

اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین بر تعارض زناشویی، خودکارآمدی تربیتی و استرس والدینی مادران دارای فرزند بیش فعال

پریناز بنی سی^۱، مهسا صافیان اصفهانی^۲

^۱ استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران.

^۲ دانش آموخته کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی گرایش خانواده درمانی دانشگاه آزاد اسلامی.

نام نویسنده مسئول:

مهسا صافیان اصفهانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۱۶

چکیده

مقدمه: تربیت فرزندان همواره استرس‌های فراوانی را برای والدین به همراه داشته، که این فشار روانی در والدین با بروز بیماری‌ها و اختلالات در فرزندان تشدید می‌شود. هدف تحقیق حاضر بررسی اثربخشی آموزش مدیریت رفتار والدین بر تعارض زناشویی، خودکارآمدی تربیتی و استرس والدینی مادران دارای فرزندان بیش فعال شهر اصفهان بود.

روش: این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. برای این منظور از بین تمامی مادران دارای کودک بیش‌فعال شهر اصفهان به صورت نمونه‌گیری داوطلبانه، ۳۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی گمارش شدند. گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۱/۵ ساعته در جلسات گروهی شرکت کردند و گروه کنترل تا پایان برنامه، مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش مقیاس پرسشنامه تعارضات زناشویی (MCQ)، خودکارآمدی تربیتی والدینی (PSE) و پرسشنامه استرس والدینی (PSI-SF) بود. داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد که آموزش مدیریت رفتار والدین بر تعارض زناشویی، خودکارآمدی تربیتی و استرس والدینی مادران دارای فرزند بیش‌فعال مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: بنا بر نتایج تحقیق حاضر می‌توان در گام نخست درمان، آموزش‌های والدینی را سرلوحه درمان قرارداد، تا والدین با حفظ آرامش خود تعامل بهتری با کودکان بیش‌فعال داشته باشند.

واژگان کلیدی: آموزش مدیریت رفتار والدین، تعارض زناشویی، خودکارآمدی تربیتی، استرس والدینی.

مقدمه

اختلال بیش فعالی / نقص توجه یکی از اختلالات عصب‌شناختی و رفتاری در رشد دوران کودکی است (بل^۱، ۲۰۱۱) که بیش‌ازحد فراگیر و پایدار و با ویژگی‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف‌شده است (سندرس و هوس^۲، ۲۰۰۲). این اختلال با علائمی همچون نداشتن عدم تاب‌آوری، کج‌خلقی، بی‌ثباتی خلقی، طرد شدن از همسالان، عزت‌نفس پایین و افت تحصیلی همراه است (دبو و پرینز^۳، ۲۰۰۷). تحقیقات قبلی چنین بیان می‌کند بیماری‌های کودکان باعث آشفتگی شدید اعضا خانواده می‌شود (تسولی، الکساندر، اشتفانی و دارونی^۴، ۲۰۱۳؛ کازینو و هازن^۵، ۲۰۱۳). شرایط والد بودن برای فرزندان که از نظر جسمیانی و روانی شرایط ویژه‌ای دارند، فرآیندی پیچیده و بالقوه استرس‌زاتر است. والدین همواره نگران اتفاقات شوک‌آور در ارتباط با کودک و سایر مسئولیت‌های آن‌ها برقرار کنند (اسمیت، چیتز و بکر^۶، ۲۰۱۵؛ اسکویی، ابراهیمی و مهرداد^۷، ۲۰۱۲، اکلستون و پالرمو، فیشر و لاو^۸، ۲۰۱۳؛ رافائل، زانگ، لیو و چپاردینو^۹، ۲۰۱۰). یکی از رایج‌ترین نگرانی‌های روزانه که والدین با آن مواجه‌اند، استرس والدینی است (چانگ و فابن^{۱۰}، ۲۰۰۷). سطوح بالای استرس‌های والدینی در تعامل والد کودک مشکل ایجاد می‌کنند، به مهارت‌های فرزند پروری والدین آسیب می‌رساند. علاوه بر این استرس بالای والدین کارکردهای روانی آن‌ها را مشکل می‌کنند، اختلال‌هایی مانند اضطراب، افسردگی و پرخاشگری ایجاد می‌نماید و اسناد منفی را افزایش می‌دهد که درنهایت به تفسیر منفی از رفتار کودک، افزایش تنبیه و ایجاد مشکل در تمایلات خانواده منجر می‌شود (هی سان و جانگ سی^{۱۱}، ۲۰۱۰؛ هینتر مایر^{۱۲}، ۲۰۰۶).

استرس والدینی به شرایط و موقعیت‌هایی اشاره دارد که در آن والدین به خواسته‌ها و ملزومات محیطی روبرو می‌شوند که از منابع اجتماعی و شخصی که در اختیار دارد فراتر است (کوپر، مک لن هان، میدوواز، بروکس-گیون^{۱۳}، ۲۰۰۹). مادران کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان عادی سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزند پروری، و نیز پریشانی و اضطراب را تجربه می‌کنند و احساس عدم‌کفایت دارند (براون و ویتساید^{۱۴}، ۲۰۰۷) رضایت زناشویی (زارعی، رستمی و قپانچی، ۲۰۱۰) و سلامت روان والدین کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی پایین‌تر از والدین کودکان عادی است و تفاوت معناداری میان آنها با مادران کودکان عادی از نظر افسردگی، اضطراب و خودکارآمدی (ون دن هافداکر و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۰). باتوجه به شرایط این کودکان، والدین آنان نسبت به مهارت‌های فرزندپروری بی‌اعتماد گشته و به حدی دارای استرس می‌گردند که به سرزنش خود می‌پردازند و درگیری بیش از حد مادر با مشکلات کودک و نیز رفتار آمرانه، کنترل‌کننده، دست و پاگیر و بدون تشویق او در نهایت بر مشکلات کودک می‌افزاید. رفتار منفی کودکان به ویژه اضطراب، پرخاشگری و بیش‌فعالی، بر اعتماد به نفس و استرس والدینی اثر گذاشته و بصورت یک چرخه‌ی معیوب ادامه می‌یابد. دارو درمانی به تنهایی بر عملکرد آشفته خانواده، تاثیر نمی‌گذارد بلکه به دلیل تعداد و نوع مشکلات این کودکان در حوزه‌های مختلف، کارکردهای درمانی متفاوتی ارائه گشته‌اند که از آن میان آموزش رفتاری والدین به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد بر سایر روش‌ها برتری دارد (جبارنسب مهربانی، ۱۳۸۹).

¹ Bell² Sanders, Hoat³ De Boo Prinz⁴ Tsiouli, Alexopoulos, Stefanaki, & Darviri⁵ Cousino & Hazen⁶ Smith, Cheater & Bekker⁷ Oskouie, Ebrahimi, & Mehrdad⁸ Eccleston, Palermo, M., Fisher, & Law⁹ Raphael, Zhang, Liu & Giardino¹⁰ Chang & Fine¹¹ Hee Sun & Jeong Mee¹² Hintermair¹³ Cooper, McLenn Han, Midwoz, Brooks-Guyon¹⁴ Brown, Whiteside¹⁵ Van den Hoofdakker, Nauta, Van der Veen-Mulders, Sytema, Emmelkamp, Minderaa, Hoekstra

خودکارآمدی باور فرد به توانایی هایش برای دستیابی به موفقیت در انجام وظیفه ای معین از راه ایجاد انگیزه در خود، تأمین منابع شناختی برای خود و نیز ایفای اقدامات لازم می باشد (لوتانز، یوسف و آلوویو^{۱۶}، ۲۰۰۷). و به اطمینانی که افراد به توانایی های خود برای انجام یک تکلیف خاص دارند، اشاره می کند (محبی نورالدین وند، شهنی ییلاق و پاشا شریفی، ۱۳۹۳). سازه ی خودکارآمدی، سازه ای به غایت مهم و حیاتی در روان شناسی است که تأثیر شایان توجهی در سلامت روانی و پیشگیری از اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان دارد. مطالعات متعدد نشان داده اند که بهبود خودکارآمدی می بایست به عنوان موضوعی پایه و بنیادی در زمینه ی روان درمانگری درمدمنظر قرار بگیرد (باربر^{۱۷}، ۱۹۸۴). مداخله های مرتبط با خودکارآمدی پایین، با طیف گسترده ای از مشکلات و اختلال ها در ارتباط است (اویی، هاسکینگ و فیلیپس^{۱۸}، ۲۰۰۷). افراد با خودکارآمدی کم، تفکرات بدبینانه درباره ی توانایی های خود دارند؛ بنابراین، این افراد در هر موقعیتی که بر اساس نظر آن ها از توانایی هایشان فراتر باشد، دوری می کنند. در مقابل افراد با خودکارآمدی بالا، تکالیف سخت را به عنوان چالش هایی که می توانند بر آنها مسلط شوند، در نظر می گیرند. آن ها تکالیف چالش انگیز را انتخاب می کنند، سریع تر حس خودکارآمدی شان بهبود می یابد و در صورت وجود مشکلات، تلاششان حفظ می شود (کارادیماس و کالانتزی^{۱۹}، ۲۰۰۴). مرور دقیق پیشینه ی پژوهش نشان می دهد که از مفهوم خودکارآمدی، به طور وسیعی، در قلمروهای مطالعاتی مختلف استفاده شده است (پری، دوین، دافی و ونسی^{۲۰}، ۲۰۰۷).

تعارض بین شخصی نوعی تعامل تعریف می شود که در آن اشخاص تمایلات، دیدگاه ها و عقاید متضادی را بیان می کنند و بعضی محققان آن را رخدادی عادی در زندگی زناشویی عنوان می کنند. در ایجاد تعارضات زناشویی فقط نمی توان یک عامل را موثر دانست بلکه در دوران معاصر عوامل متعددی می تواند در ایجاد و افزایش تعارضات زناشویی نقش داشته باشد. به دلایل مختلفی مانند گذر از سنت به مدرنیته، تغییر نظم خانواده ها، سست شدن روابط عاطفی، کارآمد نبودن الگوهای ارتباطی و کنترلی والدین، افزایش طلاق، مسائل مربوط به شغل و اجتماع، تعارضات و مشکلات زناشویی و خانوادگی افزایش چشمگیری یافته و این در حالی است که جامعه ی سالم در گرو خانواده های سالم است. با مشخص شدن ارتباط تعارض زناشویی با مشکلات متعددی از قبیل افسردگی، استرس و سبک فرزندپروری نامناسب، بررسی و مطالعه ی آن مهم است (سیچی^{۲۱} و همکاران، ۲۰۱۳).

برداشت والدین از رفتار کودک در دسترس بودن منابع کمکی به آنها، در فرزندپروری و احساس شایستگی های آن در ارتباط با بزرگ کردن فرزندان، همگی عناصر مهمی از این تعریف هستند. یکی از روش های درمانی که برای درمان و پیشگیری رفتار های قانون شکنانه در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی می توان استفاده کرد، آموزش رفتاری والدین است (گرین هیل و عثمان^{۲۲}، ۲۰۰۰ و لاندهال^{۲۳}، ۲۰۰۶) آموزش رفتاری والدین که بر اصول یادگیری اجتماعی مبتنی است به والدین می آموزد که با شناخت پیش آمدها و پیامدهای رفتارهای نامناسب فرزندان خود، مشخص کردن آن ها، شیوه نظارت بر این رفتارها، نادیده انگاشتن عمدی و برنامه ریزی شده، محرومیت موقت و دیگر فنون غیر جسمانی و بدون تنبیه بدنی رفتارهای فرزندان خود را تغییر دهند، رفتارهای مناسب را به وسیله توجه کردن، تشویق کلامی و جایزه تقویت کنند تا به رفتارهای دلخواه دست یابند (کرمیس، چاکو، فابیانو و پلهام^{۲۴}، ۲۰۰۴).

روش

این تحقیق یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. برای این منظور نمونه تحقیق به روش نمونه گیری و از بین تمامی مادران دارای کودک بیش فعال شهر اصفهان با توجه به ملاک های ورود و خروج مورد غربالگری انتخاب شدند. ملاک ورود این مادران به گروه نمونه عبارت بود از: داشتن کودک ۴ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی،

¹⁶ Luthans, Youssef, Avolio

¹⁷ Barber

¹⁸ Oei, Hasking, Philips

¹⁹ Karademas, Kalantz

²⁰ Perry, Devine, Duffy and Vince

²¹ Cichy

²² Greenhill

²³ Lundahl

²⁴ Chronics, Chacho, Fabiano, Pelham

براساس معیارهای DSM-5 با تشخیص فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان و روان شناس بالینی، دارا بودن کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی با حداقل ۶ ماه در درمان دارویی باریتالین، میزان تحصیلات حداقل دیپلم، انگیزه همکاری و مشارکت در درمان و ملاک های خروج از تحقیق وجود علائم روان پریشی در مادر و کودک، سابقه سوء مصرف مواد مخدر مادر، غیبت در بیش از یک جلسه از کلاس های برنامه آموزش. گروه آزمایش تحت آموزش مدیریت رفتار والدینی قرار گرفت، و گروه کنترل تا پایان برنامه، مداخله ای دریافت نکرد. هر دو گروه قبل و بعد از اجرای برنامه، آزمون های روانشناختی را تکمیل کردند. در پایان جمع آوری اطلاعات گروه کنترل در صورت تمایل مشاوره فردی مرتبط با محتوای آموزشی دریافت نمودند.

پرسشنامه استرس والدینی (PSI-SF): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط آپیدین ساخته شده است و سه زیرمقیاس آشفتگی والدینی^{۲۵}، تعامل ناکارآمد والد کودک^{۲۶} و ویژگی های کودک مشکل آفرین^{۲۷} را در بر می گیرد. این آزمون برای ارزیابی استرس والدینی ادراک شده والدین طراحی شده است. شیوه نمره گذاری به روش لیکرت بر حسب پاسخ های ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام می شود. فدایی و همکاران (۱۳۸۸) این پرسشنامه را روی ۴۶۸ مادر هنجاریابی کردند. نتایج آلفای کرونباخ^{۲۸} برای میزان پایایی^{۲۹} نمره کل استرس والدینی برای کل گروه هنجاری ۰/۹۰ بود. ضریب پایایی بازآزمایی^{۳۰} در طول ۱۸ روز بعد از اجرای اول برابر ۰/۷۵ برای نمره کل ابزار استرس والدینی بود که این همبستگی بیانگر ثبات شاخص استرس والدینی است. روایی همگرا^{۳۱} از طریق همبسته کردن با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^{۳۲} (DASS) و سیاهه رفتاری کودکان^{۳۳} (TCBC) مورد تایید قرار گرفت.

مقیاس خودکارآمدی والدینی (PSE): این پرسشنامه توسط بندورا (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۹ توسط سوزوکی و همکاران، در آمریکا و ژاپن با تغییراتی مورد استفاده قرار گرفته است. پرسشنامه مذکور دارای ۲۵ گزاره می باشد که خودکارآمدی تربیتی والدینی را مورد سنجش قرار می دهد. مادر باید پاسخ خود برای هر سوال در طیف گزینه ها از (۱: عدم اطمینان، تا ۶: اطمینان کامل) درجه بندی نماید. در این پرسشنامه ۱۰ گزاره مربوط به رفتار والدینی در حمایت اجتماعی- هیجانی، رشد شناختی فرزندان و ۱۵ گزاره مربوط به آموزش مسائلی که مربوط به رفتار فرزندان در آینده است، می باشد. در نهایت مجموعه ۲۵ گزاره، سازه خود-کارآمدی والدینی را معین می کند. سوزوکی و همکاران (۲۰۰۹)، ضریب پایایی این پرسشنامه را در دو کشور ژاپن (۰/۸۷) و آمریکا (۰/۹۲) گزارش کردند.

پرسشنامه تعارضات زناشویی (MCQ): پرسشنامه تعارضات زناشویی یک ابزار ۴۲ سؤالی است که برای سنجش تعارضات زن و شوهری ساخته شده است. این آزمون توسط براتی و ثنایی (۱۳۸۳) تهیه و تنظیم گردیده است. این پرسشنامه هفت بعد از تعارضات زناشویی را می سنجد که عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر. محتوای مؤلفه های پرسشنامه به گونهای تهیه شده که با متغیر مورد نظر (تعارضات زناشویی)، ارتباط نزدیک و مستقیم دارند. به دلیل مسائل فرهنگی ماده های متعلق به خرده مقیاس کاهش رابطه جنسی از پرسشنامه حذف

²⁵ parental distress²⁶ parent-child dysfunctional interaction²⁷ difficult child²⁸ Cronbach's alpha²⁹ reliability³⁰ test-retest reliability³¹ convergent validity³² Depression Anxiety Stress Scale (DASS)³³ The Child Behavior Checklist (TCBC)

شدند، هر سؤال بر اساس مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت تنظیم شده است که متناسب با پاسخ ها، نمرات ۱ تا ۵ به آن ها اختصاص می باید که در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش مدیریت رفتار والدینی

جلسه اول	آشنایی والدین با نوع اختلال کودکشان و ارائه اطلاعات مهم
جلسه دوم	شناخت بیشتر والدین از ارتباط خود با کودک و اصول کنترل رفتار؛ ارائه مدل ۴ عاملی تعارض والدین-کودک
جلسه سوم	آموزش روشهای افزایش توجه والدین به رفتارهای مثبت کودک
جلسه چهارم	تکنیکهای رفتاردرمانی برای ترغیب کودک به انجام رفتارهای مثبت
جلسه پنجم	آموزش به کارگیری سیستم پاداش از طریق امتیازات و ژتونها در منزل
جلسه ششم	آموزش نحوه استفاده از جریمه کردن مخصوصا بخاطر عدم همکاری و اطاعت و قانون شکنیهای کوچک و آموزش جریمه کردن و چشم پوشی
جلسه هفتم	آموزشهایی برای گسترش روش محروم کردن
جلسه هشتم	آموزش به والدین برای استفاده از اصول کنترل رفتارهای ناسازگار و ناپسند در انتظار عمومی
جلسه نهم	آموزش کنترل بدرفتاریهای آنی کودک و روشهای همکاری با کارکنان مدرسه

یافته ها

نتایج یافته های توصیفی از نمونه تحقیق نشان می دهد که میانگین و انحراف معیار متغیر استرس والدینی، خودکارآمدی تربیتی و تعارض زناشویی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون به ترتیب معادل $(4/45 \pm 56/79)$ ، $(1/20 \pm 54/36)$ و $(4/34 \pm 132/38)$ ، و در مرحله پس آزمون گروه آزمایش $(4/02 \pm 12/80)$ ، $(3/94 \pm 36/80)$ و $(5/925 \pm 140/7)$ بدست آمد. این در حالی است که در مرحله پیش آزمون گروه کنترل میانگین و انحراف معیار متغیر استرس والدینی، خودکارآمدی تربیتی و تعارض زناشویی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون به ترتیب معادل $(4/94 \pm 55/72)$ ، $(3/10 \pm 40/06)$ و $(5/22 \pm 133/65)$ ، و در مرحله پس آزمون گروه آزمایش $(4/46 \pm 52/19)$ ، $(3/55 \pm 37/06)$ و $(6/88 \pm 158/08)$ بدست آمد. نتایج آزمون لوین نشان می دهد در گروه آزمایش و گواه در استرس والدینی، خودکارآمدی تربیتی و تعارض زناشویی به ترتیب $(F=146/3)$ و $(P=0/087)$ ، $(F=0/224)$ و $(P=0/38)$ و $(F=0/640)$ و $(P=0/224)$ نشان می دهد که پیش فرض همسانی واریانس ها رعایت شده است و می توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول زیر آمده است:

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر آموزش مدیریت رفتاری والدین بر تعارض زناشویی، خودکارآمدی تربیتی و استرس والدینی مادران دارای فرزند بیش فعال با مهار پیش آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
تعارض زناشویی	پیش آزمون	۴۵۳/۸۸۱	۱	۴۵۳/۸۸۱	۲/۵۷۳	۰/۱۲۰	۰/۵۱۷	۰/۳۴۰
	گروه	۹/۳۰۰	۱	۹/۳۰۰	۰/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴۳	۹۹/۸
خودکارآمدی تربیتی	پیش آزمون	۰/۲۳۹	۱	۰/۲۳۹	۰/۰۱۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸۱	۰/۵۵۲
	گروه	۰/۷۰۸	۱	۰/۷۰۸	۰/۴۸	۰/۰۰۹	۰/۷۱۲	۰/۳۵۵
استرس والدینی	پیش آزمون	۵۴/۷۸۵	۱	۵۴/۷۸۵	۰/۵۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۹	۱
	گروه	۲۴۹/۳۲۸	۱	۲۴۹/۳۲۸	۲/۴۱۷	۰/۰۰۲	۰/۴۵۳	۹۰/۸

با توجه به مندرجات جدول شماره ۲، F مشاهده شده تفاوت معناداری را بین میانگن نمرات پس آزمون تعارض زناشویی و استرس والدینی مادران دارای فرزند بیش فعال گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد ولی این تفاوت در خودکارآمدی تربیتی مشاهده نشد. بنابراین می توان نتیجه گرفت آموزش مدیریت رفتاری والدین بر کاهش تعارضات زناشویی و استرس والدینی و افزایش خودکارآمدی تربیتی مادران دارای فرزند بیش فعال تاثیر نداشته است. اندازه اثر در متغیر تعارضات زناشویی و استرس والدینی به ترتیب معادل ۰/۴۴۳ و ۰/۴۵۳ در پس آزمون می باشد بدین معنا که ۴۴/۳ درصد و ۴۵/۳ درصد تغییرات در نمرات متغیرهای تعارض زناشویی و استرس والدینی در پس آزمون توسط درمان آموزش مدیریت رفتاری والدین قابل تبیین می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی آموزش مدیریت رفتاری والدین بر افزایش خودکارآمدی تربیتی و کاهش تعارض زناشویی و استرس والدینی مادران دارای فرزند بیش فعال بود. نتایج بررسی ها نشان داد که آموزش مدیریت رفتاری والدین بر خودکارآمدی تربیتی موثر نبوده ولی در کاهش تعارضات زناشویی و استرس والدینی مادران دارای کودک بیش فعال موثر است. این نتایج با یافته های عاقبتی، غرایبی و حکیم شوشتری (۱۳۹۲)؛ امیر، حسن آبادی، اصغری نکاح، طیبی (۱۳۹۱)؛ تهرانی دوست، شهریور، محمودی و علاقبند راد (۱۳۹۰)؛ علیزاده، منصور، روحانی و ماریانی (۱۳۹۰)، معصومی زارع (۱۳۸۹)؛ بن نعیم و همکاران (۲۰۱۸)؛ تام، پونگ، کادیرولا و خوا (۲۰۱۲)؛ کورنت (۲۰۱۲)، بوتیلی، آیزنبرگ و گری گوری (۲۰۰۹)؛ الیسون (۲۰۰۸)؛ گرسکویک و گواتزه (۲۰۰۸)؛ ساندرا (۲۰۰۶)؛ همسو بوده است و با یافته های پیمان نیا، پورشریفی و علیلو (۱۳۹۲)؛ مفتاق، محمدی و نجیمی (۱۳۹۱) همسو نبوده است. در تبیین معنی داری آموزش مدیریت رفتاری والدین بر کاهش تعارضات زناشویی نیز می توان ابراز داشت که زندگی با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به صورت عاملی استرس زا برای خانواده درک شده و می تواند همه جنبه های خانواده را تحت تاثیر قرار دهد. در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان می باشد، احتمالاً بیشترین تاثیر را خواهد پذیرفت. هر چند به سهم بالقوه رفتارهای والدینی ناکارآمد، در سبب شناسی اختلال نقص توجه / بیش فعالی توجه، چندان نشده استنتاج ما نشان داد که خانواده های دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی در ابعاد کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش جلب حمایت فرزند و افزایش واکنش هیجانی نمرات بالاتری نسبت به گروه مقایسه به دست آوردند. این بدین معناست که مادران در این ابعاد عملکردی پایین تری دارند.

نتایج تحقیق با یافته های غفوری نسب، کیمیایی و اصغری نکاح (۱۳۹۳) و بهرامی (۱۳۹۳) همسو بوده است. یافته های مطالعه حاضر حاکی از این است که والدین دارای فرزند مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی اختلاف بیشتری را با همسران خود دارند، از آنجایی که در همکاری و رابطه جنسی آنها کاهش دیده می شود. در واقع چنین وضعیتی، نشانگر فضای خانوادگی پرتنش می باشد که والدین برای کاهش تنش از یکدیگر اجتناب می کنند. افزایش جلب حمایت فرزند از سوی مادر، شاید ناشی از ناکارآمدی راهبردهای دیگر در رویارویی با کودک مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی باشد. گرچه، به احتمال زیاد تلاش برای جلب حمایت فرزند موجب بهبود رفتارهای این کودکان نخواهد شد و تنش بیشتری را به مادر وارد خواهد کرد این مسأله مطابق با یافته دیگر این مطالعه است که مادران این کودکان واکنش هیجانی بیشتری نشان می دهند. افزایش واکنش هیجانی، می تواند ناشی از این باشد که این کودکان حرف شنوی کمتری از والدین دارند. در چنین خانواده هایی اغلب اعضاء، واکنش منفی به رفتارهای کودکان نشان خواهند داد، زیرا بر خلاف کودکان عادی، این کودکان به خواسته های والدین پاسخوراند مناسبی نداده و موجب خشم و عصبانیت آنها می شوند. البته در تفسیر این یافته ها باید به این نکته توجه داشت که تعارضات زناشویی بیشتر

³⁴ Tam, Chong, Kadirvela, Khoo

³⁵ cornett

³⁶ Boutelle, Eisenberg, Gregory

³⁷ Allison

³⁸ Grskovic, Goetze

³⁹ Sandra

در گروه مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی به این معنی نیست که اختلال کودک علت این تعارضات است، بلکه عکس این مسأله نیز می تواند صادق باشد و برای بررسی آن لازم است مطالعات آتی از روشهای علت یابی استفاده نمایند.

از سوی دیگر، عدم افزایش معنی دار خودکارآمدی والدینی را می توان بر اساس محتوای سئوالات پرسشنامه ای احساس صلاحیت والدینی تبیین نمود. این پرسشنامه، احساس کلی خودکارآمدی والدین را در نقش والدگری می سنجد و خودکارآمدی والدین را در زمینه مدیریت مشکلات کودک مورد بررسی قرار نمی دهد. بنابراین از آن جا که این برنامه بر افزایش مهارت های والدین در زمینه مدیریت رفتاری متمرکز است، پرسشنامه صلاحیت والدینی به تغییرات خودکارآمدی مادران در زمینه مدیریت مشکلات رفتاری حساسیت چندانی نشان نداده است. در مجموع با وجود آن که یافته های پژوهش حاضر نشان داد که این برنامه تاثیر به سزایی بر خودکارآمدی والدین ندارد، اما به نظر می رسد که مناسب سازی این برنامه با نیازهای والدین کودکان بیش فعالی در ایران، توجه بیشتر به بهداشت روانی والدین این کودکان، فراهم کردن حمایت های اجتماعی و ساختن پرسشنامه ای مناسب تر که بتواند خودکارآمدی والدین کودکان بیش فعالی را در مدیریت رفتاری بسنجد، بتواند تاثیرات مثبتی بر والدین بگذارد.

در تبیین یافته های این مطالعه می توان ابراز داشت که مراقبت از کودک مبتلا به بیش فعالی، محدودیت های روانی و هیجانی قابل ملاحظه ای را برای هر فرد در خانواده به وجود می آورد. بنابراین والدین این کودکان به خصوص مادران بیشتر در معرض پیامدهای منفی قرار می گیرند. پژوهش ها نشان می دهد مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی در مقایسه با مادران دیگر اختلالات نافذ رشد، ذهنی و یا جسمی، خودکارآمدی پایین تری را احساس می کنند. با توجه به تاثیر خودکارآمدی پایین والدین بر روند پیشرفت کودکان، به نظر می رسد که تدارک یک برنامه آموزشی برای توانمندسازی والدین از اهمیت به سزایی برخوردار است. این برنامه ها می توانند موجب افزایش خودکارآمدی والدین شوند در این راستا، این پژوهش در صدد بود تا اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین با برنامه ای آموزش والدین و پروراندن مهارت ها بر افزایش خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی را مورد بررسی قرار دهد. نتایج این پژوهش، شواهد کافی برای فرضیه ی پژوهش مبنی بر این که آموزش والدین موجب افزایش خودکارآمدی والدینی می شود، فراهم نکرد. عدم افزایش معنی دار خودکارآمدی ممکن است به این علت باشد که در این برنامه، مشکلات هیجانی والدین و مسایل زناشویی کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

در بخش دیگر یافته های تحقیق حاضر نشان داده شد که آموزش مدیریت رفتاری والدین بر استرس مادران موثر بوده است. برهمن اساس این یافته با نتایج تحقیقات علیزاده (۱۳۹۱)، ونگ و همکاران (۲۰۱۸)، اکائر و همکاران (۲۰۰۶)، دانفورث و همکاران^{۴۰} (۲۰۰۶) همسو بوده است. در تبیین این یافته می توان چنین بیان کرد که این آموزش ها راهکارهای موثر و قابل استفاده در درمان کودکان دچار رفتارهای ناسازگارانه می باشد. در این روش به مادران آموزش داده می شود که چگونه تعاملات مثبت با کودکانشان را افزایش داده و از تعارضات بکاهند و از روش های نامناسب فرزند پروری بپرهیزند. مادران کودکان دارای اختلال بیش فعالی غالباً در معرض تمسخر و انتقاد افراد فاقد آگاهی می باشند که همین امر بیش از پیش سلامت روان آنان را در معرض خطر قرار می دهد. اگرچه پذیرش و درک ویژگی ها و رفتارهای کودکان توسط مادران دشوار است، اما مادران پس از شرکت در جلسات آموزشی راحت تر می توانند رفتار کودک خود را تبیین کنند، در نتیجه مشکلات رفتاری کودکان کاهش و اطاعت از دستورات مادران افزایش می یابد و مادران به میزان کمتری، فشار و تنش را احساس می کنند. یکی از محدودیت های تحقیق حاضر نمونه گیری دردسترس بود که همین امر روایی درونی و بیرونی را مورد تحدید قرار می داد. محدودیت دیگر تحقیق جامعه آماری مرتبط با بافت فرهنگی شهر اصفهان بود و برای تعمیم نتایج بهتر است محتاط عمل کرد. پیشنهاد می شود برای اطمینان از نتایج تحقیق حاضر در آینده حجم نمونه تحقیق، و روش نمونه گیری مورد بازنگری قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می شود این آموزش بر روی پدران نیز به مرحله اجرا در آید.

⁴⁰ Danforth, Harvey, Ulaszek, McKee

منابع و مراجع

- [۱] امیر، ف. حسن آبادی، ح. اصغری نکاح، م. طیبی، ز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد و کودک (CPRT) بر سبک‌های فرزندپروری. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده. سال اول، شماره ۴، بهار ۱۳۹۱، ۴۸۹-۴۷۳.
- [۲] بهرامی، س. (۱۳۹۳). تدوین بسته آموزش مهارت‌های فرزندپروری براساس آموزه‌های دینی و بررسی تأثیر آن بر بهبود رابطه والد و کودک و سبک فرزندپروری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- [۳] پیمان‌نیا، ب. پورشریفی، ح. علیلو، م. (۱۳۹۲). تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر بهبود علائم اختلال سلوک در کودکان دبستانی شهر اهواز. مجله دست آوردهای روان‌شناختی، ۲۰(۲): ۱۴۱-۱۶۰.
- [۴] تهرانی دوست، م. شهریور، ز. محمودی قزایی، ج. علاقبند راد، ج. (۱۳۸۷). مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار): ۱۴(۴): ۳۷۹-۳۷۱.
- [۵] ثنایی، ب. (۱۳۸۳). مقیاس سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- [۶] جبارنسب مهربانی، س. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۶-۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی (کمبود توجه). پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- [۷] روشن بین، م. پور اعتماد، ح. ر. خوشابی، ک. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۴-۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۳(۱۰): ۵۵۵-۵۷۲.
- [۸] صادقی، م. حسینی رمقانی، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و نگرانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه. سلامت جامعه، ۱۰(۴): ۱-۱۱.
- [۹] عاقبتی، ا. غزایی، ب. حکیم شوشتری، م. (۱۳۹۲). رابطه والد و کودک و رضایت از درمان، متغیرهای فراموش‌شده در ارزیابی اثربخشی برنامه فرزند پروری مثبت. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
- [۱۰] علیزاده، ح. (۱۳۹۱). تدوین برنامه آموزش والدین برای خانواده‌های دارای فرزندان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و تأثیر آن بر کاهش نشانه‌ها و کارکرد خانواده. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، ۲(۷): ۴۳-۷۰.
- [۱۱] علیزاده، ش.؛ منصور، ا. روحانی، ع.؛ ماریانی، م. (۱۳۹۰). رابطه بین شیوه‌های فرزند پروری و مشکلات رفتاری کودکان. علوم اجتماعی آسیا، ۷(۱۲)، ۱۹۵-۲۰۰.
- [۱۲] غفوری نسب، ج. کیمیایی، ع. اصغری نکاح، م. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش گروهی خانواده درمانی ساختی بر کاهش تعارض و بهبود روابط والد نوجوان. ششمین کنگره ملی آسیب شناسی خانواده. دانشگاه شهید بهشتی.
- [۱۳] فدایی، ز.؛ دهقانی، م.؛ طهماسبی، ک.؛ فرهادی، ف. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم کوتاه شاخص استرس فرزند پروری مادران کودکان عادی ۷-۱۲ سال. مجله تحقیقات علوم رفتار، ۸، ۹۱-۸۱.
- [۱۴] محبی نورالدین وند، محمدحسین. شهنی بیلاق، منیجه. پاشا شریفی، حسن. (۱۳۹۳). رابطه سرمایه روانشناختی (امید، خوش بینی، تاب آوری و خودکارآمدی) با هدف‌های پیشرفت و عملکرد تحصیلی دانشجویان سال اول. مجله پژوهش در برنامه ریزی درسی. ۱۱(۲): ۷۹-۶۱.
- [۱۵] معصومی‌زارع، م. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش گروهی مادران براساس رویکرد تلفیقی (فرزند پروری مثبت و رفتار درمانی) بر کاهش وابستگی کودکان به بازی‌های رایانه‌ای و بهبود ارتباط مادر و کودک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- [۱۶] مفتاح، د. محمدی، ن. نجیمی، الف. (۱۳۹۱). بررسی روش‌های مختلف درمان کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بر سلامت روان مادران. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۴(۲): ۲۴۵-۲۵۱.
- [۱۷] یوسفی، ش. سلطانی فر، ع. تیموری، س. (۱۳۸۸). مقایسه‌ی تنش والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه با مادران کودکان بهنجار. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، ۱۱(۲): ۱۱۵-۱۲۲.
- [18] Abidin, R. R. (1983). Parenting Stress Index: Manual, Administration Booklet, [and] Research Update. Pediatric Psychology Press. Distributed by ERIC Clearinghouse

- [19] Ackard, D.M., Neumark-sztainer, D., Story, M. & Prrey, C. (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *Journal of preventive medicine*, 30(1), 59-66
- [20] Allison, M. (2008). An evaluation of the effects of abridged parent training program on parent-child interaction in the home. Thesis prepared for the Degree of master of science university of north Texas.
- [21] Barber, T. X. (1984). Hypnosis, deep relaxation, and active relaxation: Data, theory and clinical applications. In R. I. Wolfork & P. M. Lehrer (Eds.) *Principles and practice of stress management* (pp. 164-166). New York: Guilford.
- [22] Bell SA. (2011.) A critical review of ADHD diagnostic criteria: What to address in the DSM-V. *J Atten Disord*; 15(1): 3-10.
- [23] Ben-Naim, Sh. Gill, N. Laslo-Roth, R. Einav, M. (2018). Parental Stress and Parental Self-Efficacy as Mediators of the Association Between Children's ADHD and Marital Satisfaction. *Journal of disorder attention*, 1. doi.org/10.1177/1087054718784659.
- [24] Boutelle, K. Eisenberg, Me. Gregory, Ml. (2009). The reciprocal relationship between parent-child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years. *journal of play therapy* 14(2), 75-93.
- [25] Brown, A., Whiteside, S. (2007). Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *Journal of anxiety*, 26, 340-348.
- [26] Chang, Y., & Fine, M.A. (2007). Modeling parenting stress trajectories among low-income young mothers across the child's second and third years: Factors accounting for stability and change. *Journal of Family Psychology*, 21, 584-594.
- [27] Chronics AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham WEJ, (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD; review & future direction. *Clinical Child & Family Psychology Review*. 7(1): 1-27.
- [28] Cichy, K, E. Lefkowitz, E, S. Karen, L. F. (2013). Conflict Engagement and Conflict Disengagement During Interactions Between Adults and Their Parents. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 68(1): 31-40.
- [29] Cooper, C, E., McLanhan, S, S., Meadows, S, O., & Brooks-Gunn, J. (2009). Family structure transitions and maternal parenting stress. *J Marriage Fam*. 2009; 71(3):558-740.
- [30] Cousino, M. K., & Hazen, R. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 54-67.
- [31] Danforth, J. S., Harvey, E., Ulaszek, W. R., & McKee, T. E. (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.
- [32] De Boo, G. M., & Prins, P. J. M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social- skills training. *Clinical Psychology Review*, 27, 78-97.
- [33] Durukan I, Erdem M, Tufan AE, Congologlu A, Yorbik O, Turkbay T. (2008). Depression and anxiety levels and coping strategies used by mothers of children with ADHD: a preliminary study. *AJP*; 9:217-23.
- [34] Eccleston, C., Palermo, T. M., Fisher, E., & Law, E. (2012). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 8- 18-30.
- [35] Greenhill, L.L., Osman, B.B. (2000). *Ritalin: Theory & practice*. USA: Mary Ann Libert.
- [36] Grskovic, J. A. Goetze, H. (2008). Short-term Filial therapy with German mothers: Finding from a controlled study. *International Journal of play Therapy*, 17(1): 39-51.

- [37] Hee Sun, S., & Jeong Mee, K. (2010). Analysis of Relationships between Parenting Stress, Maternal Depression, and Behavioral Problems in Children at Risk for Attention Deficit Hyperactive Disorder. *J Korean Acad*, 40(3): 453-461.
- [38] Hintermair, M. (2006). Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11, 493-513.
- [39] Karademas, E.C. Kalantzi, A.(2004). The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and Individual Differences*, 37(5):1033-1043.
- [40] Luthans, F., Youssef, C.M., & Avolio, B.J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. 1st ed. UK: Oxford University Press.
- [41] O'Connor, B.C., Fabiano, G.A., Waschbusch, D.A., Belin, P.J., Gnagy, E.M., Pelham, W.E., Greiner, A.R., & Roemmich, J.N. (2014). Effects of a summer treatment program on functional sports outcomes in young children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 1005-1017.
- [42] Oei, T. P. Hasking, P. Philips, L. A Comparison of General Self-Efficacy and Drinking Refusal Self-Efficacy in Predicting Drinking Behavior. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(6): 833-841.
- [43] Oskouie, F., Ebrahimi, H., & Mehrdad, N. (2012). Parental confrontation with type 1 diabetes in their children. *Archives Des Sciences*, 65, 222-234.
- [44] Perry, J. C., DeWine, D. B., Duffy R. D., Vance, K. S. (2007). The academic self-efficacy of urban youth: A mixed-methods study of a school-to-work program. *Journal of Career Development*, 34 (2):103-126.
- [45] Raphael, J. L., Zhang, Y., Liu, H., & Giardino, A. P. (2010). Parenting stress in US families: Implications for pediatric healthcare utilization. *Child Care, Health and Development*, 36, 216-224.
- [46] Sanders MR, Hoath FE. (2002). A feasibility study of enhanced group triple p-positive parenting program for parent of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Behav Chang*; 19(4): 191-206.
- [47] Sandra, D. (2006). Mother-child relationship as a Moderator of the Relation Between family Educational Involvement and child Achievement, science and practice. 6(1): 49-577.
- [48] Smith, J., Cheater, F., & Bekker, H. (2015). Parents' experiences of living with a child with a long-term condition: A rapid structured review of the literature. *Health Expect*, 18, 452-474.
- [49] Tam, C.L. Chong, A. Kadirvala, A. khoo Y.T.(2012). Parenting style and self-efficacy of adolescent: Malaysian Scenario. *Global Journal of Social Arts and Humanities*, 12, 14, 18-25.
- [50] Tsiouli, E., Alexopoulos, E. C., Stefanaki, C., & Darviri, C. (2013). Effects of diabetes-related family stress on glycemic control in young patients with type 1 diabetes: Systematic review. *Canadian Family Physician*, 59, 143- 149.
- [51] Van den Hoofdakker, BJ. Nauta, MH. van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PM, Minderaa RB, Hoekstra PJ.(2010). Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: moderators of treatment response. *J Pediatr Psychol*, 35(3):317-26.
- [52] Wong, D.F. K. Ng, Ting Kin. Ip, Priscilla S. Y. Chung, Mei Ling. Choi, Joe. (2018). Evaluating the Effectiveness of a Group CBT for Parents of ADHD Children. *Journal of Child and Family Studies*, 27(1): 227-239.
- [53] Zarei, J., Rostami, R., Ghapanchi, A. (2010). Marital satisfaction in parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder in comparison with parents of normal children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5: 744-747.