



اثربخشی آموزش فرزند پروری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی برای کاهش علائم و پیشرفت تحصیلی کودکان

سید سمیرا مدنی^۱، مینا پورنعمت^۲

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش فرزند پروری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی برای کاهش علائم و پیشرفت تحصیلی کودکان است. روش پژوهش شبه آزمایشی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل) می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۴ تا ۱۲ ساله مراجعه کننده به بیمارستان کودکان مفید بودند و نمونه شامل ۳۰ نفر از مادرانی که کودکانشان بالاترین نمره را در تشخیص بیش‌فعالی دریافت کرده بودند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند، ابزار مورد استفاده در این آزمایش پرسشنامه کانرز (فرم والدین) و پرسشنامه فرزند پروری بامریند می‌باشد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس انکوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که آموزش فرزند پروری مثبت بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD و همینطور پیشرفت تحصیلی و تغییر سبک فرزند پروری مادران آنان، موثر است.

واژگان کلیدی: کودکان ADHD، مادران، آموزش فرزند پروری مثبت، کاهش علائم، پیشرفت تحصیلی

^۱ دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات همدان، همدان، ایران
^۲ گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران



مقدمه

مینوچین (۱۳۷۳) عنوان می‌کند که عملکرد هر فرد در درون سیستم خانواده بر ادامه، بقا و تغییر رفتارهای سایر اعضا تاثیر می‌گذارد. بنابراین اختلال یکی از اعضای خانواده بر کارکرد سایر اعضا موثر بوده و در نتیجه می‌تواند باعث اختلال در کارکرد خانواده شود. در هر صورت در محیط خانواده به عنوان یک جامعه‌ای محدود، کنش و واکنش میان اعضا تاثیر بسزایی در کاهش یا افزایش مشکلات موجود دارد. لذا نمی‌توان صرفاً از مشکلات کودکان سخن راند، حال آنکه روشن است او در سیستم تعاملی رشد می‌یابد. تاثیر متقابل رفتار پدر و مادر در خلق و خوی کودک اصل مهمی در رشد است که به آن « اصل دو سویه » می‌گویند. به موجب این اصل، رابطه فرزند و مادر دو سویه است. والدین در کودکان تاثیر گذاشته و کودکان نیز در رفتار والدین تاثیر می‌گذارند (بارکلی، ۲۰۰۳). بنابراین، بیماری یکی از فرزندان بر تمامی خانواده و کارکردهای مختلف آن غالباً تاثیر می‌گذارد. بیش فعالی کمبود توجه ADHD، اختلال مزمن و فراگیر است که با نقص تحولی در توجه مستمر، کنترل تکانه و نقص در نظم فعالیت حرکتی در پاسخ به نیازهای موقعیتی مشخص می‌شود این اختلال اغلب مختل کننده است و به طور مطلوبی کارکرد روانی اجتماعی مردم را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در حدود ۶۵٪ از این کودکان، رفتار پرخاشگرانه، یا تمایلات بی‌اعتنایی مقابله‌ای نشان می‌دهند. تقریباً همه کودکان مبتلا به ADHD دچار ضعف تحصیلی، اعتماد به نفس پایین، اضطراب، افسردگی و مشکلات عمده در روابط بین همسالان هستند. سایر مشکلات عاطفی نیز در این کودکان رایج است. این کودکان نه فقط در بیداری پرتحرکند، بلکه در خواب نیز ممکن است نا آرام باشند. کودکان فزون کنش رفتارهای خودانگیخته دارند، یعنی قبل از تفکر اقدام به عمل می‌کنند (نجاریان و بساک نژاد، ۱۳۷۳).

این کودکان ممکن است به علت مسائلی چون برخورد با اشیاء یا تنه زدن به افراد، در دست گرفتن ظروف داغ، بدون توجه به ماشین‌ها به وسط خیابان دویدن، پریدن از مکان‌های بلند و بازی با کبریت و آتش افروزی خطرآفرین شوند (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۷۶).

از سوی دیگر، اختلال این کودکان کارکرد والدین را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد والدین مذکور، اغلب، استرس قابل توجهی در نقش والدگری خود تجربه می‌کنند (آناستاپولوس و همکاران، ۲۰۰۱). آنچه مشخصه پدر و مادر امروزی است احساس درماندگی ناشی از فقدان دانش و مهارت روبرو شدن با فرزندان است که بر خلاف گذشته دنیای پیچیده و ناشناخته (از منظر والدین) دارند. به بیان دیگر، پدران و مادران موفق در عصر کنونی، کسانی هستند که تغییر نقش خود از جایگاه فرمانده خانواده را پذیرفته و به دنبال یافتن جایگاه مناسب برای تسهیل تربیت فرزندان خویش می‌باشند. اما بدون آموزش و کسب آمادگی و صرفاً از طریق آزمون و خطا نمی‌توان به نقش فوق دست یافت (علاقبند راد ۱۳۸۳). در این میان وجود اختلالات و مشکلات رفتاری کودک به درماندگی والدین دامن می‌زند و تغییر نقش و روابط والد-کودک را با مشکل مواجه می‌سازد.

لذا برنامه فرزند پروری مثبت یکی از پنج سطح مداخله خانوادگی است که بویژه به عنوان مداخله زودرس برای والدین کودکانی (۴ تا ۱۲ ساله) به کار می‌رود که هم اکنون دچار و یا در معرض خطر پیدایش اختلالات رفتاری و عاطفی هستند. هدف این برنامه، پیش‌گیری از مشکلات شدید رفتاری، هیجانی و تحولی از طریق افزایش آگاهی، مهارت و تعهد و اطمینان والدین می‌باشد (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۶).

نظر به این که معمولاً مادران مسئولیت مراقبت روزانه کودکان را بویژه زمانی که کودکان کم سن و سال‌تر هستند برعهده دارند، در صورت بروز مشکل برای این کودکان مادران آن‌ها ناکامی و ناراحتی بیشتری احساس می‌کنند (محمدی، ۱۳۸۱). رفتار والدین می‌تواند بر خودانگاره کودک تا ثیر بگذارد، والدینی که درجه پذیرش بالایی نسبت به فرزندان خود دارند و روش‌های فرزند پروری دموکراتیک اتخاذ می‌کنند، عزت نفس بالاتر و امنیت هیجانی بیشتری در کودکان ایجاد می‌کنند، تا والدینی که ناپذیرا هستند و روش‌های تربیتی استبدادی را بکار می‌گیرند (گوردون، ۱۹۹۶، ترجمه قراچه داغی، ۱۳۸۳) با توجه به آموزش مادران و تاثیر رفتار آنان در وجود آمدن نوع رفتار کودک و نیز پیشگیری و درمان مشکلات رفتاری کودکان، ضرورت



آموزش مهارت‌های لازم برای هرچه بهتر برخورد کردن با کودکان به منظور پرورش کودک سالم و ارتقای سطح بهداشت روانی روز به روز بیشتر می‌شود (ملک خسروی، ۱۳۸۲). یکی از روش‌های کاهش علائم رفتاری کودکان بیش فعال فرزند پروری مثبت (PMT) می‌باشد. این روش بر روی مشکلات برونی سازی (لجبازی، بهانه گیری، پرخاشگری، رفتارهای نابهنجار (دعوا کردن، زندیگران) نافرمانی کودک (بارکلی ۲۰۰۵، فری هند و مک ماهان، ۱۹۸۱) و رفتارهای قهر آمیز خانواده موثر است (پاترسون ۱۹۷۲، پاترسون و بنک ۱۹۸۹). این مشکلات شامل تقویت منفی، میزان کم تقویت مثبت، ابهام و دستوره‌های بیش از حد والدین و نظارت ضعیف بر رفتار کودک در داخل و خارج از منزل است. در آموزش PMT کودک بر اساس مدل رفتاری، والدین مرکز مداخله هستند و کودکان فقط در موقعیت کار با والدین دیده می‌شوند. والدین یاد می‌گیرند راهبردهای PMT را که مبتنی بر اصول رفتاری عامل هستند، اجرا کنند. تعدادی از برنامه‌های PMT کودک برای کودکانی طراحی شده است که بیش فعالی - نارسایی توجه، اختلال سلوک و اختلال رفتاری نافرمانی رانشان می‌دهند و مولفه‌های اساسی این برنامه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرند (برای مثال، بارکلی ۲۰۰۵، فوری هند و مک ماهان ۱۹۸۱، ذکر کردند). والدین مهارت‌هایی را یاد می‌گیرند تا دستورها را بهبود بخشند، رفتارهای جامع پسندانه و مناسب خاص (افزایش رفتارهای مطلوب) را تقویت کنند، رفتارهای نامناسب را نادیده بگیرند، و پیامدهایی را برای رفتارهای ضد اجتماعی یا نامناسب (کاهش رفتارهای نامطلوب) در نظر بگیرند. در این مطالعه، کارایی برنامه فرزند پروری مثبت بر کاهش علائم برونی کودکان مبتلا به ADHD (Attention Deficit Hyperactivity disorder) مورد بررسی قرار گرفته و سوال پژوهش بدین صورت تدوین شده است که آیا آموزش فرزند پروری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی بر کاهش علائم و پیشرفت تحصیلی کودکان موثر است؟

۲- روش

در این پژوهش از روش تحقیق به شیوه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مراجعین به بیمارستان کودکان مفید در شهر تهران که با عنوان بیش فعال-کمبود توجه از سوی والدین یا مدارس به این مراکز ارجاع داده شده بودند، حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از کودکان ۴ تا ۱۲ ساله بودند که بالاترین نمره را در تشخیص دریافت کردند و واجد شرایط تعیین شده بودند که مادران آنها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس از پرسشنامه کانرز (فرم والدین) و پرسشنامه فرزند پروری بامریند بعنوان پیش آزمون استفاده شد. سپس گروه آزمایش تحت آموزش (فرزند پروری مثبت) به مدت ۸ جلسه، ۴۵ دقیقه‌ای قرار گرفتند و پس از طی دوره‌ی آموزشی بار دیگر پرسشنامه‌های مربوط به گروه‌های آزمایشی و گواه اجرا شد (پس آزمون). و نهایتاً تجزیه و تحلیل داده‌ها بوسیله تحلیل کواریانس و مک نمار انجام شد.

۲-۱- ابزار پژوهش

۲-۱-۱- مقیاس درجه بندی کانرز - تجدید نظر شده (فرم کوتاه)

این مقیاس نتیجه مطالعات ۳۰ ساله کانرز بر رفتارهای کودکان و بزرگسالان است. ساخت مقیاس‌های چندگانه کانرز در سال ۱۹۶۰ توسط وی آغاز شد. این مقیاس ابتدا به منظور ارزیابی تاثیر داروهای محرک روی کودکان بیش فعال و جهت مقایسه آنها از کودکان عادی ساخته شدند. بعد از حذف تعدادی از عوامل فرم کوتاه این مقیاس با ۴۸ گویه توسط گویت (۱۹۷۸) فراهم آمد. این مقیاس به ارزیابی اختلال ADHD، رفتارهای مشکل ساز و اختلال‌های همراه می‌پردازد و توسط آموزگاران، والدین (یا مراقبان) تکمیل می‌شوند. نمرات هر سوال از صفر (اصلاً درست نیست) یک (کمی درست است) دو (غالباً درست است) و سه (کاملاً درست است) متغیر است. پایایی مقیاس با روش باز آزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۸ برای انفعالی بودن کل ۰/۸۲ برای مشکلات سلوک متغیر بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه معادل ۰/۸۶



و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۴ برای بیش فعالی تا ۰/۸۹ برای بی توجهی - رویا پردازی متغیر بود. هم‌چنین موسسه مطالعات پیشین روایی و اعتبار پرسشنامه کانرز معلم (۲۸ گویه‌ای) را در ایران ۰/۷۵ و گزارش کرده‌اند (به نقل از رضایی ۱۳۷۵)

۲-۱-۲- پرسشنامه شیوه‌های فرزند پروری بامریند

این ابزار اقتباسی است از نظریه اقتدار والدین که بر اساس بامریند از آزادگذاری مطلق، ۱۰ ماده دیگر به شیوه اقتدار منطقی والدین، ۱۰ ماده به شیوه استبدادی و ۱۰ ماده نیز به شیوه ازاد گذاری در امر پرورش فرزند مربوط می‌شوند. در این پژوهش آزمودنی‌ها که مادران نمونه‌های مورد مطالعه بودند باید با مطالعه هر ماده، نظر خود را با علامت بر حسب یک ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، تقریباً مخالفم، موافقم و کاملاً موافقم) مشخص کنند که بعداً و به ترتیب از صفر تا ۴ نمره گذاری شده و با جمع نمرات ۳، نمره مجزا در مورد آزاد گذاری مطلق، استبدادی و اقتدار منطقی برای هر آزمودنی به دست می‌آید. این پرسشنامه قبلاً توسط اسفندیاری (۱۳۷۴) و رضایی (۱۳۷۵) مورد استفاده قرار گرفته و این محققان اعتبار و روایی خوبی را در مورد آن گزارش نموده‌اند. بوری (۱۹۹۱) میزان پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی ۰/۸۱ برای آزاد گذاری، ۰/۸۵ برای استبدادی و ۰/۹۲ برای اقتدار منطقی پدران گزارش نمود.

۳- یافته‌ها

جدول ۱: آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا

معنی داری	df2	df1	F	
۰/۲۱۴	۲۶	۳	۰/۳۱۷	شاخص اختلال بیش فعالی با کمبود توجه
۰/۱۲۰	۲۶	۳	۰/۲۱۴	رفتار مقابله‌ای
۰/۴۵	۲۶	۳	۰/۹۱	بیش فعالی
۰/۳۱۳	۲۶	۳	۱/۲۵	کمبود توجه

همانطور که در جدول شماره (۱) دیده می‌شود، نتیجه آزمون لون برای زیر مقیاس شاخص اختلال بیش فعالی با کمبود توجه ($P=0/214, F_{(3,26)}=0/317$)، رفتار مقابله‌ای ($P=0/120, F_{(3,26)}=0/214$)، بیش فعالی ($P=0/45, F_{(3,26)}=0/91$)، کمبود توجه ($P=0/313, F_{(3,26)}=1/25$) معنی‌دار نشده و بیانگر این مساله است که از پیش فرض تساوی خطاهای واریانس‌ها تخطی نشده است.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس (بررسی اثر بین گروهی) برای مقایسه علائم بیش فعالی - کمبود توجه در دو گروه مداخله و کنترل پس از تعدیل اثر پیش آزمون و سن

منبع	درجه آزادی	F	معنی داری	مجدور ضریب ایتا	توان آماری	
شاخص اختلال بیش فعالی	۱	۰/۱۵	۰/۶۹	۰/۰۱۴	۰/۰۸۶	جنیست
کمبود توجه	۱	۰/۳۳	۰/۵۷	۰/۰۰۶	۰/۰۶۶	سن
پیش آزمون	۱	۱۶۶/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷	۱	
مداخله (آموزش فرزندپروری)	۱	۶۹/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱	
جنسیت * مداخله	۱	۰/۴۶	۰/۸۳	۰/۰۰۲	۰/۰۵	
رفتار مقابله‌ای	۱	۰/۱۷۷	۰/۶۷	۰/۰۰۷	۰/۰۶۹	جنیست
سن	۱	۰/۴۵۰	۰/۵۰	۰/۰۱۸	۰/۰۹۹	



۱	۰/۶۰	۰/۰۰۰۱	۳۶/۰۷	۱	پیش آزمون	
۱	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	۳۴/۸۱	۱	مداخله	
۰/۱۲۰	۰/۰۲۶	۰/۴۳	۰/۶۳۷	۱	جنسیت * مداخله	
۰/۳۸	۰/۱۱	۰/۰۹۵	۳/۰۲	۱	جنسیت	بیش فعالی
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۰/۰۰۱	۱	سن	
۱	۰/۸۶	۰/۰۰۰۱	۱۴۸/۶۲	۱	پیش آزمون	
۱	۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۷۳/۴۶	۱	مداخله	
۰/۱۸	۰/۰۵	۰/۲۷	۱/۲۵	۱	جنسیت * مداخله	
۰/۰۵۹	۰/۰۰۴	۰/۷۷	۰/۰۸۵	۱	جنسیت	کمبود توجه
۰/۰۶۷	۰/۰۲۸	۰/۱۹	۰/۳۱	۱	سن	
۱	۰/۹۴	۰/۰۰۰۱	۴۰۱/۲۷	۱	پیش آزمون	
۱	۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۴۰/۹۴	۱	مداخله	
۰/۰۵۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۰/۰۳۱	۱	جنسیت * مداخله	

در تحلیل انجام شده، پیش آزمون و سن به عنوان متغیرهای کواریته و عضویت گروهی و جنسیت به عنوان متغیرهای بین گروهی وارد تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، بین گروه‌های مداخله و کنترل در شاخص‌های اختلال بیش فعالی با کمبود توجه، مقابله‌ای، بیش فعالی، کمبود توجه پس از ارائه آموزش (اثر مداخله) تفاوت معنی دار وجود دارد ($F=۶۹/۸۶, P<۰/۰۰۰۱, \eta^2=Partial\ ۰/۷۴$)، ($F=۳۴/۸۱, P<۰/۰۰۰۱, \eta^2=Partial\ ۰/۷۵$)، ($F=۷۳/۴۶, P<۰/۰۰۰۱, \eta^2=Partial\ ۰/۶۳$)، ($F=۴۰/۹۴, P<۰/۰۰۰۱, \eta^2=Partial\ ۰/۶۰$)، ($F=۱۶۶/۰۴, P<۰/۰۰۰۱, \eta^2=Partial\ ۰/۸۷$)، ($F=۳۶/۰۷, P<۰/۰۰۰۱, \eta^2=Partial\ ۰/۹۴$)، ($F=۱۴۸/۶۲, P<۰/۰۰۰۱, \eta^2=Partial\ ۰/۸۶$)، ($F=۳۶/۰۷, P<۰/۰۰۰۱, \eta^2=Partial\ ۰/۹۴$) و توان آماری بالا با توجه به معنی دار شدن اثر مداخله نیز نشان دهند کفایت نمونه در برآورد تاثیرات است. اما هیچ یک از متغیرهای جنسیت و سن رابطه معنی داری را با شاخص مورد نظرشان نشان ندادند. با توجه به این که میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایشی به طور معنی دار پایین‌تر از گروه کنترل است، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شیوه فرزندپروری بر کاهش علائم در زیر مقیاس شاخص بیش فعالی با کمبود توجه موثر بوده است. اما میزان اثر بخشی آموزش در دو جنس تفاوتی ندارد. متغیر سن نیز ارتباطی با تاثیر آموزش نشان نمی‌دهد.

جدول ۳: آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا

معنی داری	df2	df1	F	
۰/۲۷۱	۲۸	۱	1.261	استبدادی
۰/۵۹۳	۲۸	۱	۰/۲۹۳	آزاد گذاری
۰/۹۱۶	۲۸	۱	۰/۰۱۱	منطقی

قبل از استفاده از تحلیل کوواریانس، پیش فرض‌های این آزمون بررسی شد. همانطور که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود، نتیجه آزمون لون در هیچ یک از شیوه‌های فرزند پروری معنی دار نشده و بیانگر این مساله است که از پیش فرض تساوی خطاهای واریانس‌ها تخطی نشده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس (بررسی اثر بین گروهی) برای مقایسه شیوه فرزندپروری در دو گروه مداخله و کنترل پس از تعدیل اثر پیش آزمون

منبع	درجه	F	معنی داری	مجذور ضریب ایلتا	توان آماری
------	------	---	-----------	------------------	------------



آزادی						
۱	۰/۸۹۹	۰/۰۰۰۱	۲۷۰/۳	۱	پیش آزمون	استبدادی
۱	۰/۸۷۵	۰/۰۰۰۱	۲۱۲/۷	۱	مداخله (گروه)	
۱	۰/۹۰	۰/۰۰۰۱	۲۴۴/۹۹	۱	پیش آزمون	آزاد گذاری
۱	۰/۷۶	۰/۰۰۰۱	۸۳/۱۲	۱	مداخله (گروه)	
۱	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱	۹۴/۶	۱	پیش آزمون	منطقی
۰/۹۹	۰/۴۵	۰/۰۰۰۱	۲۱/۸۵	۱	مداخله (گروه)	

نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، بین گروه‌های مداخله و کنترل در سبک فرزندپروری استبدادی ($F=۲۱۲/۷$ ، $P<۰/۰۰۰۱$ ، $\eta^2=Partial$ ۰/۸۷۵)، آزاد گذاری ($F=۲۴۴/۹۹$ ، $P<۰/۰۰۰۱$ ، $\eta^2=Partial$ ۰/۹۰)، و منطقی ($F=۸۳/۱۲$ ، $P<۰/۰۰۰۱$ ، $\eta^2=Partial$ ۰/۷۶)، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین ارتباط پیش آزمون و پس آزمون در هر سه سبک فرزندپروری معنی‌دار بوده و توان آماری بالا نیز نشان دهند کفایت نمونه در برآورد تاثیرات است و می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش شیوه فرزندپروری در تغییر گرایش‌های فرزندپروری والدین موثر بوده و گروه مداخله که آموزش شیوه فرزندپروری دریافت کردند، شیوه منطقی بیشتر و شیوه‌های استبدادی و آزادگذاری کمتری نسبت به گروه کنترل دادند.

تحلیل نتایج تحصیلی

جدول ۵: جدول توافقی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون ریز نمرات (هندسه)

Group		(پس آزمون) هندسه			Total	
		قابل قبول	خوب	خیلی خوب		
گروه آزمایشی	(پیش آزمون) هندسه	قابل قبول	1	6	0	7
		خوب	0	3	1	4
		خیلی خوب	0	0	1	1
	Total		1	9	2	12
گروه کنترل	(پیش آزمون) هندسه	قابل قبول	4	1	0	5
		خوب	0	3	1	4
		خیلی خوب	0	0	1	1
	Total		4	4	2	10

Group		Chi-Square Tests		
		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
گروه آزمایشی	آزمون مک نمار بوکر	7.000	2	.030
	N of Valid Cases	12		
گروه کنترل	آزمون مک نمار بوکر	2.000	2	.368
	N of Valid Cases	10		



نتایج پیشرفت تحصیلی در بخش هندسه، که از نمرات توصیفی دانش آموزان قبل و بعد از مداخله آزمایشی به دست آمد در جدول ۵ نشان داده شده است. همانطور که از جدول و به ویژه توزیع های کناری جدول، معلوم است، بیشترین تغییر در گروه مداخله و در تغییر از نمرات قابل قبول به خوب مشاهده می شود. به این معنی که در گروه مداخله از ۷ نفری که در پیش آزمون نمره قابل قبول گرفته بودند، پس از آموزش شیوه های فرزندپروری به والدینشان، در پس آزمون به نمره خوب دست یافتند. بررسی معنا داری این تغییرات با آزمون مک نمار بوکر انجام شد. نتایج آزمون مک نمار بوکر نشان می دهد که پیشرفت تحصیلی در گروه مداخله معنی دار است ($p = 0/030$) ولی در گروه کنترل معنی دار نیست ($p = 0/368$). با توجه به تغییراتی که در جدول ۵ گزارش شد، گروه مداخله پس از آموزش PMT (مداخله آزمایشی)، در بخش هندسه پیشرفت نشان داده است و مداخله آزمایشی در پیشرفت تحصیلی موثر بوده است.

حل مساله

نتایج پیشرفت تحصیلی در بخش حل مساله، که از نمرات توصیفی دانش آموزان قبل و بعد از مداخله آزمایشی به دست آمد در جدول ۶ نشان داده شده است. همانطور که از جدول و به ویژه توزیع های کناری جدول معلوم است، بیشترین تغییر در گروه مداخله از نمرات قابل قبول به خوب مشاهده می شود. به این معنی که در گروه مداخله از ۹ نفری که در پیش آزمون نمره قابل قبول گرفته بودند، پس از آموزش شیوه های فرزندپروری به والدینشان، در پس آزمون به نمره خوب دست یافتند. بررسی معنا داری این تغییرات با آزمون مک نمار بوکر انجام شد که در زیر گزارش شده است.

جدول ۶: جدول توافقی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون ریز نمرات (حل مساله)

Group			(پس آزمون) حل مساله			Total
			قابل قبول	خوب	خیلی خوب	
گروه آزمایشی	(پیش آزمون) حل مساله	قابل قبول	2	7	0	9
		خوب	0	1	0	1
		خیلی خوب	0	0	1	1
	Total		2	8	1	11
گروه کنترل	(پیش آزمون) حل مساله	قابل قبول	3	0	0	3
		خوب	0	6	0	6
		Total		3	6	0

Chi-Square Tests

Group		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
گروه آزمایشی	آزمون مک نمار بوکر	7.000	1	.008	
	N of Valid Cases	11			
گروه کنترل	N of Valid Cases	9			
	McNemar Test				1.000 ^a

a. Binomial distribution used.



Group	(پس آزمون) الگو یابی			Total		
	قابل قبول	خوب	خیلی خوب			
گروه آزمایشی	(پیش آزمون) الگو یابی	قابل قبول	1	1	0	2
		خوب	0	2	6	8
		خیلی خوب	0	0	1	1
		Total	1	3	7	11
گروه کنترل	(پیش آزمون) الگو یابی	قابل قبول	1	1	0	2
		خوب	0	6	0	6
		خیلی خوب	0	0	1	1
		Total	1	7	1	9

نتایج آزمون مک نمار بوکر نشان می‌دهد که پیشرفت تحصیلی در گروه مداخله معنی‌دار است ($p = 0/008$) ولی در گروه کنترل معنی‌دار نیست ($p = 1$). با توجه به تغییراتی که در جدول ۷ گزارش شد، گروه مداخله پس از آموزش PMT (مداخله آزمایشی)، در بخش حل مسئله نشان داده است و مداخله آزمایشی در پیشرفت تحصیلی موثر بوده است.

الگویابی

نتایج پیشرفت تحصیلی در بخش الگو یابی، که از نمرات توصیفی دانش آموزان قبل و بعد از مداخله آزمایشی به دست آمد در جدول ۷ نشان داده شده است، بیشترین تغییر در گروه مداخله از نمرات خوب به خیلی خوب مشاهده می‌شود. به این معنی که در گروه مداخله از ۸ نفری که در پیش آزمون نمره خوب گرفته بودند، پس از آموزش شیوه‌های فرزندپروری به والدینشان، در پس آزمون به نمره خیلی خوب دست یافتند. بررسی معنا داری این تغییرات با آزمون مک نمار بوکر انجام شد که در جدول زیر نتایج آن گزارش شده است.

جدول ۷: جدول توافقی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون ریز نمرات (الگو یابی)

Group	Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
گروه آزمایشی	آزمون مک نمار بوکر	7.000	2	.030
	N of Valid Cases	11		
گروه کنترل	آزمون مک نمار بوکر	1.000	1	.317
	N of Valid Cases	9		

نتایج آزمون مک نمار بوکر نشان می‌دهد که پیشرفت تحصیلی در گروه مداخله معنی‌دار است ($p = 0/03$) ولی در گروه کنترل معنی‌دار نیست ($p = 0/317$). با توجه به تغییراتی که در جدول ۷ گزارش شد، گروه مداخله پس از آموزش PMT (مداخله آزمایشی)، در بخش الگویابی پیشرفت نشان داده است و مداخله آزمایشی در پیشرفت تحصیلی موثر بوده است.

خواندن



نتایج پیشرفت تحصیلی در بخش خواندن، که از نمرات توصیفی دانش آموزان قبل و بعد از مداخله آزمایشی به دست آمد در جدول ۸ نشان داده شده است. بیشترین تغییر در گروه مداخله از نمرات خوب به خیلی خوب مشاهده می شود. به این معنی که در گروه مداخله از ۷ نفری که در پیش آزمون نمره خوب گرفته بودند، پس از آموزش شیوه های فرزندپروری به والدینشان، در پس آزمون به نمره خیلی خوب دست یافتند. بررسی معنا داری این تغییرات با آزمون مک نمار بوکر انجام شد که در جدول زیر نتایج آن گزارش شده است.

جدول ۸: جدول توافقی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون ریز نمرات (خواندن)

Group	(پس آزمون) خواندن			T otal		
	قابل قبول	خوب	خیلی خوب			
گروه آزمایشی	(پیش آزمون) خواندن	قابل قبول	1	2	0	3
		خوب	0	0	7	7
		خیلی خوب	0	0	1	1
	Total		1	2	8	1
گروه کنترل	(پیش آزمون) خواندن	قابل قبول	1	1	0	2
		خوب	0	4	1	5
		خیلی خوب	0	0	2	2
	Total		1	5	3	9

Chi-Square Tests				
Group		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
گروه آزمایشی	آزمون مک نمار بوکر	9.000	2	.011
	N of Valid Cases	11		
گروه کنترل	آزمون مک نمار بوکر	2.000	2	.368
	N of Valid Cases	9		

نتایج آزمون مک نمار بوکر نشان می دهد که پیشرفت تحصیلی در گروه مداخله معنی دار است ($p = 0/011$) ولی در گروه کنترل معنی دار نیست ($p = 0/368$). با توجه به تغییراتی که در جدول ۸ گزارش شد، گروه مداخله پس از آموزش PMT (مداخله آزمایشی)، در بخش خواندن پیشرفت نشان داده است و مداخله آزمایشی در پیشرفت تحصیلی موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به این که میانگین های تعدیل شده گروه آزمایشی به طور معنی دار پایین تر از گروه کنترل است، می توان نتیجه گرفت که آموزش شیوه فرزندپروری بر کاهش علائم در زیر مقیاسهای بررسی شده موثر بوده است. اما میزان اثر بخشی آموزش در دو جنس تفاوتی ندارد. متغیر سن نیز ارتباطی با تاثیر آموزش نشان نمی دهد. با توجه به معنادار شدن تفاوت



میانگین‌ها با ۹۹٪ اطمینان بیان می‌کنیم که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آموزش‌فرزند پروری مثبت به والدین با تغییر رفتار آنها منجر به کاهش علائم برونی سازی کودکان ADHD تایید شده و فرض صفر رد می‌شود.

عملکرد والدین سبب ایجاد و وسعت الگوهایی در داخل سازمان شناختی فرد به نام طرحواره می‌شود. این طرحواره‌ها در زندگی فرد مانند عدسی‌هایی عمل می‌کند که تفسیر، انتخاب و ارزیابی فرد از تجارب کسب شده را شکل می‌دهند (گانتی و بوری، ۲۰۰۸). شیوه درمانی فرزند پروری مثبتاً حدود زیادی علت مشکلات رفتاری کودک را در مشکلات والدین می‌داند. رفتار ناپه‌نجانگر کودک و نحوه پاسخ‌گویی او به محیط، تا حدود زیادی وابسته به الگوی رفتاری والدین است. به شکل واضح ترمی توان گفت، کودک به شکلی رفتار می‌کند که توسط والدین بارآمده است. سیستم تقویت و تنبیهی که والدین در خانواده اجرا می‌کنند تا حد زیادی وابسته به آستانه تحمل آن‌هاست. والدینی که آستانه تحمل بالاتری دارند، ممکن است رفتار کودک را بدون توجه، به نوعی پرخاشگری، بی‌ادبی و گستاخی بکشاند. برخلاف آن ممکن است والدینی که آستانه تحمل پایین تری دارند، رفتار کودک را به گوشه‌گیری و خجالتی بودن تفسیر کنند. بنابراین بهتر است قبل از هرگونه تغییر رفتار در کودک، نوعی تغییر رفتار در والدین ایجاد کنیم (اسکات، ۱۹۸۹، ترجمه هادیانفر و همکاران، ۱۳۷۹). با توجه به آموزش مادران و تاثیر رفتار آنان در به وجود آمدن نوع رفتار کودک و نیز پیشگیری و درمان مشکلات رفتاری کودکان، ضرورت آموزش مهارت‌های لازم برای هرچه بهتر برخورد کردن با کودکان به منظور پرورش کودک سالم و ارتقای سطح بهداشت روانی روزبه‌روز بیشتر می‌شود. خانوادگی درمانگران به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه بیشتر بعنوان یک مشکل خانوادگی در کودکان (و نه یک بیماری) می‌نگرند. این اختلال با انواعی از مشکلات اجتماعی مانند، رفتارهای درون فردی بی‌منطق، برانگیختگی، بی‌عدالتی و پرخاشگری رابطه دارد. آن‌ها در رشد مهارت‌هایی که برای آغاز و حفظ روابط اجتماعی و دوستانه ضروری هستند، ناموفق‌اند. به همین دلیل تعاملات اجتماعی مثبت کمی با کودکان دیگر دارند (والن و هنکر، ۱۹۸۵، به نقل از بارکلی، ۲۰۰۵). کودکان در پاسخ به شکست‌ها و ناکامی‌ها به وسیله بی‌توجهی، بیش‌فعالی یا رفتار تکانشی رخ می‌دهد، نگرش‌ها و تفکر منفی را در ذهن خود پرورش می‌دهند، که عزت‌نفس پایین یکی از مهمترین این نگرش‌هاست (ریچینی، ۱۹۹۷). عزت‌نفس غالباً در کودکانی که در طول سال‌ها شکست و طرد را تجربه کرده‌اند به وسیله درمان دارویی ثمربخش نیز بهبود نمی‌یابد (دوپال، ۱۹۹۶). یکی دیگر از ابعاد زندگی که با این اختلال مختل می‌شود، بعد اجتماعی زندگی فرد مبتلا است. درصد بالایی از افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه مشکلات اجتماعی دارند. آن‌ها برخوردهای اجتماعی زیادی دارند، درگیری‌های کلامی بسیاری بوجود می‌آورند. در مقایسه با همسالان پهنجار خود بلندتر و سریع‌تر حرف می‌زنند، هیجان‌های آنان با موقعیت‌ها و هنجارهای اجتماعی مطابق نیست و در مقایسه با همسالان پهنجار خود از قدرت بدنی بیشتری نیز برخوردارند. رفتارهای مخرب و ستیزه‌جویانه‌ی آنان برای دیگران بسیار کلافه‌کننده است. گاهی نیز ممکن است رفتار آنان غیر عمدی به نظر آید. در بعضی موارد مشکلات اجتماعی افراد مبتلا به این اختلال به فقدان شناخت و درک کافی از موقعیت اجتماعی مربوط می‌شود. آن‌ها به هنگام برانگیختگی قادر به ارائه‌ی رفتارهای مناسب نیستند. گاهی نیز هدف‌های اجتماعی آنان به ایجاد مشکل منجر می‌شود. برای مثال ممکن است ترجیح بدهند، به قیمت زیر پا گذاشتن هنجارها و قوانین اجتماعی شوخی کرده و خوش بگذرانند (هینشاو و ملنیک، ۱۹۹۵).

با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین‌ها با ۹۹٪ اطمینان بیان می‌کنیم که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آموزش فرزند پروری مثبت به والدین منجر به تغییر سبک فرزند پروری می‌شود، تایید شده و فرض صفر رد می‌شود. بنابراین آموزش رفتاری والدین باعث تغییر در شیوه‌های تربیتی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی سازی گردیده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که والدین کودکان مبتلا به اختلالات برونی سازی شده در تربیت فرزندانشان از قوانین بی‌ثبات، مهارت‌های ضعیف حل مسئله و مسئولیت‌پذیری ضعیف برخوردار بوده و از تنبیه شدید و ناهماهنگ استفاده می‌کنند. این والدین در برخوردهای انضباطی شان والدینی خشن، ناهماهنگ و ناتوان هستند لذا آموزش والدین توانسته است با آموزش سبک‌های تربیتی نوین و کارآمد این روش‌های ناکارآمد را تحت تاثیر قرار دهد. بنابر این آموزش فرزند پروری مثبت، در تغییر گرایش‌های فرزند پروری والدین موثر بوده است.



این پژوهش با یافته‌های فیبانو و همکاران (۲۰۰۹)، جنیفر و همکاران (۲۰۱۱)، میرنسب و همکاران (۱۳۸۶)، ترک لادانی و همکاران (۱۳۸۷)، همسو و هماهنگ است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که ارتباط تنگاتنگی بین ویژگی‌های والدین و خانواده با کودکان بیش فعال - کمبود توجه وجود دارد و رفتارهای نامناسب می‌تواند در شدت و سرعت بروز علائم نقش بسزایی داشته باشد همچنین با بالا بردن دانش عمومی گروه آزمایش درباره‌ی اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، هشیار کردن آن‌ها نسبت به تاثیر این اختلال بر زندگی خانوادگی و شخصی، تصحیح اطلاعات غلط درباره اختلال، تغییرسوگیری‌های منفی نسبت به تاثیر درمان دارویی و حمایت از کودکان و خانواده آن‌ها و تفهیم این امر که آن‌ها با مشکلاتشان تنها نیستند و به نوعی تنها امید بهبودی در این کودکان هستند، از فشارهای روانی مادران و مشکلات رفتاری کودکان (علائم برونی سازی) به نحو موثری کاسته شد. همچنین باعث پیشرفت تحصیلی و تغییر سبک فرزند پروری آنها گردید.

در تبیین این امر می‌توان گفت که افراد شرکت کننده در جلسات با آموختن مهارت‌های ضروری توانستند مشکلات تربیتی را به درستی مورد شناسایی قرار دهند، آن‌ها تکنیک‌ها و راهکارهای مناسبی جهت تعامل مثبت با کودکان و شیوه‌ی تربیتی مناسب خویش یافتند، که این امر توانست حتی در ایجاد روابط بین فردی و تعامل متقابل آن‌ها، منجر به کاهش علائم بیش فعالی شد، این آموزش موجب افزایش تعامل مثبت والدین با کودکان، کاهش سو رفتار با کودکان، تغییرات مثبت در کودک و رفتار والدین از والد بودنشان، کاهش استرس مادران و افزایش رضایت والدین و کاهش تعارض والدین در مورد روش تربیتی کودکان می‌شود و حتی می‌تواند به شکل گیری روابط صحیح بین فردی و اجتماعی تاثیر بسزایی داشته باشد.

همچنین از جمله عوامل موثر در پیشرفت تحصیلی کودکان بیش فعال که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته آموزش فرزند پروری مثبت به والدین در جهت انجام تکالیف و خواندن دروس با تمرکز و دقت بیشتر کودکان منجر به پیشرفت نتایج تحصیلی کودکان شد. یافته‌های پژوهش حاضر همچنان نشان داد که شیوه فرزند پروری استبدادی و سهل گیرانه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی پس از پایان جلسات آموزش برنامه فرزند پروری مثبت، کاهش یافته و در مقابل شیوه فرزند پروری اقتدار منطقی در این گروه افزایش یافته است.

همسو با یافته‌های مطالعات انجام شده، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد حضور در جلسات آموزشی فرزند پروری سبب افزایش نقش پذیری و پاسخگویی عاطفی در مادران شده و علاوه بر کاهش مشکلات رفتاری که مختص کودکان ADHD است بر اضطراب و یادگیری این کودکان نیز نقش موثری داشته است. به نظر می‌رسد بتوان با به کارگیری روش‌های فرزند پروری مثبت در جهت ارتقاء سلامت روان خانواده‌های این کودکان گامی مثبت برداشت. در تبیین و چگونگی این نتایج باید این واقعیت را نیز در نظر داشته باشیم که مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزند پروری را تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت دارند و سطوح افسردگی، اضطراب و تعارضات زناشویی در آنان بالا است (دپائول، ۱۹۹۱). حضور در کارگاه آموزشی PMT موجب همدلی جمعی در مادران گردید و متوجه شدند که این مشکل تنها مختص آن‌ها نیست، بنابراین احساس تنهایی کاذب در آن‌ها کاسته شد. همچنین در این کارگاه سعی بر این بود که با این آموزش‌ها احساس کنترل و کارآمدی در مادران افزایش یابد.

منابع فارسی

- اسفندیاری، غلامرضا (۱۳۷۴). بررسی و مقایسه فرزند پروری مادران کودکان دارای اختلالات رفتاری و مادران کودکان بهنجار و تاثیر آموزش بر اختلالات رفتارهای فرزندان پایان نامه کارشناسی ارشد تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.



- ترک لادانی، فاطمه؛ ملک پور، مختار؛ گلپور، محسن (۱۳۸۷). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان سوم تا پنجم ابتدایی. دانش و پژوهش در روانشناسی، شماره ۳۷ - صص ۸۲-۶۵.
- رضایی، رخساره (۱۳۷۵). اثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه تک موردی). پژوهش روانشناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء، دوره ۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶، صص ۳۹-۴۸
- سیف، علی اکبر (۱۳۸۷). تغییر رفتار و رفتاردرمانی نظریه ها و روشها. تهران: نشر دوران.
- گوردن، توماس (۱۹۹۶). آموزش موثر والدین با روش دمکراتیک برای تربیت فرزندان مسوول، ترجمه مهدی قراچه داغی (۱۳۸۳)، چاپ دوم، تهران: نشر پیک بهار
- لطفی کاشانی، فرح؛ وزیر، شهرام (۱۳۷۶). روان شناسی مرضی کودک، تهران: ارسباران.
- ملک خسروی، غفار (۱۳۸۲). کارکرد خانواده در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی.
- میرنسب، محمود وهمکاران. (۱۳۸۶). اثربخشی درمانگری رفتاری- شناختی بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال نارسایی توجه - فزون کنشی کودکان پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، شماره ۱، سال هشتم.
- نجاریان، بهمن؛ بساک نژاد، سودابه (۱۳۷۳). کودکان بیش فعال، فصلنامه بهداشت و جهان.