook delivery of a self-help positive parenting program. Journal of Primary Prevention, 35, 125-133.
- [19] Sturra, J. (1991). Stress: A New Disease of Civilization (Parirokh dadsetan Translation, 1998). Tehran: Growth Publishing.

- [20] Dadsetan.P. (2005). Parental Stress and General Health: A Study on the Stress of Parenting with General Health in Mothers of Nurses and Housewives with Young Children. Quarterly journal of Iranian psychologists, 2 (7), 20-30.
- [21] To the researcher (2013). The Effectiveness of Stress Coping Skills Training on Parenting Stress in Mothers with Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Family Quarterly Journal, Sixth Year, No. 21, spring 2013, 114-99.