فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۷، شماره ۱۱، پاییز سال ۹۹

# بررسی اثر بخشی آموزش حل‌مساله به مادران کودکان بیش فعال و نقص توجه بر بهبود کیفیت زندگی

لیلا شقاقی [۱]

**چکیده**

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش حل مساله به مادران کودکان بیش فعال و نقص توجه بر بهبود کیفیت زندگی بود. این پژوهش از نوع آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بودکه 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 کانرز (فرم والدین) ،حل مسئله هپنر و بیکر، کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-36)، تنیدگی والدین PSI و پرسشنامه زناشویی انریچ، را تکمیل نمودند و بعد از آموزش پرسشنامه‌ها با استفاده از روش کواریانس مورد تجزیه و تحلیل گرفت. نتایج نشان داد آموزش حل مسأله بهتر ازآموزش 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)



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

**مقدمه**

اختلال ADHD «بیش فعالی» مجموعه علائمی است با محدودیت میزان توجه که با سطح رشد فرد تا هماهنگ است وبه ضعف تمرکز، رفتار نا گهانی، 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 ازرشد قرار دارند ،شدیدتر است (سادوک وسادوک،۲۰۰۷). این اختلال مزمن وآسیب زاست و ازکودکی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و باتحریک‌پذیری 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 مبتلابه 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 مبین احساس بی‌لیاقتی و ناتوانی در انجام وظایف والدینی است، بیشترین تاثیر را بر تنیدگی والدین دارد (استورا، ترجمه دادستان۱۳۷۷).تنیدگی والدین به خصوص مادر منجر به افزایش تنیدگی والدین خصوصا 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 یافتندکه مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی آشفتگی روانشناختی 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).کجباف ،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 واختلالات 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 ابعادسلامت جسمانی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، هیجانی و عاطفی را در بردارد (فریش ،۲۰۰۶). این پژوهش تلاش دارداین ابعاد رادر نظر بگیرد. تحقیقات حاکی ازآن است که مادران کودکان بیش فعال، دچارکاهش کیفیت زندگی هستند، آن‌ها عزت نفس پایین‌تر،احساس گناه فزاینده و احساس انزوای بیشتری رانسبت به مادران کودکان عادی تجربه می‌کنند. در پژوهش‌های مختلف نتیجه گرفته شده است که روابط منفی، فشار ناشی از مشکلات رفتاری و تحصیلی کودکان ADHA درخانواده و ناتوانی مادران درحل مشکلات، تاثیر مهم و منحصر به فردی درکاهش کیفیت زندگی و سلامت روان مادران داشته است (پرویزی، سید فاطمی وکیانی ،۱۳۸۷).

کیفیت زندگی نامناسب با وجود مشکلات کودکان ADHD منجر به بالا رفتن سطح تنش در خانواده و از هم گسیختگی روابط خانوادگی می‌شود (شیبر و جانسون، ۱۹۹۲؛ جانسون ،۱۹۹۶ ؛ به نقل از هوش‌ور، بهنیا، خوشابی، میرزایی و رهگذر ،۱۳۸۸ ). آنچه در کاهش کیفیت زندگی مورد نظر در این پژوهش می‌باشد، پیامدهایی است که زندگی با کودک ADHD، با خود به همراه دارد. این پیامدها شامل: اختلاف و درگیری با همسر، محکومیت مادر به عنوان عامل مشکل کودک ADHD و متهم شدن مادران از طرف همسر و متعاقبا 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



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

منجر به رنجش والدین شده تنش و درگیری وضرب وشتم باکودک را ایجاد می‌کند (ماسن و همکاران ۱۳۷۷)، قطع ارتباط با فامیل، همسایه، دوستان و آشنایان ومنزوی شدن خانواده واحساس شرم و خجالت، از داشتن فرزندADHD (کانر 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 سیگفرید ،۱۳۸۷)، مشکلات اقتصادی و هزینه‌های بالای درمان (علیزاده ،۱۳۸۳)،عدم پذیرش اختلال ADHD بودن فرزند، انکارواجتناب، انکارمشکلات، سرزنش دیگـران، و سـرکوب کردن احساسات منفی یا نـاراحتی‌هـای شخـصی بـه وسـیله خـوردن داروها یا الکل (کریمان، و شهریور، ۱۳۸۷ )، است؛ تحمل فشارهای روانی در زندگی با کودکان ADHD و همه عوامل فوق منجر به افزایش تنیدگی والدین خصوصا 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 یافتندکه مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی آشفتگی روانشناختی 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). کجباف، 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 واختلالات رفتاری دختران رابطه وجود دارد .

این شواهد نشان می‌دهد کاهش تنیدگی مادر و سلامت‌روان و اختلافات زناشویی، منجر به کاهش کیفیت زندگی در این خانواده‌ها گردیده والدین کودکان مبتلا به ADHD احساس عدم کفایت در حل مسایل 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 (نوابی نژاد، ۱۳۷۵؛ به نقل از شکوهی یکتا و زمانی،۱۳۸۷). خانواده باید با ایجاد محیطی امن و مطمئن، احساس هویت شخصی، حمایت و راهنمایی، توام با عشق و محبت غیر مشروط برای فرزندان فراهم نماید (بایرز ،۲۰۰۳ وماتوس، ۱۹۹۹ و کمبل، گرین،۲۰۰۰ وفابر، ادوارد، ۲۰۰۳). بنابراین خانواده درافزایش و بهبودکیفیت زندگی نقش عمده‌ای ایفامی کند (کریستنسین ،۲۰۰۴). متاسفانه در بسیاری از موارد،برخورد نادرست والدین می توان 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، درماندگی، خستگی و کاهش تحمل در والدین به وجود می‌آورد؛ قدر مسلم، وقتی این چنین هیجان‌ها و احساساتی در والدین بیش فعال/ نقص توجه به وجود آید، بر نحوه واکنش و رفتارکردن 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 ناامیدی، را برانگیخته و رفتارناسازگارانه 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 مختل و مشکلاتی که به طور مداوم به شکل های مختلف و از ساده تا پیچیده در زندگی ظاهر می شوند نیاز به آموزش مهارت حل مسئله را جهت اندیشیدن به مسائل و یافتن راه حل بدون واردکردن خدشه به عزت نفس کودک ضروری می نماید. مبادرت به حل مسائل با کنترل هیجانات منجر می شود این والدین با شکستهای احتمالی برخوردی مناسب داشته باشند (تووسکی 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 (بایر ، ۱۹۹۱ و کندال ، ۲۰۰۹



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

). این مهارت‌ها شامل: شناسایی مشکل و شکستن آن به مشکلات جزیی 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 حل های 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 ومشکلات انسان‌ها نیز پیچیده‌تر شده‌اند. بدین سان حل بسیاری ازمسائل مستلزم به کارگیری سطوح بالای تفکر است. از آنجایی که افراد از توانایی‌های بالقوۀ 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 توانایی 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 وسیله ی آن مشکلات را تعریف می‌کند، تصمیم به اتخاذ راه حل می‌گیرد، راهبردهای حل مساله را انجام داده و بر آن نظارت می‌کند (دزوریلا ونزو،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 قبلا آموخته 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 توانایی والدین در مدیریت رفتار کودکان ADHD را افزایش می‌دهد، این آموزش‌ها می‌تواند شیوه درمانی شناختی رفتاری در زمینه کنترل محیط وسازماندهی 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، مسلما امکان آن که یک نوع درمان، به تنهایی بتواند تمام الزامات درمانی این اختلال را پوشش دهد، وجود نداردبلکه 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 روشی که با اتکا به اصول علمی تغییر رفتار، یعنی الگو گیری، تقویت اجتماعی و تعمیم دهی و با اتکا به جنبه های شناختی رفتار، فرایند درمان و شیوه های 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 غیرو 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.



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

**جامعه‌آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه**

جامعه آماری پژوهش ، والدین دانش آموزان دبستانی مبتلا به ADHD بود که در مدارس عادی و دولتی در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ تحصیل می کردند. 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 پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کردند.

**ابزار گرداوری داده‌ها و پایایی و روایی**

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

۱-۶-۳-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 می کند می داند که در ارتباط با هدف ها، انتظارات، استانداردها و نگرانی های اوست (شاه و همکاران، ۲۰۱۱). پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-36) مشهورترین و پراستفاده¬ترین 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 متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. زیرمقیاس¬های این پرسشنامه عبارتند از:

۱- کارکرد جسمی (PF)

۲- اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP)

۳- اختلال نقش بخاطر 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 زیر مقیاس¬ها دو زیرمقیاس کلی دیگر به دست می¬آید که عبارتند از:

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

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

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

مقیاس درجه بندی مشکلات رفتاری کانرز در سال ۱۹۶۹ توسط کانرز ساخته شد. این ابزار دارای فرم‌های والدین ومعلم می‌باشد و کاربرد وسیعی در زمینه‌های بالینی و پژوهشی کودکان دارد که برای مشخص ساختن برخی علایم ومشکلات رفتاری استفاده می شود 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 : ناتوانایی های یادگیری، اختلال سلوک، مشکلات روان تنی، فزون جنبشی- تکانشگری و اضطراب ارزیابی میکند. محدوده سنی قابل کاربرد و۱۲-۷ سال است که به هر پرسش از آنها از صفر تا ۳ نمره داده می شود ( به ندرت ( ۰)، تا حدی ( ۱)، بیشتر اوقات ( ۲)، تقریباً همیشه ( ۳)). تکمیل این پرسشنامه، حدود ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به طول میانجامد.



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

در پژوهشی که شهائیان و همکاران ( ۱۳۸۶ ) به بررسی هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانرز 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 ویژۀ والدین بر اساس تحلیل عوامل به این شرح میباشد:

۱- مشکلات سلوک : ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس توسط کانرز(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.(کانرز، ۱۹۹۰ ). مشکلاتی مانند حواسپرتی، بی دقتی و سرخورده شدن در فعالیتها در این مقیاسقرار می گیرند.

۳ مشکلات روان تنی : ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است(کانرز، ۱۹۹۰ ). این مقیاس مشکلاتی مانند سر درد، تهوع و خوابیدن را در بر میگیرد.

۴- بیش فعالی- تکانشگری : ضریب آلفای کرونباخ آن ۷۰ /۰ می باشد (کانرز، ۱۹۹۰ ) و مشکلاتی نظیر ناآرام بودن و حواسپرتی را در بر میگیرد.

۵ - اضطراب- انفعال : ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۰ می باشد (جیاناریس، گولدن وگرین،۲۰۰۱ ). این زیر مقیاس مشکلاتی مانند خجالتی بودن، ترسو بودن و نگران بودن را در برمی 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، کانرز و اولریچ ( ۱۹۷۸) همبستگی درونی مقیاس‌ها را بین ۴۱ /۰ گزارش کرده اند (جیاناریس، گولدن و گرین، ۲۰۰۱). الحسن الاواد و سونگا بارک (۲۰۰۲) در سودان پایایی بازآزمایی را معادل ۰/۸۳ و همسانی درونی بین زیر مقیاس‌های مختلف را ۰/۵۲ (زیرمقیاس اضطراب) تا ۸۰ /۰(مقیاس بیش فعالی) گزارش کرده‌اند. در بنگال ضریب همسانی درونی مقیاس از ۰/۶۰ (مقیاس روان تنی) تا ۰/۷۵ (مقیاس بیش فعالی) گزارش شده است. در ایران ضریب پایایی روی ۱۲ نفر به فاصله ۲ هفته بدین صورت گزارش شده است: مشکلات سلوکی ۰/۵۴، مشکلات یادگیری ۷۸ / ۰، روان-تنی ۸۳ /۰، تکانشوری- بیش فعالی ۳۶ / ۰، / اضطراب۷۰ / ۰، ضریب پایایی نمره کل ۳۶/۰ (قدیری نشکاجانی، ۱۳۷۷ ). در پژوهش دیگری شهائیان و همکاران ( ۱۳۸۶ ) به بررسی هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانرز 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. ضرایب 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 ۱۱ ماه 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.



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

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 کفایت در حل مسئله، کنترل شخصی بر هیجان‌ها و رفتارها و سبک‌های گرایشی- اجتنابی.

در این زمینه نیز شواهد پژوهشی و نظری گوناگونی درباره متغییرهای فراشناختی به ویژه ارزیابی خود به عنوان یک متغییر موثر 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. 35 (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 روان‌سنجی

پرسشنامه حل مسئله با چندین نمونه از آزمودنی ها تنظیم و آزمایش شده است. آن همسانی درونی نسبتا بالایی با مقادیر آلفایی بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ در خرده مقیاس‌ها (۷۲ /۰ ،PC، 84/0، AA، 85/0، PSC) و ۰/۹۰ برای مقیاس کلی دارد. (هپنر و پترسن ۱۹۸۲).

روایی آزمون نشان داد که ابزار سازه هایی را اندازه گیری می کنند که مربوط به متغییر های 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 ۸۳ /۰ 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 می تون اهمیت استرس در نظام والدین و کودک را ارزشیابی کرد و بر این اصل مبتنی 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- دلبستگی (۷ ماده)، ۳- محدودیت‌های نقش (۷ ماده)، ۴- حس صلاحیت (۱۳ ماده)، ۵- انزوای اجتماعی (۶ ماده)، ۶- روابط با همسر (۷ ماده)، ۷- سلامت والد (۵ ماده)

روایی و پایایی



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

ضریب قابلیت اعتماد و همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل کقیاس 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 فاصبه زمانی ۱۰ روز ، ۹۴٪ گزارش شده است.

پرسشنامه زوجی انریچ

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 کرده‌اند و معتقدند که این مقیاس نسبت به تغییراتی که در خانواده بوجود می‌آید حساس است. فورز و السون ( ۱۹۸۹ ) با استفاده ازنمونه‌گیری 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، درارتباط 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: سئوالات این مقیاس، از پرسشنامه اصلاح شده توافق با آیین و رسوم زناشویی ادموند (۱۹۶۷) می‌باشد. این مقیاس، گرایش زوجین را در پاسخ به سئوالات بر اساس رفتارهای پسندیده اجتماعی اندازه گیری می‌کند. نمره بالا نشان‌دهنده رابطه غیر واقع بینانه درباره 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 وسپس 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



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

نهایی و تایید اساتید 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 موثرتر است و اثر هر دو درمان بهتر از آن است که آموزشی داده نشود.

**جدول۱: خلاصه تحلیل کوواریانس و میانگین اصلاح شده برای مقایسه آموزش حل مسئله ، فرزندپروری و بدون آموزش بر کیفیت زندگی**

| | اثرات بین آزمودنی ها | | | | میانگین های اصلاح شده پس آزمون | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| منبع تغییرات | df | میانگین مربعات | F | سطح معناداری | متغیر وابسته | گروه | میانگین | خطای استاندارد |
| همپراش | ۱ | ۱۳۵۸/۳۵۹ | ۲۴/۵۷۶ | ۰/۰۰۰۱ | پس آزمون کیفیت زندگی | حل مسئله | ۶۴/۲۷ | ۲/۳۹۷ |
| گروه | ۲ | ۱۴۲۸/۵۳۹ | ۲۵/۸۴۶ | ۰/۰۰۰۱ | | فرزندپروری | ۷۰/۷۹ | ۲/۳۵۵ |
| خطا | ۲۶ | | | | | کنترل | ۸۷/۹۳ | ۲/۳۷۴ |

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 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 مطلوبتراست) تایید می گردد که اثر درمان آموزش حل مسئله برکیفیت 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.

**جدول۲: جدول نتایج اندازه گیری های مکرر دو گروه آزمایشی در کیفیت زندگی**

| | | ارزش | $df_1$ | $df_2$ | F | sig |
|---|---|---|---|---|---|---|
| اثر زمان (ویلکز لامبدا) | حل مسئله | ۰/۱۶۳ | ۲ | ۸ | ۲۰/۵۱۱ | ۰/۰۰۰۱ |
| | فرزند پروری | ۰/۱۴۱ | ۲ | ۸ | ۲۴/۴۴۹ | ۰/۰۰۰۱ |

چنانچه از جدول فوق منتج می شود مقدار مشخصه آماری Fبا (حل مسئله (۲۰/۵۱۱) و فرزندپروری (۲۴/۴۴۹)) در سطح ۰/۰۱ معنادار است .بنابراین می توان نتیجه گرفت تغییر در مراحل مختلف آزمون کیفیت زندگی در هردو 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.

**جدول۳: جدول نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی گروه های آزمایشی**

| | | حل مسئله | | فرزندپروری | |
|---|---|---|---|---|---|
| I | J | اختلاف میانگین(I-J) | خطای معیار | اختلاف میانگین(I-J) | خطای معیار |
| پیش آزمون | پس آزمون | ۲۲/۲* | ۳۳/۳۴ | ۱۴//۵* | ۲/۴۱ |



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

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

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 مساله 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، ازجمله: محمدی(۱۳۸۱) به بررسی تاثیر دو شیوه درمانی حل مسئله و آموزش ظرفیت ابراز وجود بر اختلال سلوک در نوجوانان ؛ نصرآبادی (۱۳۸۲) ، احدی ، میرزایی، 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 ویدرمن ،جکوب ، رینک،سیلوا و مارچ(۲۰۱۰) ، تاکاهاشی ، کازکی و شیماد(۲۰۰۹)، وازکین ، سافدت ، هولتمن،فریز و اندرسون (۲۰۰۹)، چانگ، دزوریلا وسانا(۲۰۰۹) ،مک موران، دوگان ، کریستوفر و هوباند(۲۰۰۷)، یاماشیتا،میزونو،نیتموتو و کاشیما (۲۰۰۵)، فیک و ربکا (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 شیزوفرنی، 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 $F(2 , 26) = 25/846 , P<0/01$ نشان داده شد که تفاوت آماری معناداربین 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 مطلوبتراست) تایید می گردد که اثر درمان آموزش حل مسئله برکیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به ADHD از درمان فرزند پروری موثرتر است و اثر هر دو درمان



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

بهتر از آن است که آموزشی داده نشود.نتایج پیگیری نشان داد مقدار مشخصه آماری Fبا (حل مسئله (۲۰/۵۱۱) و فرزندپروری (۲۴/۴۴۹)) در سطح ۰/۰۱ معنادار است .بنابراین می توان نتیجه گرفت تغییر در مراحل مختلف آزمون کیفیت زندگی در هردو 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.

**منابع**

احدی ، بتول ؛میرزایی ،پری؛ نریمانی ، محمد ؛ ابوالقاسمی ،عباس؛(۱۳۸۷) . تاثیر آموزش حل مسئله اجتماعی بر سازگاری اجتماعی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان کمرو. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی* ،۹،۳، ۱۹۳-۲۰۲.

اشتاین برگ ، مارک و سیگفرید، اتمر.(۲۰۱۳). نوروفیدبک: *افقی تازه به درمان کم توجهی/بیش فعالی*.ترجمه رضارستمی و علی نیلوفری (۱۳۸۷). تهران: انتشارات تبلور.

اکبری، زردخانه، سعید،(۱۳۸۵).مقایسه کیفیت زندگی و عوامل موثر برآن در مددجویان در زندانهای استان تهران در سال ۱۳۸۵. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی علوم تربیتی و توانبخشی.

آسوده، محمد حسین ( ۱۳۸۹ ). *فاکتورهای ازدواج موفق از دیدگاه زوجین خوشبخت*، پایان نامه

آقاپور،م.، اقدسی،ع. ۱۳۸۹، بررسی رابطه تعارض زناشویی با نشانه های آسیب شناختی عاطفی و رفتاری کودک، *مجله زن و مطالعات خانواده* ، سال سوم ، شماره ۹ :۲۷-۳۵.

بابا پور،خیرالدین، ج.،رسول زاده، طباطبایی، ک، اژه ای ،ج.، فتحی آشتیانی ،ع. ، ۱۳۸۲،بررسی رابطه بین شیوه های حل مسئله و سلامت رواشناختی دانشجویان،*مجله روانشناسی* ، سال ۷،شماره ۱: ۳-۱۶.

بلوم کویست، مایکل، ال . *مهارتهای سازگار با کودکان ناسازگاری*. ترجمه جواد علاقبند راد . (۱۳۸۳). چاپ اول، تهران : نشر سینا

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه تهران.

دادستان،پریرخ،(۱۳۷۸).*روان شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی*،جلد ۱و۲،انتشارات سمت،تهران.

داگلاس،تاینن(۲۰۰۵) *بیش فعالی چیست*؟ترجمه مریم اخوان. تعلیم و تربیت استثنایی.۷۰و۷۱ ، مهر و آبان ۸۶

رسولی، رویا؛ اعتمادی، احمد؛ شفیع آبادی، عبداله و دلاور، علی.(۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز برهیجان به شیوه زوجی و فردی بر کاهش درماندگی رابطه زوجین دارای فرزند با بیماری مزمن. *فصلنامه خانواده پژوهی*. ۳(۱۱):۶۸۳-۶۹۸.

روشن بین، مهدیه.( ۱۳۸۵ ). *بررسی اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی.

روشن بین، مهدیه؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ خوشابی، کتایون.(۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامهٔ گروه ی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان مبتلا بهADH.*فصلنامهٔ خانواده پژوهی* ۱۱۸۶.۱۰.۱۷۵۳/۲-۲۰۰۰-۳۱.

سادوک ،ب. ،ج.،سادوک.و، ۲۰۰۷، *خلاصه روانپزشکی :علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی*، ترجمه فرزین رضایی ،۱۳۸۸، تهران : انتشارات ارجمند.

سادوک،بنیامین،سادوک،ویریجینیا،(۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی:علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی ،ترجمه نصرت الله پورافکاری،جلد۳،انتشارات شهر آشوب:آینده سازان، تهران.

علیزاده،حمید.(۱۳۸۳) . *اختلال کمبود توجه /فزون جنبشی ویژگی ها ، ارزیابی و درمان* . تهران :انتشارات رشد.

علیزاده ، حمید . ( ۱۳۸۴ ) . تبیین نظری اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی : الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی ، *پژوهش درحیطه کودکان استثنایی*. ۱۷، (۳)،۳۸۴-۳۲۳.



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

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.

کجباف، م و همکاران. (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین میزان رضایت زناشویی والدین بااختلالات رفتاری دختران. *مطالعات زنان*. سال دوم، شماره ۴. 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* . سال۷،ش۲، ص ۱۲۷-۱۴۲.

کیمیایی،سید علی.بیگی، فاطمه.(۱۳۸۹).مقایسه کارکردهای خانوادگی مادران کودکان سالم و کودکان بیش فعال/ نقص توجه و تاثیر مهارت حل مساله برکارکردهای خانوادگی مادران.*مجله علوم رفتاری* ، دوره ۴،شماره ۲، تابستان ۱۳۸۹. ۱۴۱-۱۴۷.

نجات و همکاران.(۱۳۸۵).استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-Bref) ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی – *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی* – دوره ۴- شماره ۴- زمستان ۸۵- ص۱۲.

یوسفی،فایق،جزایری،علیرضا و پورشهباز،عباس(۱۳۸۱).بررسی شیوع اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی و رابطه آن با برخی ویژگی های دموگرافیک خانواده در دانش آموزان ابتدایی شهر سنندج در سال ۱۳۷۷،*مجله شناخت* ،دوره۱،شماره۱،صفحه ۱۲تا۲۱.

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

Ahmadi,K.,Nabipoor,S.M.,Kimiaee ,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 forv disruptive behavior in children with mental retardation: Arandomized controlled trial. Journal of Clinical Child And Adolescent Psychology, 36, 418-429.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social- cogmitibe 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 Clincal psychiatry, 51,102-106.

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

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

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 AmAcad 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 therpy. 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



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

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., & Marlati, 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 attentiondeficit/hyperactive disorder: Five fundamental facets.Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.;1(5):395-410.

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۷، شماره ۱۱، پاییز سال ۹۹

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

Leila Shaghaghi[1]

**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)



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07 ]