



بررسی اثر بخشی آموزش حل مساله به مادران کودکان بیش فعال و نقص توجه بر بہبود کیفیت زندگی

لیلا شفاقی^۱

چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش حل مساله به مادران کودکان بیش فعال و نقص توجه بر بہبود کیفیت زندگی بود. این پژوهش از نوع آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود که دانشآموزان ۴ دبستان از منطقه دو تهران که مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی به طور تصادفی به سه گروه تقسیم شدند: گروه حل مسئله، گروه آموزش خانواده و یک گروه کنترل بدون درمان. والدین هر سه گروه، پرسشنامه‌های: مشکلات رفتاری کانتر (فرم والدین)، حل مسئله هپنر و بیکر، کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-36)، تنیدگی والدین PSI و پرسشنامه زناشویی اتریچ، را تکمیل نمودند و بعد از آموزش پرسشنامه‌ها با استفاده از روش کواریانس مورد تجزیه و تحلیل گرفت. نتایج نشان داد آموزش حل مسئله بهتر از آموزش فرزندپروری، کیفیت زندگی والدین و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به ADHD را افزایش می‌دهد و روابط والدین این کودکان را بهبود می‌بخشد و تنیدگی والدینی در والدین کودکان مبتلا به ADHD را کاهش می‌دهد. مداخله حل مسئله بهتر از مداخله فرزندپروری بود و به صورت جامع می‌تواند درمان‌های دیگر را زیر مجموعه خود قرار دهد.

کلید واژه‌ها: بیش فعالی، نقص توجه، کیفیت زندگی

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پردیس، واحد خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) (L.shaghaghi@gmail.com)



مقدمه

اختلال ADHD «بیش فعالی» مجموعه علائمی است با محدودیت میزان توجه که با سطح رشد فرد تا هماهنگ است و به ضعف تمرکز، رفتار ناگهانی، بیش فعالی منجر می‌شود. مشخصه اصلی این اختلال وجود الگوی پایدار فقدان توجه یا بیش فعالی تکانشگری است که در مقایسه با افرادی که در همان سطح ارزش قرار دارند، شدیدتر است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). این اختلال مزمن و آسیب زاست و از کودکی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و با تحریک‌پذیری مداوم، تکانشگری و مشکلاتی در تمرکز مشخص می‌شود (انجمن روانشناسی امریکا، ۲۰۰۰، بارکلی، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش‌ها درگستره وسیعی از اروپا نشان داد که والدین کودکان مبتلا به ADHD گزارش کرده‌اند که اختلال نقص توجه / بیش فعالی تاثیر مهمی بر خانواده گذاشته است و رفتارهای این کودکان واکنش‌هایی را در والدین ایجاد کرده که بر ساختار و عملکرد خانواده تاثیر گذاشته و کیفیت زندگی را کاهش داده است (کوگیل و همکاران، ۲۰۰۸). مادران کودکان مبتلا به ADHD خود را در مقابل رفتارهای کودکانشان ناتوان احساس کرده و احساس عدم صلاحیت که میان احساس بیلیاقی و ناتوانی در انجام وظایف والدینی است، بیشترین تاثیر را بر تنیدگی والدین دارد (استورا، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷). تنیدگی والدین به خصوص مادر منجر به افزایش تنیدگی والدین خصوصاً مادر شده و والدین استرس بیشتر و رضایتمندی کمتری را تجربه می‌کنند (کاکاوند، ۱۳۸۵). همچنین شور و گو (۲۰۰۷) در مطالعه خود که به بررسی عوامل خانوادگی بیش فعالی پرداختند، به این نتیجه دست یافتنده که مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی آشفته‌گی روانشناسی بیشتری گزارش کرده و حمایت کمتری از سوی خانواده ادراک می‌کنند.

شواهد پژوهشی در مورد تعارضات زناشویی نشان دهنده‌ای است که بروز اختلالات روانی مختلف و مشکلات رفتاری فرزندان می‌تواند تعارضات زناشویی را افزایش دهد (ویگل، بالارد، دبورا، ۱۹۹۹؛ ناصحی، رئیسی، جعفری، رحمانی، ۲۰۰۵). کجبا، آقایی و کاویانی (۱۳۸۳) در تحقیقی به بررسی رابطه میزان رضایت زناشویی والدین با اختلالات رفتاری دختران پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بین رضایت زناشویی و اختلالات رفتاری دختران رابطه وجود دارد.

این شواهد نشان می‌دهد کاهش تنیدگی مادر و سلامت روان و اختلافات زناشویی، منجر به کاهش کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال ADHD می‌شود.

کیفیت زندگی یکی از رویکردهای روانشناسی مثبت‌نگر محسوب می‌شود. که یک مفهوم چند بعدی است و در تحقیقات مختلف دامنه‌های متفاوتی برای آن متصور می‌شوند. ابعاد کیفیت زندگی بسیار گسترده است اما بر اساس پژوهش‌های مختلف، هدف غایی شادمانی و رضایت مندی از زندگی است که تمام ابعاد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، هیجانی و عاطفی را در بردارد (فریش، ۲۰۰۶). این پژوهش تلاش دارد این ابعاد را در نظر بگیرد. تحقیقات حاکی از آن است که مادران کودکان بیش فعال، دچار کاهش کیفیت زندگی هستند، آن‌ها عزت نفس پایین‌تر، احساس گناه فزاینده و احساس انزوای بیشتری را نسبت به مادران کودکان عادی تجربه می‌کنند. در پژوهش‌های مختلف نتیجه گرفته شده است که روابط منفی، فشار ناشی از مشکلات رفتاری و تحصیلی کودکان ADHD در خانواده و ناتوانی مادران در حل مشکلات، تاثیر مهم و منحصر به فردی در کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان مادران داشته است (پرویزی، سید فاطمی و کیانی، ۱۳۸۷).

کیفیت زندگی نامناسب با وجود مشکلات کودکان ADHD منجر به بالا رفتن سطح تنفس در خانواده و از هم گسیختگی روابط خانوادگی می‌شود (شیبر و جانسون، ۱۹۹۲؛ جانسون، ۱۹۹۶؛ به نقل از هوشوار، بهنیا، خوشابی، میرزاپور و رهگذر، ۱۳۸۸). آنچه در کاهش کیفیت زندگی مورد نظر در این پژوهش می‌باشد، پیامدهایی است که زندگی با کودک ADHD و خود به همراه دارد. این پیامدها شامل: اختلاف و درگیری با همسر، محکومیت مادر به عنوان عامل مشکل کودک ADHD و متهمن شدن مادران از طرف همسر و متعاقباً تعارض بین زوجین (فیشر، بارکلی، فیتچر و اسمالیش، ۱۹۹۰)، ارتباط مخدوش مادر- کودک به دلیل بی توجهی کودکان ADHD به فرامین و قواعد، عدم توجه به نظم و انضباط شخصی و بدرفتاری که



منجر به رنجش والدین شده تنش و درگیری و ضرب و شتم باکودک را ایجاد می‌کند (ماسن و همکاران، ۱۳۷۷)، قطع ارتباط با فامیل، همسایه، دوستان و آشنايان و منزوی شدن خانواده و احساس شرم و خجالت، از داشتن فرزند ADHD (کاتر و جت، ۱۳۸۶)، ناخوشایند بودن پیامدهای کاهش عملکرد تحصیلی و ناسازگاری‌های کودک با همسالان در مدرسه (همان منبع)، آوازه مخدوش و بدنامی کودک در مدرسه (اشتاین برک و سیگرفید، ۱۳۸۷)، مشکلات اقتصادی و هزینه‌های بالای درمان (علیزاده، ۱۳۸۳)، عدم پذیرش اختلال ADHD بودن فرزند، انکار وجود تاب، انکار مشکلات، سرزنش دیگران، و سرکوب کردن احساسات منفی یا ناراحتی‌های شخصی به وسیله خوردن داروها یا الكل (کریمان، و شهریور، ۱۳۸۷) است؛ تحمل فشارهای روانی در زندگی با کودکان ADHD و همه عوامل فوق منجر به افزایش تنیدگی والدین خصوصاً مادر شده و والدین استرس بیشتر و رضایت مندی کمتری را تجربه می‌کنند (کاکاوند، ۱۳۸۵). همچنین شور و گو (۲۰۰۷) در مطالعه خود که به بررسی عوامل خانوادگی بیش فعالی پرداختند، به این نتیجه دست یافتنده که مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی آشتفتگی روانشناسی بیشتری گزارش کرده و حمایت کمتری از سوی خانواده ادراک می‌کنند.

شواهد پژوهشی در مورد تعارضات زناشویی نشان دهنده این است که بروز اختلالات روانی مختلف و مشکلات رفتاری فرزندان می‌تواند تعارضات زناشویی را افزایش دهد (ویگل، بالارد، دبورا، ۱۹۹۹؛ ناصحی، رئیسی، جعفری، رحمانی، ۲۰۰۵). کجبا، آقایی و کاویانی (۱۳۸۳) در تحقیقی به بررسی رابطه میزان رضایت زناشویی والدین با اختلالات رفتاری دختران پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بین رضایت زناشویی و اختلالات رفتاری دختران رابطه وجود دارد.

این شواهد نشان می‌دهد کاهش تنیدگی مادر و سلامت روان و اختلالات زناشویی، منجر به کاهش کیفیت زندگی در این خانواده‌ها گردیده والدین کودکان مبتلا به ADHD احساس عدم کفایت در حل مسائل زندگی دارند (فیشر، بارکلی، فیلچر و اسمالیش، ۱۹۹۰).

(لانگه و همکاران، ۲۰۰۵، به نقل از حیدری، ۱۳۸۸) معتقدند که مشکل خانواده، استرس زیاد و حمایت کم، آسیب شناسی روانی از قبیل افسردگی، پرخاشگری، ناسازگاری زناشویی، فرزندپروری بسیار مداخله‌گر و تعاملات والد – فرزند مستبدانه با ADHD ارتباط و همبستگی دارند، که از عوامل کاهش کیفیت زندگی است. تحقیقات نشان می‌دهند که در بین عوامل مختلفی که در بهبود کیفیت زندگی موثرند، تعامل کودک و والدین از مهم‌ترین و بنیادی‌ترین عوامل محسوب می‌شوند (نوایی نژاد، ۱۳۷۵؛ به نقل از شکوهی یکتا و زمانی، ۱۳۸۷). خانواده باید با ایجاد محیطی امن و مطمئن، احساس هویت شخصی، حمایت و راهنمایی، توان با عشق و محبت غیر مشروط برای فرزندان فراهم نماید (بایز، ۲۰۰۳، و ماتوس، ۱۹۹۹ و کمبل، گرین، ۲۰۰۰ و فابر، ادوارد، ۲۰۰۳). بنابراین خانواده در افزایش و بهبود کیفیت زندگی نقش عمده‌ای ایفامی کند (کریستنسین، ۲۰۰۴). متناسبانه در بسیاری از موارد، برخورد نادرست والدین می‌توان در افزایش مشکلات کودکان ADHD تعیین کننده باشد. رفتارهای ناسازگارانه کودک همچون تکانشگری، عدم تبعیت از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک‌پذیری، احساس بدی همچون خشم، عصبانیت، درمان‌گری، خستگی و کاهش تحمل در والدین به وجود می‌آورد؛ فدر مسلم، وقتی این چنین هیجان‌ها و احساساتی در والدین بیش فعال / نقص توجه به وجود آید، بر نحوه واکنش و رفتار کردن آن‌ها با این کودکان تاثیر می‌گذارد و آن‌ها شروع به تنبیه، طرد، سرزنش و محرومیت می‌نمایند؛ این واکنش‌ها احساسات منفی کودک، همچون ناکامی، خشم و نالمیدی، را برانگیخته و رفتار ناسازگارانه کودک را در این چرخه شیطانی به دنبال دارد که تکرار می‌شود. از این رو تشخیص و حل مشکلات فرزندان و مشکلات سلامت روانی و تنیدگی و استرس والدین و روابط زناشویی مختلط و مشکلاتی که به طور مداوم به شکل‌های مختلف و از ساده تا پیچیده در زندگی ظاهر می‌شوند نیاز به آموزش مهارت حل مسئله را جهت اندیشیدن به مسائل و یافتن راه حل بدون وارد کردن خدشه به عزت نفس کودک ضروری می‌نماید. مبادرت به حل مسائل با کنترل هیجانات منجر می‌شود این والدین با شکستهای احتمالی برخوردي مناسب داشته باشند (توروسکی و شوارتز، ۲۰۰۵). مهارت‌های مقابله‌ای حل مساله که در این پژوهش به آن پرداخته شد، به میزان زیادی بر در گیر نمودن والدین در مهارت‌های مورد نیاز برای حل مساله، به طور نظام دار متمرکز است (بایز، ۱۹۹۱ و کندال، ۲۰۰۹).

). این مهارت‌ها شامل: شناسایی مشکل و شکستن آن به مشکلات جزئی قابل حل، بررسی یک مورد از آن‌ها در هر زمان، فهرست نمودن راه حل ممکن، اجرای آن، کنترل پیشرفت کار، ارزیابی نتایج، تشویق خود برای حل مساله موفقیت آمیز، شناسایی راه حل‌های موفقیت آمیز، کنترل نتایج و بررسی مجدد فرایند حل مساله است (اوستاد، ۲۰۰۹).

توانایی حل مسئله یکی از مهارت‌های اساسی زندگی است. مقارن با تغییر و تحولات سریع در جوامع امروزی، استانداردها و تقاضاهای محیطی دستخوش تغییر و تحول شده و مسائل و مشکلات انسان‌ها نیز پیچیده‌تر شده‌اند. بدین سان حل بسیاری از مسائل مستلزم به کارگیری سطوح بالای تفکر است. از آنجایی که افراد از توanایی‌های بالقوه حل مسئله برخوردارند ولی روش کاربرد آن را در زندگی واقعی نمی‌دانند، آموزش این روش‌ها ضروری است. حل مساله یکی از کارکردهای عالی ذهن است حل مساله، راهبرد مقابله‌ای مهمی است که توanایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را افزایش و تنیدگی و نشانه شناسی روانی را کاهش می‌دهد. حل مساله، مستلزم راهبردهای هدفمندی است که فرد به وسیله‌ی آن مشکلات را تعریف می‌کند، تصمیم به اتخاذ راه حل می‌گیرد، راهبردهای حل مساله را انجام داده و بر آن نظرات می‌کند (دزوریلا و نزو، ۲۰۱۰). حل مسئله تشخیص و کاربرد دانش و مهارت‌هایی است که منجر به پاسخ درست یادگیرنده به موقعیت یا رسیدن او به هدف مورد نظرش می‌شود. (سیف، ۱۳۸۶). عنصر اساسی حل مسئله کاربست دانش و مهارت‌های قبل‌آموخته شده در موقعیت‌های تازه است. کاربست دانش و مهارت‌ها برای رسیدن به هدف‌های معین (اسلاوین ۲۰۰۶، به نقل از سیف، ۱۳۸۶).

پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که آموزش والدین کودکان ADHD در کاهش نشانه‌های این اختلال و ارتقاء عملکرد والدین و کودک مبتلا موثر بوده است (بارکلی، ۲۰۰۶) در درمان اختلال ADHD نقش والدین و آموزش والدین بسیار زیاد است، نگرش والدین نسبت به مشکل کودک می‌تواند در فرایند درمان موثر باشد. به همین دلیل ضروری است در این زمینه اطلاعات مهمی آموزش داده شود. آموزش والدین توanایی والدین در مدیریت رفتار کودکان ADHD را افزایش می‌دهد، این آموزش‌ها می‌توانند شیوه درمانی شناختی رفتاری در زمینه کنترل محیط و سازماندهی رفتار و مهارت‌های فرزندپروری صحیح را به خانواده دارای کودک ADHD ترویج دهد (گلدشتاین و گلدشتاین، ۱۹۹۸). اما با توجه به تنوع مشکلات مربوط به ADHD در سنین مختلف و شرایط محیطی متفاوت و غلبه هیجان‌های مانند عصبانیت و نگرانی و تنیدگی، مسلماً امکان آن که یک نوع درمان، به تنها‌یی بتواند تمام الزامات درمانی این اختلال را پوشش دهد، وجود ندارد بلکه ارزش هریک از مداخله‌ها در کاهش سطح علائم اختلال و مشکلات رفتاری یا هیجانی مرتبط با آن است. همچنین پژوهش‌هایی که در زمینه آموزش والدین صورت گرفته است نتایجی که نشان دهد تنیدگی والدین و سلامت جسمی و روانی و افسردگی را مرتفع ساخته، وجود نداشت (بارکلی، ۲۰۰۰، گلدشتاین و گلدشتاین، ۱۹۹۸) از این رو آموزش حل مساله به عنوان روشنی که با اتکا به اصول علمی تغییر رفتار، یعنی الگو گیری، تقویت اجتماعی و تعمیم دهی و با اتکا به جنبه‌های شناختی رفتار، فرایند درمان و شیوه‌های مقابله با مشکلات را فراهم آورده است (دزوریلا و گلدفرید، ۱۹۷۱) در این پژوهش انتخاب شد. تا به جای گرفتن ماهی، ماهیگیری را به والدین ADHD بیاموزد، به این مفهوم که اگر والدین کودکان ADHD به مهارت‌های حل مسئله مسلط شوند به عنوان راه حل‌های پیشنهادی می‌توانند آموزش والدین را به عنوان یکی از راه حل‌ها در نظر بگیرند تا بتوانند راهکارهای مقابله‌ای موثر دیگری همچون ارتقاء سلامت جسم و روان، کاهش تنیدگی و غیره را در لیست راه حل‌های خود قرار دهند. ما به دنبال این موضوع هستیم که آیا آموزش حل مساله به مادران کودکان بیش فعال و نقص توجه بر بهبود کیفیت زندگی اثربخش است؟

روش‌شناسی

روش پژوهش: روش پژوهش از نوع آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری است و هدف آن به کار بردن عملی یک دانش در زندگی است. از این رو متغیرهای این پژوهش که شامل: متغیرهای مستقل: مهارت حل مسئله، فرزندپروری و متغیرهای وابسته: کیفیت زندگی و نمرات فرعی آن: رضایت زناشویی، تنیدگی والدین، سلامت روان، با روش آزمایشی مورد بررسی قرار گرفتند.



جامعه‌آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

جامعه‌آماری پژوهش، والدین دانش آموزان دبستانی مبتلا به ADHD بود که در مدارس عادی و دولتی در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ تحقیل می‌کردند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران دانش آموزان مبتلا به ADHD، از چهار دبستان دولتی منطقه ۲ تهران در تابستان سال تحصیلی ۱۳۹۳-۹۴ بود. روش سرشماری نمونه در دسترس بود. ابتدا ۴ دبستان منطقه ۲ که همکاری با پژوهشگر داشتند، انتخاب شدند. سپس، دانش آموزان مبتلا به ADHD تشخیص داده شدند و والدین آنان پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند.

ابزار گردآوری داده‌ها و پایابی و روای

ابزارهایی که جهت جمع آوری اطلاعات از گروه‌ها در نظر گرفته شده است به قرار زیر است:

۱-۳-۶-۱ پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-36)

کیفیت زندگی عبارتست از برداشت هر شخص از وضعیت سلامتی خود و میزان رضایت از این وضع (حمیدی زاده و همکاران، ۱۳۸۷). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک فرد از جایگاهش در زندگی در بافت سیستم فرهنگ و ارزشهایی که او در آنها زندگی می‌کند می‌داند که در ارتباط با هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های اوست (شاه و همکاران، ۲۰۱۱). پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-36) مشهورترین و پراستفاده‌ترین ابزار برای سنجش کیفیت زندگی است.

پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-36) دارای ۳۶ سوال است و از هشت مقیاس تشکیل شده است که هر مقیاس مشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از:

۱- کارکرد جسمی (PF)

۲- اختلال نقش بخارط سلامت جسمی (RP)

۳- اختلال نقش بخارط سلامت هیجانی (RE)

۴- انرژی/خستگی (EF)

۵- بهزیستی هیجانی (EW)

۶- کارکرد اجتماعی (SF)

۷- درد (P)

۸- سلامت عمومی (GH)

همچنین از ادغام زیرمقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی دیگر به دست می‌آید که عبارتند از:

۱- زیرمقیاس سلامت جسمی: جمع زیرمقیاس‌های کارکرد جسم (PF)، اختلال نقش بخارط سلامت جسمی (RP)، درد (P)، و سلامت عمومی (GH)

۲- زیرمقیاس سلامت روانی: جمع زیرمقیاس‌های اختلال نقش بخارط سلامت هیجانی (RE)، انرژی / خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW) و کارکرد اجتماعی (SF)

۲-۳-۶-۲- مقیاس درجه بندی مشکلات رفتاری کائز (فرم والدین)

مقیاس درجه بندی مشکلات رفتاری کائز در سال ۱۹۶۹ توسط کائز ساخته شد. این ابزار دارای فرم‌های والدین و معلم می‌باشد و کاربرد وسیعی در زمینه‌های بالینی و پژوهشی کودکان دارد که برای مشخص ساختن برخی علایم و مشکلات رفتاری استفاده می‌شود و همچنین کاربرد وسیعی در غربالگری کلی برای اختلالات و مشکلات کودکی دارد. هم اکنون فرم بلند ۹۲ سوالی و فرم کوتاه ۴۸ سوالی از این پرسشنامه در دسترس است. مقیاس والدین ۴۸ سوال دارد که ۵ گروه از اختلال‌های کودکان را شامل: ناتوانی‌های یادگیری، اختلال سلوک، مشکلات روان تنی، فرون جنبشی- تکانشگری و اضطراب ارزیابی می‌کند. محدوده سنی قابل کاربرد ۷-۱۲ سال است که به هر پرسش از آنها از صفر تا ۳ نمره داده می‌شود (به ندرت ۰)، تا حدی (۱)، بیشتر اوقات (۲)، تقریباً همیشه (۳)). تکمیل این پرسشنامه، حدود ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به طول می‌انجامد.

در پژوهشی که شهائیان و همکاران (۱۳۸۶) به بررسی هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانزز برای ۵۹۸ کودک ۶ تا ۱۱ ساله پرداختند، نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از وجود ۴ عامل مشکلات سلوک، مشکلات اجتماعی، اضطراب - خجالتی و روان - تنی بود. در این پژوهش ۸ سوال به دلیل بار عاملی کمتر از ۰.۴۰ حذف گردیده و سوال ۱۱ به دلیل بار عاملی مشابه با سوال ۱۳ نیز حذف گردیده است.

ویژگی های روانسنجی

زیر آزمون های فرم کوتاه ویژه والدین بر اساس تحلیل عوامل به این شرح میباشد:

- ۱- مشکلات سلوک : ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس توسط کانزز (۱۹۹۰)، ۹۴ / ۰ گزارش شده است. این مقیاس مشکلاتی مانند گستاخی، زودرنج بودن، خرابکاری و مشاجره را در بر میگیرد.
 - ۲- مشکلات یادگیری : ضریب آلفای کرونباخ برای این زیر مقیاس ۰/۶۳ گزارش شده است.(کانزز، ۱۹۹۰). مشکلاتی مانند حواسپرتنی، بی دقیقی و سرخورده شدن در فعالیتها در این مقیاس قرار می گیرند.
 - ۳ مشکلات روان تنی : ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است(کانزز، ۱۹۹۰). این مقیاس مشکلاتی مانند سر درد، تهوع و خوابیدن را در بر میگیرد.
 - ۴- بیش فعالی - تکانشگری : ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۰ می باشد (کانزز، ۱۹۹۰) و مشکلاتی نظیر ناآرام بودن و حواسپرتنی را در بر میگیرد.
 - ۵- اضطراب- افعال : ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۰ می باشد (جیاناریس، گولدن و گرین، ۲۰۰۱). این زیر مقیاس مشکلاتی مانند خجالتی بودن، ترسو بودن و نگران بودن را در بر می گیرد.
- تحلیل عوامل فوق در بسیاری از مطالعات در کشورهای مختلف از جمله هند (روزنبرگ و جانی، ۱۹۹۵)، عربستان (کونتسی، بارت، کنینگو کاریا ، ۲۰۰۰) و هلند (به لوت و کرفز، ۱۹۷۸) تأیید شده است. روایی و پایایی مقیاس در مطالعات متنوع در کشورهای مختلفی گزارش شده است. گویت، کانزز و اولریچ (۱۹۷۸) همبستگی درونی مقیاسها را بین ۰/۴۱ و ۰/۰۸۳ کرده اند (جیاناریس، گولدن و گرین، ۲۰۰۱). الحسن الاواد و سونگا بارک (۲۰۰۲) در سودان پایایی بازآزمایی را معادل ۰/۰۵۲ و همسانی درونی بین زیر مقیاس‌های مختلف را ۰/۰۵۲ (زیرمقیاس اضطراب) تا ۰/۰۸۰ (مقیاس بیش فعالی) گزارش کرده‌اند. در بنگال ضریب همسانی درونی مقیاس از ۰/۶۰ (مقیاس روان تنی) تا ۰/۰۷۵ (مقیاس بیش فعالی) گزارش شده است. در ایران ضریب پایایی روی ۱۲ نفر به فاصله ۲ هفته بدين صورت گزارش شده است: مشکلات سلوکی ۰/۰۵۴، مشکلات یادگیری ۰/۰۷۸، روان-تنی ۰/۰۸۳، تکانشوری- بیش فعالی ۰/۰۳۶، اضطراب ۰/۰۷۰، ضریب پایایی نمره کل ۰/۰۳۶ (قدیری نشکاجانی، ۱۳۷۷). در پژوهش دیگری شهائیان و همکاران (۱۳۸۶) به بررسی هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانزز برای ۵۹۸ کودک ۶ تا ۱۱ ساله پرداختند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از وجود ۴ عامل مشکلات سلوک، مشکلات اجتماعی، اضطراب- خجالتی و روان - تنی بود. به منظور محاسبه پایایی از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ و پایایی بین نمره گذاران استفاده شد. ضریب پایایی بازآزمایی ۰.۵۸، برای نمره کل و از ۰.۴۱ برای زیر مقیاس مشکلات اجتماعی تا ۰.۷۶ برای زیر مقیاس مشکلات سلوک متغیر بود. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل، معادل ۰.۷۳ و از ۰.۵۷ (زیر مقیاس مشکلات اجتماعی) تا ۰.۸۶ (زیر مقیاس اضطراب - خجالتی) برای زیر مقیاس‌ها متغیر بود. ضرایب پایایی، بین نمره گذاری پدر و مادر ۰.۷۰ برای نمره کل و از ۰.۴۶ برای زیر مقیاس اضطراب - خجالتی تا ۰.۷۱ برای زیر مقیاس مشکلات اجتماعی می‌باشد. در این مطالعه، نمرات گروههای سنی ۶ تا ۸ سال و ۹ تا ۱۱ سال و ۱۱ ماه تفاوت معنی داری نداشت. مقایسه بین دو جنس، نشان داد بر اساس ارزیابی والدین بین نمرات کل دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما در زیر مقیاس مشکلات سلوک پسران و در زیر مقیاس اضطراب - خجالتی دختران به طور معنی داری میانگین نمرات بیشتری را کسب کردند. با توجه به یافته‌های ذکر شده، نمرات خام برای کل پرسشنامه و زیر مقیاسها به نمرات تراز شده T با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ تبدیل شد.

پرسشنامه حل مسئله هپنر و بیکر (۱۹۹۷)

هپنر و کراسکوف (۱۹۸۷) به نقل از لارسون، پنتزا و ونستد، (۱۹۹۵) حل مسئله را شامل یک رشته پاسخ‌های رفتاری، شناختی و عاطفی می‌دانند که به منظور سازگاری با چالش‌های درونی و بیرونی را ابراز گردیده‌اند. هپنر (۱۹۸۸) وجود سه ساختار را در فرآیند حل مسئله مطرح ساخته است عبارتند از: احساس کفايت در حل مسئله، کنترل شخصی بر هیجان‌ها و رفتارها و سبک‌های گرایشی - اجتنابی.

در این زمینه نیز شواهد پژوهشی و نظری گوناگونی درباره متغیرهای فراشناختی به ویژه ارزیابی خود به عنوان یک متغیر مؤثر در حل مسئله ارائه گردیده است.

پرسشنامه حل مسئله توسط هپنر و پترسن (۱۹۸۲) برای سنجش درک پاسخ دهنده از رفتارهای حل مسئله شان تهیه شده است. ۳۵ (PSI) ماده دارد که برای اندازه گیری چگونگی واکنش افراد به مسائل روزانه شان طراحی شده است. ۳ عبارت از پرسشنامه برای اهداف پژوهشی است و نمره گذاری نمی‌شود.

پرسشنامه حل مسئله بر مبنای چرخش تحلیل عاملی دارای ۳ زیر مقیاس مجزا است:

۱. اعتماد به حل مسائل با ۱۶ عبارت، سبک گرایش - اجتناب با ۱۶ عبارت، کنترل شخصی با ۵ عبارت.

ویژگی‌های روان‌سنگی

پرسشنامه حل مسئله با چندین نمونه از آزمودنی‌ها تنظیم و آزمایش شده است. آن همسانی درونی نسبتاً بالایی با مقادیر آلفایی بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ در خرده مقیاس‌ها (۰/۷۲، PC، AA، ۸۴/۰، ۸۵/۰) و ۰/۹۰ برای مقیاس کلی دارد. (هپنر و پترسن، ۱۹۸۲).

روایی آزمون نشان داد که ابزار سازه‌هایی را اندازه گیری می‌کنند که مربوط به متغیرهای شخصیتی و به طور قابل ملاحظه ای مرکز کنترل هستند. (هپنر و پترسن، ۱۹۸۲). پایایی بازآزمایی نمره کل پرسشنامه در فاصله دو هفته در دامنه ای از ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده که بیانگر این است که پرسشنامه حل مسئله ابزاری پایا برای سنجش توانایی حل مسئله است.

این پرسشنامه توسط رفعتی و با راهنمایی خسروی در سال ۱۳۷۵ ترجمه و برای اولین بار در ایران استفاده شد. (خسروی و همکاران، ۱۳۷۷) آلفای کرونباخ به دست آمده در تحقیق خسروی، درویزه و رفعتی (۱۳۷۷)، ۰/۸۶ و در تحقیق بذل (۱۳۸۳) ۰/۶۶ گزارش شده است که در حد قابل قبولی است.

پرسشنامه تنیدگی والدین PSI (آبیدین، ۱۹۹۰)

این شاخص توسط آبیدین ساخته شده و پرسشنامه ایست که بر اساس آن می‌توان اهمیت استرس در نظام والدین و کودک را ارزشیابی کرد و بر این اصل مبنی است که استرس والدین می‌تواند از پاره‌ای ویژگی‌های کودک، برخی خصیصه‌های والدین و یا موقعیت‌های متنوعی که با ایفای نقش والدینی به طور مستقیم مرتبط هستند ناشی شود. شکل شاخص استرس والدینی این پژوهش، به عنوان شکل بازنگری شده شکل‌های پیشین است که تصحیح آن آسانتر و مقدار آن کمتر است. این شاخص، شامل ۱۲۰ ماده است که در دو قلمرو کودکی (۴۷ ماده) و والدینی (۵۴ ماده) به اضافه یک مقیاس اختیاری تحت عنوان تنیدگی (۱۹ ماده) را در بر می‌گیرد؛ زیر مقیاس‌های مربوط به هر قلمرو و همچنین تعداد موارد آن‌ها عبارتند از:

الف) قلمرو کودکی شش زیر مقیاس :

۱- سازش پذیری (۱۱ ماده)، ۲- پذیرندگی (۷ ماده)، ۳- فزون طلبی (۹ ماده)، ۴- خلق (۴ ماده)، ۵- بی توجهی و فزون کنشی (۹ ماده)، ۶- تقویت‌گری (۶ ماده)

ب) قلمرو والدینی هفت زیر مقیاس :

۱- افسردگی (۹ ماده)، ۲- دلبرستگی (۷ ماده)، ۳- محدودیت‌های نقش (۷ ماده)، ۴- حسن صلاحیت (۱۳ ماده)، ۵- انزوای اجتماعی (۶ ماده)، ۶- روابط با همسر (۷ ماده)، ۷- سلامت والد (۵ ماده)

روایی و پایایی

ضریب قابلیت اعتماد و همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در یک گروه ۲۴۸ نفری از مادران هنگ کنگی ۹۳٪ بدست آمد ، این ضریب در قلمرو کودک ۸۵٪ و در قلمرو والد ۹۱٪ بوده است (دادستان، ۱۳۸۵). آبیدین (۱۹۹۱) در یک گروه از مادران آمریکایی ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی ابزار را برای کل مقیاس ۹۳٪ و برای قلمروهای کودک و والد به ترتیب ۸۶٪ و ۸۳٪ بدست آورد (آبیدین، ۱۹۹۱؛ به نقل از دادستان، ۱۳۸۵) در پژوهشی که دادستان، ارغندی و حسن آبادی انجام دادند نیز مقدار ضریب قابلیت اعتماد، همسانی درونی این ابزار برای کل مقیاس ۸۸٪ و ضریب اعتماد باز آزمایی آنبا فاصله زمانی ۱۰ روز ، ۹۴٪ گزارش شده است.

پرسشنامه زوجی اتریج

برای بررسی میزان رضایت زناشویی، پرسشنامه اینریچ انتخاب شده است. این پرسشنامه به عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات و کارهای بالینی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. فورز و السون (۱۹۸۹) از این پرسشنامه، برای بررسی رضایت زناشویی استفاده کردند و معتقدند که این مقیاس نسبت به تغییراتی که در خانواده بوجود می‌آید حساس است. فورز و السون (۱۹۸۹) با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی در تحقیق ملی با ۵۰۳۹ زوج نشان دادند که با استفاده از این پرسشنامه می‌توان با دقت ۸۵-۹۵٪ بین زوجین خرسند و ناخرسند تمایز قائل شد. هر یک از موضوعات این پرسشنامه، در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم است. این مقیاس شامل ۴ خرده مقیاس ۳۵ ماده‌ای می‌باشد که می‌تواند به عنوان یک ابزار تحقیق از جمله رضایت، ارتباطات، و حل تعارض استفاده گردد. مقیاس زوجی اینریچ یک اندازه گیری کلی از روابط زناشویی شامل تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباطات، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزند پروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی مربوط به زن و مرد، جهت گیری- مذهبی، همبستگی زوج‌ها و تغییرات زناشویی را شامل می‌شود.

مقیاس‌های این پرسشنامه به شرح زیر است:

تحریف آرمانی: سوالات این مقیاس، از پرسشنامه اصلاح شده توافق با آیین و رسوم زناشویی ادموند (۱۹۶۷) می‌باشد. این مقیاس، گرایش زوجین را در پاسخ به سوالات بر اساس رفتارهای پسندیده اجتماعی اندازه گیری می‌کند. نمره بالا نشان دهنده رابطه زناشویی است.

رضایت زناشویی: این مقیاس، رضایت و انطباق افراد با ۱۰ جنبه رابطه زناشویی شامل: موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت گیری مذهبی را اندازه گیری می‌کند. نمره بالا نشان دهنده رضایت زناشویی بالا است.

ارتباطات: این مقیاس، احساسات، نگرش‌ها، و اعتقادات شخص نسبت به میزان و چگونگی روابط زناشویی را می‌سنجد. نمره بالا، نشان دهنده آگاهی زن و شوهر و رضایت از سطح و نوع ارتباط در روابط‌شان است. و نمره پایین، نشان دهنده فقدان رضایت از ارتباط است.

حل تعارض: این مقیاس، نگرش‌ها، احساسات و اعتقادات همسر را در بوجود آوردن یا حل تعارض و نیز روش‌های زوجین را در پایان دادن به جر و بحث‌ها، ارزیابی می‌کند. نمره بالا، نشان دهنده نگرش‌های واقع گرایانه درباره تعارضات موجود در روابط زناشویی است و نمره پایین، نشان دهنده عدم رضایت از شیوه حل تعارضات است. این پرسشنامه توسط پژوهشگر و همکاران با اجازه کتبی از پروفسور دیوید السون ترجمه شد و سپس ترجمه برای سه نفر از اساتید متخصص آشنا به فرهنگ و زبان فارسی و انگلیسی که رزومه آنها برای دکتردیوید السون فرستاده شده بود، ارسال گردید و بعد از اصلاحات صورت گرفته ترجمه فارسی اصلاح و سپس به انگلیسی ترجمه شد و بعد از مقایسه ترجمه انگلیسی با نسخه اصلی و رفع اشکالات، "مجددا" ترجمه فارسی اصلاح شد و ترجمه نهایی اصلاح شده دوباره به انگلیسی ترجمه شد. و در نهایت برای آگاهی از فهم پرسشنامه، توسط خوانندگان پرسشنامه به طور آزمایشی بر روی ۶ نفر اجرا شد و سوالاتی که قابل فهم نبودند اصلاح شد پس از ویرایش



نهایی و تایید استاد همکار، ترجمه فارسی و ترجمه انگلیسی همراه با مراحل کار برای دکتر السون فرستاده شد و مجوز نهایی برای اجرای پرسشنامه برای مترجمین در ایران توسط دکتر السون صادر شد.

یافته‌های پژوهش

فرضیه پژوهش با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و به این نتیجه رسیده شد که اثر درمان آموزش حل مسئله برکیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به ADHD از درمان فرزند پروری پروری موثرتر است و اثر هر دو درمان بهتر از آن است که آموزشی داده نشود.

جدول ۱: خلاصه تحلیل کوواریانس و میانگین اصلاح شده برای مقایسه آموزش حل مسئله، فرزندپروری و بدون آموزش بر کیفیت زندگی

میانگین های اصلاح شده پس آزمون		اثرات بین آزمودنی ها					
خطای استاندارد	میانگین	گروه	متغیر وابسته	سطح معناداری	F	میانگین مربعات	منبع تغییرات
۲/۳۹۷	۶۴/۲۷	حل مسئله	نیزه	۰/۰۰۰۱	۲۴/۵۷۶	۱۳۵۸/۳۵۹	همپراش
۲/۳۵۵	۷۰/۷۹	فرزندهای پروری	نیزه	۰/۰۰۰۱	۲۵/۸۴۶	۱۴۲۸/۵۳۹	گروه
۲/۳۷۴	۸۷/۹۳	کنترل	نیزه				خطا

با توجه به جدول فوق نتایج جدول در اثرات بین آزمودنی ها با $F(2, 26) = 25/846, P < 0/01$, نشان داده شد که تفاوت آماری معنادار بین سه گروه مداخله وجود دارد. به عبارتی میانگین کیفیت زندگی گروههای سه گانه (آموزش حل مسئله، آموزش فرزند پروری و کنترل) پس از حذف اثر پیش آزمون به طور معناداری با هم تفاوت دارد. همانطور که در میانگین‌های اصلاح شده پس آزمون مشاهده می‌شود این نتیجه به این معنا است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌پس آزمون گروه آموزش حل مسئله (۶۴/۲۷)، گروه آموزش فرزند پروری (۷۰/۷۹) و گروه کنترل (۸۷/۹۳) در ارتباط با کیفیت زندگی معنادار می‌باشد. لذا (با توجه به اینکه در پرسشنامه کیفیت زندگی نمره کمتر بیانگر کیفیت زندگی مطلوبتر است) تایید می‌گردد که اثر درمان آموزش حل مسئله بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به ADHD از درمان فرزند پروری موثرتر است و اثر هر دو درمان بهتر از آن است که آموزشی داده نشود.

جدول ۲: جدول نتایج اندازه گیری های مکرر دو گروه آزمایشی در کیفیت زندگی

ارزش	df ₁	df ₂	F	sig
۰/۱۶۳	۲	۸	۲۰/۵۱۱	۰/۰۰۰۱
۰/۱۴۱	۲	۸	۲۴/۴۴۹	۰/۰۰۰۱

چنانچه از جدول فوق منتج می‌شود مقدار مشخصه آماری F با (حل مسئله (۲۰/۵۱۱) و فرزند پروری (۲۴/۴۴۹)) در سطح ۰/۰ معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت تغییر در مراحل مختلف آزمون کیفیت زندگی در هر دو گروه آزمایشی معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی در مراحل مختلف آزمون در گروه های آزمایشی نشان می دهد که میانگین مرحله های پیش آزمون، پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد.

جدول ۳: جدول نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی گروه های آزمایشی

پیش آزمون	پس آزمون	J	I	اختلاف میانگین (J-I)	خطای معیار	اختلاف میانگین (J-I)	فرزندهای پروری
۲/۴۱	۲۲/۲	۳۳/۳۴	۱۴/۵	۲۲/۲	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱



۲/۱۳	*۱۵/۵	۳/۳۷	*۲۲/۶	پیگیری	
۲/۴۱	*-۱۴/۵	۳/۳۴	*-۲۲/۲	پیش آزمون	پس آزمون
۱/۰۱	۱	۱/۲۱	.۰/۴	پیگیری	
۲/۱۳	*-۱۵/۵	۳/۳۷	*-۲۲/۶	پیش آزمون	پیگیری
۱/۰۱	-۱	۱/۲۱	-۰/۴	پس آزمون	

با توجه به جدول فوق میانگین نمرات پس آزمون گروه حل مسئله نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش(کاهش نمره در پرسشنامه کیفیت زندگی بیانگر رسیدن به سطح مطلوبتر است) یافته (۲۲/۲-) که این میزان در سطح ۰/۰۵ معنادار است اما معناداری در بین مراحل پس آزمون و پیگیری (۰/۴-) دیده نشد . به عبارت دیگر در مرحله پیگیری نشان داده شد که کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به ADHD با آموزش حل مسئله بهبود یافته و این بهبود در مرحله پیگیری ماندگار باقی مانده است.

میانگین نمرات پس آزمون گروه فرزند پروری نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش یافته (۱۴/۵-) که این میزان در سطح ۰/۰۵ معنادار است اما معناداری در بین مراحل پس آزمون و پیگیری (۱) دیده نشد . به عبارت دیگر در مرحله پیگیری نشان داده شد که کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به ADHD با آموزش فرزند پروری بهبود یافته و این بهبود در مرحله پیگیری ماندگار باقی مانده است.

نتیجه‌گیری

هدف اصلی تحقیق، بررسی اثر بخشی آموزش حل مسئله به مادران کودکان بیش فعال و نقص توجه بر بهبود کیفیت زندگی است. با توجه به مفهوم و تعریف کیفیت زندگی که ابعاد مختلفی مانند شادکامی، رضایتمندی ، سلامت جسم و روان، روابط ، تفریح و سرگرمی ، یادگیری ، پول، کار، شرایط محیطی، خلاقیت، احترام به خویش و موارد دیگر را در بر می گیرد آنچه در این پژوهش مد نظر قرار گرفت بعد سلامت روان ، روابط زناشویی و تنیدگی والدین بود که نقش مهمی در کیفیت زندگی مادران دارای کودک ADHD دارد، و از آنجاییکه روش درمان حل مسئله با استناد به تحقیقات فراوان اندیشمندان عرصه روانشناسی به عنوان درمان موثر در بسیاری از اختلالات، از جمله: محمدی(۱۳۸۱) به بررسی تاثیر دو شیوه درمانی حل مسئله و آموزش ظرفیت ابراز وجود بر اختلال سلوک در نوجوانان ، نصرآبادی (۱۳۸۲)، احمدی ، میرزاچی، نریمانی، ابوالقاسمی(۱۳۸۷)، محمودی راد، آراسته، افقه و براتی (۱۳۸۶)، تاثیر آموزش حل مسئله بر بهبود سازگاری، عملکرد تحصیلی مهارت‌های ارتباطی؛ و نیز پژوهش‌های بیکر ویدمن، جکوب ، رینک، سیلوا و مارچ (۲۰۱۰)، تاکاهاشی ، کازکی و شیماد (۲۰۰۹)، وازکین ، سافت ، هولتمن، فریز و اندرسون (۲۰۰۹)، چانگ، دزوریلا و سانا(۲۰۰۹)، مک موران، دوگان ، کریستوفر و هوباند(۲۰۰۷)، یاماشیتا، میزوونو، نیتموتو و کاشیما (۲۰۰۵)، فیک و ریکا (۲۰۰۴)، دزوریلا ، چانگ و سانا (۲۰۰۳)، تگلازی و راتمن (۲۰۰۱)، پاکسلاهاتی (۲۰۰۰)، در زمینه آموزش حل مسئله و تاثیر مثبت آن بر کاهش پرخاشگری ، استرسی و تنیدگی، افسردگی ، سلوک، رفتارهای مخرب ، رفتارهای ضد اجتماعی ، علائم شیزووفرنی، علائم اختلالات شخصیت و همچنین افزایش سازگاری اجتماعی، شادمانی، شرعت یادگیری، انعطاف پذیری، عزت نفس ، ارتباطات اجتماعی؛ شناخته شده است ، در این پژوهش تاثیر حل مسئله بر ابعاد ذکر شده کیفیت زندگی بررسی شد . با توجه به نتایج یافته ها در اثرات بین آزمودنی ها با $P<0/01$ ، $F(2, 26)=25/846$ نشان داده شد که تفاوت آماری معناداری بین سه گروه مداخله وجود دارد. به عبارتی میانگین کیفیت زندگی گروه های سه گانه(آموزش حل مسئله، آموزش فرزند پروری و کنترل) پس از حذف اثر پیش آزمون به طور معناداری با هم تفاوت دارد. تفاوت مشاهده شده بین میانگین پس آزمون گروه آموزش حل مسئله (۶۴/۲۷)، گروه آموزش فرزندپروری (۷۰/۷۹) و گروه کنترل (۸۷/۹۳) در ارتباط با کیفیت زندگی معنادار می باشد. لذا (با توجه به اینکه در پرسشنامه کیفیت زندگی نمره کمتر بیانگر کیفیت زندگی مطلوبتر است) تایید می گردد که اثر درمان آموزش حل مسئله بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به ADHD از درمان فرزند پروری موثرتر است و اثر هر دو درمان

بهتر از آن است که آموزشی داده نشود. نتایج پیگیری نشان داد مقدار مشخصه آماری F با (حل مسئله ۲۰/۵۱۱) و فرزندپروری (۲۴/۴۴۹) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت تغییر در مراحل مختلف آزمون کیفیت زندگی در هردو گروه آزمایشی معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی در مراحل مختلف آزمون در گروه‌های آزمایشی نشان می‌دهد که میانگین مرحله‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد.

منابع

- احدى ، بتول ؛ميرزايى ،پرى ؛ نريماني ، محمد ؛ ابوالقاسمى ، عباس؛(۱۳۸۷) . تاثير آموزش حل مسئله اجتماعى بر سازگاری اجتماعى و عملکرد تحصيلی دانش آموزان كمرو. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنائي، ۹، ۹۳-۲۰۲.
- اشتاین برگ ، مارک و سیگفرید، اتمر.(۲۰۱۳). نوروفيدبك: افقى تازه به درمان کم توجهى/بيش فعالى.ترجمه رضارستمی و على نيلوفرى (۱۳۸۷). تهران: انتشارات تبلور.
- اكبرى، زردهخانه، سعيد،(۱۳۸۵). مقايسه كييفيت زندگى و عوامل موثر برآن در مددجويان در زندانهاي استان تهران در سال ۱۳۸۵. پايان نامه کارشناسی ارشد روانشناسى باليني علوم تربیتی و توانبخشی.
- آسوده، محمد حسين (۱۳۸۹) . فاكتورهای ازدواج موفق از دیدگاه زوجین خوشبخت، پایان نامه آقاپور،م. اقدسی،ع. ۱۳۸۹، بررسی رابطه تعارض زناشویی با نشانه‌های آسیب شناختی عاطفی و رفتاری کودک، مجله زن و مطالعات خانواده ، سال سوم ، شماره ۹: ۲۷-۳۵.
- بابا پور، خيرالدين، ج، رسول زاده، طباطبائي، ك، اره اى ،ج، فتحى آشتiani، ع.، ۱۳۸۲، بررسى رابطه بين شيوه های حل مسئله و سلامت روانشنختی دانشجويان،مجله روانشناسى ، سال ۷،شماره ۱: ۳-۱۶.
- بلوم كويست، مايكل، ال . مهارتهای سازگار با کودکان ناسازگاری. ترجمه جواد علاقه‌بند راد . (۱۳۸۳). چاپ اول، تهران : نشر سينا
- جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه تهران.
- دادستان، پریخر،(۱۳۷۸). روان شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی، جلد ۱ و ۲،انتشارات سمت،تهران.
- دالگلاس،تاينن (۲۰۰۵) بيش فعالى چيست؟ترجمه مريم اخوان: تعليم و تربیت استثنائي، ۷۱ و ۷۰، مهر و آبان ۸۶
- رسولي، رويا؛ اعتمادي، احمد؛ شفيع آبادي، عبدالله و دلاور، علی.(۱۳۸۶) . مقايسه اثربخشى مداخله متتمرکز بر هيچجان به شيوه زوجي و فردي بر كاهش درماندگى رابطه زوجين دارای فرزند با بيماري مزمن. فصلنامه خانواده پژوهى. (۱۱): ۶۸۳-۶۹۸.
- روشن بین، مهدیه.(۱۳۸۵) . بررسى اثربخشى برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بيش فعالى/ كمبود توجه. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی.
- روشن بین، مهدیه، پوراعتماد، حميدرضا؛ خوشابي، كتايون.(۱۳۸۶) . تأثير آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به ADH. فصلنامه خانواده پژوهى ۱۰.۱۱۸۶-۱۷۵۳/۱۰-۲۰۰۰.
- سادوک ، ب.، ج، سادوک، و.، ۲۰۰۷، خلاصه روانپژشكى: علوم رفتارى و روانپژشكى باليني، ترجمه فرزین رضائي، ۱۳۸۸، تهران : انتشارات ارجمند.
- سادوک،بنیامين،سادوک،ويريجينيا،(۱۳۸۲) . خلاصه روانپژشكى: علوم رفتارى-روانپژشكى باليني، ترجمه نصرت الله پورافکاري، جلد ۳،انتشارات شهر آشوب: آينده سازان، تهران.
- عليزاده،حميد.(۱۳۸۳) . اختلال كمبود توجه/فazon جنبشى ويزگى ها ، ارزیابی و درمان . تهران: انتشارات رشد.
- عليزاده ، حميد . (۱۳۸۴) . تبيين نظرى اختلال نارسيابي توجه / بيش فعالى : الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی ، پژوهش در حیطه کودکان استثنائي. ۳۲۳-۳۸۴، (۳)، ۱۷.

فروع الدین عدل، اصغر، (۱۳۷۲). تاثیر بکارگیری روش آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهبود رفتارهای اخلال گرانه کودکان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران.

کجاف، م و همکاران. (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین میزان رضایت زناشویی والدین با اختلالات رفتاری دختران. مطالعات زنان. سال دوم، شماره ۴، ۱۸۳-۲۰۷.

کهرازی، ف.، آزاد فلاح، پ.، الهیاری، ع.، (۱۳۸۲). بررسی اثر بخشی آموزش مهارت حل مسئله در کاهش افسردگی دانش آموزان. مجله روانشناسی. سال ۷، ش. ۲، ص ۱۲۷-۱۴۲.

کیمیایی، سید علی‌بیگی، فاطمه. (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای خانوادگی مادران کودکان سالم و کودکان بیش فعال/ نقص توجه و تاثیر مهارت حل مساله بر کارکردهای خانوادگی مادران. مجله علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۹-۱۴۱.

نجات و همکاران. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-Bref) ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی - مجله دانشکده بهداشت و انسستیتو تحقیقات بهداشتی - دوره ۴ - شماره ۴ - زمستان ۸۵-۱۲.

یوسفی، فایق، جزایری، علیرضا و پورشهیاز، عباس (۱۳۸۱). بررسی شیوع اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی و رابطه آن با برخی ویژگی‌های دموگرافیک خانواده در دانش آموزان ابتدایی شهر سنندج در سال ۱۳۷۷، مجله شناخت دوره ۱، شماره ۱، صفحه ۱۲-۲۱.

Abidin, R. R. (1990). Parenting stress Index Manual. (3 cd) University of Virginia.

Ahmadi,K.,Nabipoor,S.M.,Kimiae, S.A.,&Afzali ,M.H.(2010).Effect of family problem -solving on marital satisfaction. Journal Of Applied Science ,10(8):682-687.

Alan C.) 2006.(Family therapy: Concepts, process and practice. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons.

Allen, S. M., Shah A. C., Nezu, A. M., Nezu, C. M., Ciambrone, D., Hogan J., et al. (2002). A Problem-Solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma: A randomized controlled trial. Cancer, 94, 3089-3100.

Bagner, D., & Eyberg, S. (2007). Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. Journal of Clinical Child And Adolescent Psychology, 36, 418-429.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social- cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.

Biederman, J., Faraone, S. V..Keenan, K. & Tsuang ,M.T.(1991).Familial association between Attention deficit disorder and major affective disorders. Journal of Clinical psychiatry, 51,102-106.

Bloom, B. L. (1985). Stressful life event theory and research: Implications for primary prevention (DHHS publication No. [AMD] 85-1985). Rockville, MD: National Institute of mental health .

Bodenmann G. (1999). Dyadic coping-systemic transaction view of stress and coping among couples. European Review of applied psychology, 74, 140-737.

Cramond, B. (1994) ADHD And creativity: What is the connection? Journal of Creative behavior, 28, 193-210.



Cuzzocrea F, Larcan R.(2008).Parent training for families with mentally retarded children. *Ment Retard Cogn Dev Dis.*28:715-30.

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.

Davis, E.E., & Fine-Davis, M. (1991). Social indicators of living conditions in Ireland with European comparisons. *Social Indicators Research*, 25, 103-365.

El- Hassan Al-Awad, A. M., Sonuga-Barke, E. J., (2002). “The application of the Conners’ Rating Scales to a Sudanese sample: An analysis of parents and teachers rating of childhood behavior problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and practice*, 75:177-187.

Faraone SV, Beiderman J, Mennin D, Gershon J, Tsuang MT(1996). A prospective four-year follow-up study of children at risk for ADHD: Psychiatric ,neuropsychological and psychosocial outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.*;35:1449-59.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104–113.

Hadas, M. (Ed.). (1958). The stoic philosophy of Seneca: Essays and letters of Seneca. New York: Doubleday.

Hemphil, Sh. A. & Littlefield, L. (2001). Evaluation of short-term group therapy program for childrens with behavor problems and their parent. *Behaviour Research And therapy*. 39, 823.-841.

in Attention Deficit/ Hyperactivity, Oppositional Defiant and Conduct Disorder, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34(3): 553-457.

Lazarus, R. S. (1999). Stress and emotion: A new synthesis. New York Springer .

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, And coping. New York: Springer.

Lazarus, R.S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.

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*

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2007). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*.

Pakaslahati.L. (2000). Children ,s and adolescent,s aggressive behavior in contex: the development and application of aggressive problem solving stratigies . *Aggression and Violent Behavior* , %.467-490.

Pfiffner, L. J. & Mc Burnett, K. (1997). Social Skills training with parents treatment effect for childtrenn with attention deficit disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 65,749-757.

Phaik Ooi.Y.& Rebeca (2004) , Social Problem – solving skills Traning Problem for Aggressive children . the Korean Jurnal of thinking & Problem – solving ,14: 1,61-73.

Rey, J.M., Walter, G., Plapp, J.N., Denshire, E. (2000). Family Eenvironment



Rhee, S. H; Waldman, I. D; Hay, D. A. & Levy, F. (1999). Sex Diffrence in genetic and environmenatal influences on DSM-III-R attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 24-41.

Witkiewitz, K., & Marlatti, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. *American Psychologist*, 59, 224-235.

World Health Organization.(1985). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Geneva: WHO; 1992.6- Whalen CK, Henker B. The social worlds of attentionondeficit/hyperactive disorder: Five fundamental facets.*Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*;1(5):395-410.



Evaluate the effectiveness of the solution to the mothers of children with attention deficit hyperactivity and improve quality of life

Leila Shaghaghi¹

Abstract:

The aim of this study was to investigate the effectiveness of problem-solving education for mothers of hyperactive children and attention deficit improvement in quality of life. This study was an experimental type with pre-test, post-test and follow-up that students of 4 primary schools in Tehran's second district with attention deficit / hyperactivity disorder were randomly divided into three groups: problem solving group, family education group and one group. Control without treatment. Parents of all three groups completed the questionnaires: Connors Behavioral Problems (Parent Form), Hepner and Baker Problem Solving, 36-Question Quality of Life (SF-36), PSI Parental Stress, and the Enrich Marital Questionnaire. The method of covariance was analyzed. The results showed that problem-solving education improves parenting education, parental quality of life and mental health of mothers of children with ADHD, improves parent-child relationships, and reduces parental stress in parents of children with ADHD. Buddhist parenting intervention can comprehensively include other treatments.

Keywords: hyperactivity, attention deficit, quality of life

¹ M.A, Department of Psychology, **Pardis University**, Kharazmi Branch, Tehran, Iran
(L.shaghaghi@gmail.com)