

The effect of Barkley's parenting program on mental health of mothers of boys with attention deficit hyperactivity disorder in elementary school(7-12) in Isfahan

Mahin Sadat Kadkhodaie, M. A

Counseling, Islamic Azad University of Khomeinishahr, Isfahan, Iran

Ahmad Ahmadi, Ph.D.

Academic member, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Ahmad Abedi, Ph.D.

Academic member, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract

The purpose of this research was to study the effect of Barkley's parenting program education on mental health of mothers of boys 7 to 12 years old, with attention deficit hyperactivity disorder, in elementary school. The research was semi experimental with Pre-test, post-test and with experimental and control group. The sample of research were 30 mothers of boys with attention deficit hyperactivity disorder. They were selected randomly from of school boys in Isfahan. They were tested in terms of attention deficit-hyperactivity disorder, all of whom had scores above average. Then their mothers purposefully were selected and then randomly assigned to two experimental and control groups. Mothers in the experimental group received 8 sessions of Barkley's parenting education. The subjects were evaluated by the Mental Health Inventory (before and after intervention). The research hypothesis was that Barkley's parenting education has effect on mental health of mothers of boys with attention deficit hyperactivity disorder. The data were analyzed using the Multivariate covariance. The results showed that Barkley's parenting education was significantly effective on improving the mental health of mothers in the experimental group ($P < 0.0005$). The results also showed that the program was significantly effective on three subscales of mental health: Somatic symptoms, anxiety and sleep disorders, and depression ($P < 0.0005$). The results related to social functioning subscale represents have not change scores ($P > 0.081$), and The intervention could not have been effective on the following scale.

keywords: Barkley's parenting, mental health, attention deficit hyperactivity disorder.

بررسی تأثیر آموزش برنامه والدگری بارکلی بر سلامت روان مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه-بیش فعالی مقطع ابتدایی (۷-۱۲) شهر اصفهان

مهین السادات کدخدائی

کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران

سیداحمد احمدی*

عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

احمد عابدی

عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش برنامه والدگری بارکلی بر سلامت روان مادران کودکان پسر با اختلال نقص توجه-بیش فعالی در مقطع ابتدایی بوده است. نوع تحقیق، نیمه تجربی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ مادر کودکان بیش فعال با نقص توجه بودند که با استفاده از روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای از نواحی آموزش و پرورش اصفهان، یک ناحیه (ناحیه ۲)، به تصادف انتخاب گردید. سپس از بین مدارس پسرانه این ناحیه، ۲ دبستان به صورت تصادفی انتخاب و دانش‌آموزان آن دو دبستان با پرسشنامه کانونز معلمان، از نظر اختلال نقص توجه - بیش فعالی مورد سنجش قرار گرفتند. از میان دانش‌آموزان پسر بیش فعال، ۳۰ نفر که نمرات بالاتر از میانگین داشتند، انتخاب شدند. سپس مادران آنها به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش برنامه والدگری بارکلی، قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به وسیله مقیاس سلامت روان در ۲ مرحله (قبل از مداخله و بعد از مداخله) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که آموزش برنامه والدگری بارکلی، بر بهبود سلامت روان مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تأثیر معنادار داشته است ($P < 0.0005$). همچنین این برنامه بر سه زیر مقیاس سلامت روان، یعنی علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، افسردگی تأثیر معنادار داشته و آنها را کاهش داده است. ($P < 0.0005$) اما مشاهده نتایج مربوط به زیر مقیاس کارکرد اجتماعی حاکی از عدم کاهش معنادار نمرات بوده و مداخله نتوانسته بر این زیر مقیاس مؤثر باشد ($P > 0.081$).

واژه‌های کلیدی: والدگری بارکلی، سلامت روان، اختلال بیش فعالی / نقص توجه، کودکان پسر (۷-۱۲)

مقدمه

اگرچه داشتن کودک بیش فعال/کم توجه منبع استرس است، اما تأثیر آن بر مادران تا حد زیادی به ارزیابی شناختی آنها از مسئله و نیز مجهز بودن آنها به مهارت های مدیریت مثبت کودک بستگی دارد. مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی/کم توجه، در مقایسه با مادران کودکان سالم، هنگام تعامل با فرزند خود از رفتارهای آمرانه بیشتری بهره می گیرند، بیشتر مخالفت می کنند، پاداش های کمتری به رفتارهای مناسب کودک می دهند و پاداش های ایشان بیشتر جنبه انتقادی دارد. به طور کلی، این مادران نسبت به مادران کودکان بهنجار، منفی نگر هستند (بارکلی^۴ و همکاران، ۱۹۸۵؛ راجرز و همکاران، ۲۰۰۳). به علاوه مادران این کودکان ممکن است مشکلات کودک را به نقایص خود در ارتباط با عدم شایستگی در سرپرستی کودک نسبت دهند، این نتایج معمولاً همراه با خود سرزنشی است. مادران کودکان مشکل دار دارای باورهای غیر واقع بینانه در مورد کودک و خودشان هستند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵).

با در نظر گرفتن این اطلاعات، شناسایی راهبردهایی به منظور مدیریت کودکان که با سلامت روان در مادران کودکان بیش فعال/کم توجه همراه است، ضروری به نظر می رسد. بنابراین لزوم آموزش این مادران برای حفظ سلامت روان خود احساس می شود. در همین رابطه مطالعه آناستاپولوس و همکاران (۱۹۹۳) نشان داده است که برنامه آموزش والدین منجر به ارتقاء مهارت های مدیریت کودک، افزایش اعتماد به نفس و کاهش استرس والدین می شود. برنامه والدگری بارکلی یکی از روش های آموزش والدین است که برای این منظور مورد استفاده قرار گرفته است. این برنامه، مهارت های مدیریت مثبت را به والدین آموزش می دهد تا جایگزین فرزندپروری ناکارآمد و استبدادی آنها شود. همچنین این برنامه، نگرش های والدین را مورد توجه قرار داده و سعی در اصلاح آنها دارد (ترنر و همکاران، ۲۰۰۲).

برنامه والدگری بارکلی برنامه جدید و جهان شمولی در مورد فرزندپروری است که باعث ایجاد رابطه مثبت بین والدین و فرزندان می شود و کمک می کند تا والدین راهبردهای مؤثر مدیریت را در برخورد با انواع مسائل

اختلال بیش فعالی - نقص توجه نوعی اختلال عصبی رشدی مربوط به خودکنترلی است که شامل مشکلاتی در دامنه توجه، کنترل تکانه و سطح فعالیت و جنب و جوش می شود. با توجه به شیوع بالای این اختلال در میان کودکان ایران و نظر به اثرات جبران ناپذیری که این اختلال بر روند زندگی فردی، اجتماعی و پیشرفت تحصیلی کودکان بر جای می گذارد و همچنین، اثرات روانی زیان باری که به دنبال دارد، می تواند تعادل اقتصاد خانواده را با مشکلاتی مواجه کند. اختلال رفتاری از رایج ترین مسائل روان شناختی کودکان است (گیلبرگ، ۲۰۰۳). که بر کارکردهای روانی و اجتماعی تمامی اعضای خانواده تأثیرگذار است. در این بین مادر به عنوان عضوی از این مجموعه که بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک را دارد، می تواند در معرض خطر بیشتر این گونه مشکلات باشد. بررسی پیشینه پژوهش نشان می دهد که نشان داد مادران کودکانی که مشکلات رفتاری دارند احساس موفقیت کمتر، اثربخشی پایین و احساس خشم، اضطراب و افسردگی بیشتر نسبت به کودکان سالم دارند. (پله ام، ۱۹۹۷). کایننگهام و بویل (۲۰۰۲) در پژوهش خود نشان دادند مادران کودکان مبتلا به بیش فعال/کم توجه^۱ نسبت به گروه مادران دارای کودکان بدون مشکل رفتاری، افسردگی بیشتری از خود نشان می دهند. این مادران دچار والدگری منفی و اختلالات روانی می شوند، به ویژه زمانی که با اختلال نافرمانی مقابله ای^۲ همراه می گردد (آگوست و همکاران، ۱۹۹۹؛ کادسیو، ۲۰۰۳).

خانواده های کودکان بیش فعال فشارهای والدینی بیشتری را تجربه می کنند و حس صلاحیت و شایستگی کمتری دارند، مصرف الکل در والدین افزایش یافته و تماس های خانواده این کودکان کاهش می یابد. همچنین کشمکش های زناشویی، جدایی و طلاق و افسردگی والدین بیش تر می شود (ماش و بارکلی، ۲۰۰۳).

به عبارت دیگر در مجموع، احتمال وجود آسیب شناسی در والدین دارای کودک بیش فعال/کم توجه بیش از سایر والدین است (آناستاپولوس^۳، ۱۹۹۲).

1. Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD)
3. Anastopoulos

2. Oppositional Defiant Disorder (ODD)
4. Barklay

مادران، تأثیر داشته و این اثرات در پیگیری ۱۲ ماهه باقی مانده بود. در مطالعه راجرز و همکاران (۲۰۰۳) نیز حاکی از کاهش مشکلات رفتاری کودکان بود. در این مطالعه همچنین بهبود قابل ملاحظه هم در رابطه با رفتارهای نامناسب فرزند پروری، تعارضات والدینی احساس رضایت و صلاحیت والدین، افسردگی، و استرس به وجود آمده بود. به علاوه این والدین سطح بالایی از رضایت از برنامه را ابراز نمودند.

ترنر و ساندرز (۲۰۰۶) بعد از آموزش برنامه فرزندپروری و مدیریت رفتار گزارش کرده اند که والدین سطوح کمتری از مشکلات رفتاری کودکان و نیز سطوح کمتری از فرزندپروری ناکارآمد را نشان داده و نیز اضطراب و استرس آنان در مقایسه با والدین گروه آموزش ندیده (کنترل) به طور قابل ملاحظه‌ای پایین بوده است. دنفورت و همکاران (۲۰۰۶) نیز والدین کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/ کمبود توجه را تحت این برنامه آموزشی قرار دادند. نتایج این مطالعه حاکی از کاهش رفتارهای بیش‌فعالی، مخالفت جویی و پرخاشگری در کودکان و بهبود رفتارهای فرزند پروری و کاهش استرس والدین بود. در مطالعه دیگری ساندرز و همکاران (۲۰۰۷) والدین شرکت‌کننده در برنامه مدیریت رفتار را با والدین گروه آموزش ندیده و والدینی که در برنامه جلوگیری از اضطراب شرکت کردند، مورد مقایسه قرار دادند که نتایج نشان داد، مادران آموزش دیده، پیشرفت چشمگیری در رفتارهای فرزندپروری، عزت نفس و کاهش استرس والدینی نشان دادند. به علاوه این مادران نسبت به مادران دو گروه دیگر، میزان کمتری از بدرفتاری کودکان را گزارش دادند. لواک و همکاران (۲۰۰۸)، در پژوهشی نشان داد که افزایش مهارت‌های مادران با شرکت در برنامه آموزش مدیریت رفتاری به والدین باعث می‌شود که مادران درک درستی از ماهیت بیش‌فعالی-نارسایی توجه کودک پیدا کنند، نحوه کنترل و مهارت‌های چالش برانگیز کودکان را یاد بگیرند و نگرش مثبت‌تری درباره روند پیشرفت کودکان داشته باشند و در نهایت سلامت عمومی خود را ارتقا بخشند. درتزک و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای نشان داده‌اند که برنامه‌های فرزندپروری مثبت تأثیر مثبتی بر روی مشکلات رفتاری کودکان و وضعیت سلامت روان والدین دارد.

رشدی- رفتاری کودک بیاموزند. برنامه ساده‌ای که می‌تواند تغییرات بزرگی در خانواده ایجاد کند و به والدین کمک می‌کند تا دریابند که وقتی به روش‌های جدیدی حرف بزنند، فکر کنند و عمل کنند، نتایج عملی بهتری در خانواده خواهند داشت.

مدیریت را در برخورد با انواع مسائل رشدی- رفتاری کودک بیاموزند. برنامه ساده‌ای که می‌تواند تغییرات بزرگی در خانواده ایجاد کند و به والدین کمک می‌کند تا دریابند که وقتی به روش‌های جدیدی حرف بزنند، فکر کنند و عمل کنند، نتایج عملی بهتری در خانواده خواهند داشت. به عبارتی دیگر این برنامه شامل محیطی امن، تقویت رفتار مثبت، ایجاد محیط مثبت یادگیری، داشتن انتظارات واقع‌گرایانه و مراقبت از خود به‌عنوان است (بارکلی، ۲۰۱۳، ترجمه دکتر احمد عابدی و عادلہ شعرباف‌زاده، ۱۳۹۴). بر این اساس هدف از پژوهش حاضر افزایش دانش، مهارت‌ها، اطمینان و خودکارآمدی والدین؛ ایجاد محیط پرورش‌دهنده ایمن، تشویق‌کننده، عاری از خشونت و با تعارضات پایین برای کودکان؛ ارتقاء کارایی اجتماعی، هیجانی، کلامی، هوشی و رفتاری کودکان از طریق آموزش والدگری بارکلی به مادران کودکان بیش‌فعال- نقص توجه و بررسی میزان تأثیر آن بر سلامت روان آنها است.

ساندرز و مک فارلند (۲۰۰۰) نشان داده‌اند که برنامه والدگری بارکلی، عوامل استرس‌زای والدین را تحت تأثیر قرار داده و عوامل افسردگی، عصبانیت، اضطراب و سطوح بالای استرس را از طریق بهبود مهارت‌های والدگری تقلیل می‌دهد. نتایج مطالعات زوبریک^۱ (۲۰۰۱) بر روی ۷۱۸ والد پیش‌دبستانی نشان داد که پس از آموزش برنامه والدگری بارکلی، کاهش چشمگیری در اختلالات رفتاری کودکان و سبک والدگری استبدادی والدین ایجاد شد. در ضمن افسردگی، اضطراب، استرس و تعارضات والدین در مورد مسائل تربیتی کودک نیز کاهش و در نتیجه سازگاری زناشویی افزایش یافت. این نتایج تا ۲ سال پیگیری هم باقی مانده بود (ترنر و همکاران، ۲۰۰۲).

مطالعه دین و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که این برنامه در کاهش رفتارهای مخرب کودک، بد عملکردی و تعارضات والدین در مورد کودک و نیز افزایش سلامت روان

شده کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی به‌کار برد و از این روش همراه با سایر روش‌های درمانی نظیر دارودرمانی، رفتاردرمانی و جز آن‌که در مورد خود کودکان اجرا می‌شود، سود جست.

درخشانپور و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که سلامت روان مادران کودکان بیش‌فعال/کم‌توجه به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه سالم است و مادران کودکان عادی نسبت به مادران کودکان بیش‌فعال/کم‌توجه علائم جسمانی، اضطرابی و اختلال عملکرد کمتری دارند و در کل سالم‌ترند و از برآیند ۴ عامل اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، تحصیلات مادر، سلامت روان مادر و سن مادر بر به‌کارگیری سبک فرزندپروری مقتدرانه، عامل اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، نسبت به سلامت روان مادر تأثیر بیشتری دارد.

پژوهش‌هایی هم وجود دارند که نتایج با پژوهش حاضر ناهماهنگ و ناهمسو است. از این دست می‌توان به لمب^۲ (۲۰۰۶)، قشنگ (۱۳۸۲) و ناظمی (۱۳۸۶) اشاره نمود. این مطالعات به این نتیجه دست یافتند که آموزش مدیریت رفتار اثربخشی مناسبی بر کارکرد اجتماعی مادر دارد.

با عنایت به نتایج مطالعات پیشین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شیوه‌های مدیریت رفتار، گامی مؤثر برای ارتقای سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه است و با توجه به این‌که تاکنون پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور بیشتر متمرکز بر تأثیر آموزش شیوه‌های مدیریت رفتار در کاهش مشکلات رفتاری کودکان بوده است و تعداد محدودی از مداخلات داخلی به‌طور مشخص نقش آموزش والدین را به منظور ارتقا سلامت روان به ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه بررسی کرده‌اند. از این‌رو با توجه به این‌که تمرکز برنامه والدگری بارکلی بر آموزش شیوه مدیریت رفتار به والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه و نقش مهم سلامت روان در تربیت فرزند و بهبود تعامل‌های خانواده است، در این پژوهش محقق قصد دارد تأثیر آموزش شیوه‌های مدیریت رفتاری بارکلی بر سلامت روان مادران کودکان پسر مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه را مورد ارزیابی قرار دهد.

اسپیجکوز و همکاران^۱ (۲۰۱۰) در پژوهشی اثربخشی برنامه فرزندپروری را در ارتقاء رضایت و کارآمدی و حس کلی صلاحیت والدین و کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری را نشان داد. روشن‌بین (۱۳۸۵)، در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت به ۸ نفر از مادران دارای کودک بیش‌فعال/کم‌توجه می‌تواند استرس و اضطراب مادران این کودکان را کاهش دهد.

محرری و همکاران (۱۳۸۸)، در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش «برنامه تربیت سازنده» به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی به این نتیجه دست یافته‌اند که تفاوت شاخص‌های افسردگی و اضطراب در گروه آزمون نسبت به شاهد معنی‌دار بود و کاربرد "برنامه تربیت سازنده" در والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی‌های این کودکان مؤثر است. جعفری و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، نشان داد برنامه فرزندپروری مثبت در ارتقاء سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به این اختلال مؤثر است.

حاجی سید جوادی، برجعلی و برجعلی (۱۳۹۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ب آموزش رفتاری بارکلی در والدین بر میزان کاهش علائم کودکان مبتلا تأثیر معنی‌داری داشته و موجب کاهش علائم در گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه شده است و اندازه‌گیری مکرر، ماندگاری تأثیر آموزش والدین بر کاهش علائم را تأیید کرده است. پژوهشی توسط عربی، دانش، کاکاوند، سلیمی نیا و غفاری (۱۳۹۲) با عنوان اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال‌های بیرونی شده کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی انجام شد و بر اساس یافته‌ها نشان داده شد که آموزش مدیریت والدین، نشانه‌های اختلال‌های رفتاری و نشانه‌های بیرونی شده، از جمله پرخاشگری، تکانشگری، بیش‌فعالی و اضطراب کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی را در مقایسه با گروه گواه و پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش داد و آموزش مدیریت والدین می‌تواند به‌عنوان روش مؤثری در درمان نشانه‌های بیرونی

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی

آموزش برنامه والدگری بارکلی بر سلامت روان مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی مؤثر است.

فرضیه‌های فرعی

۱. آموزش برنامه والدگری بارکلی بر علائم جسمانی مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی مؤثر است.

۲. آموزش برنامه والدگری بارکلی بر علائم اضطرابی و اختلال خواب مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی مؤثر است.

۳. آموزش برنامه والدگری بارکلی بر علائم کارکرد اجتماعی مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی مؤثر است.

۴. آموزش برنامه والدگری بارکلی بر علائم افسردگی مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش، از نوع نیمه تجربی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. متغیر مستقل پژوهش آموزش والدگری بارکلی و متغیر وابسته سلامت روان مادران دارای کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی مقطع ابتدایی در شهر اصفهان در سال ۹۵-۹۴ بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش، به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود، بدین صورت که ابتدا از نواحی آموزش و پرورش اصفهان، یک ناحیه (ناحیه ۲) به تصادف انتخاب گردید. سپس از بین مدارس پسرانه این ناحیه، ۲ دبستان به صورت تصادفی انتخاب و دانش‌آموزان آن دو دبستان با پرسشنامه کانرز معلمان، از نظر اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی مورد سنجش قرار گرفتند. از میان دانش‌آموزان پسر بیش‌فعال، ۳۰ نفر که نمرات بالاتر از میانگین داشتند، انتخاب شدند. سپس مادران آنها به صورت هدفمند انتخاب و

به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. (بارکلی، ۲۰۱۳، ترجمه دکتر احمد عابدی و عادلہ شعربافزاده، ۱۳۹۴).

ابزار سنجش

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات در پیش‌آزمون، پس‌آزمون از دو پرسشنامه استفاده شد.

پرسشنامه کانرز معلمان

این پرسشنامه را کانرز^۱ و همکاران در سال (۱۹۹۹) تدوین کرده‌اند. این ابزار دارای ۳۸ سؤال است و برای تشخیص کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی توسط معلمان به کار می‌رود. این پرسشنامه دارای ۳ بعد است. سؤال ۱ تا ۲۱ مربوط به بعد رفتار کودک در کلاس، ۲۲ تا ۲۹ مشارکت و همکاری گروهی و ۳۰ تا ۳۸ نگرشی به طرف منابع قدرت است. نمره‌گذاری به هیچ‌وجه صفر، کم، ۱، متوسط ۲ و زیاد ۳ است. برای به دست آوردن امتیاز هر بعد مجموع امتیازات مربوط به آن بعد محاسبه می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازهای مربوط به همه سؤال‌ها با هم محاسبه می‌شوند. نمره کل آزمون دامنه‌ای از صفر تا ۱۱۴ دارد. اگر نمره کودک بالاتر از ۵۷ باشد بیانگر اختلال نقص توجه است هرچه امتیاز بالاتر رود میزان اختلال کودک بیشتر خواهد بود. کانرز و همکاران پایایی این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. اعتبار آزمون در این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بوده است. در کانادا نمره‌های هنجاری این مقیاس توسط کانرز برای کودکان سنین ۴ تا ۱۱ سال در گروه‌های سنی ۴ تا ۵ ساله، ۶ تا ۸ ساله و ۹ تا ۱۱ ساله فراهم آمده است. کانرز پایایی بازآزمایی فرم معلم این مقیاس را در طول یک ماه تا یک سال از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و پایایی بین نمره‌گذاری معلمان را ۰/۷۰ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (کانرز، ۱۹۹۸).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ₂₈)

این پرسشنامه را گلدبرگ و هیلر^۲ (۱۹۷۹)، تدوین کرده‌اند و دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. از ۲۸ گزینه پرسشنامه گزینه‌های ۱ تا ۷ مربوط به

آزمایش اجرا شد. در جلسه اول از مادران هر دو گروه خواسته شد که پرسشنامه سلامت روان (GHQ) را تکمیل نمایند. در هر جلسه محتوا و نکات جلسه قبلی به اختصار مورد بحث و بررسی قرار می گرفت و سپس محتوای جلسه جدید آموزش داده می شد. در تمامی جلسات ضمن ارتباط متقابل بین افراد و محقق، آموزش لازم ارائه می گردید. در نهایت پس از اتمام آموزش ها، برای هر دو گروه، پس از آزمون اجرا شد. خلاصه جلسات در جدول ۱، آمده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو روش آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل کوواریانس و برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری، spss₂₀ استفاده شد (تقوی، ۱۳۸۰).

مقیاس علائم جسمانی، گزینه های ۸ تا ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب، گزینه های ۱۵ تا ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی و نهایتاً گزینه های ۲۲ تا ۲۸ علائم افسردگی را می سنجد. برای جمع بندی نمرات به الف نمره صفر، ب نمره ۱، ج نمره ۲ و د نمره ۳ تعلق می گیرد در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است. روایی و پایایی آن توسط تقوی مورد بررسی قرار گرفته است. وی در نمونه ای از دانشجویان دانشگاه شیراز پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش های بازآزمایی، تنصیف، آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۷۰، ۰/۹۷، ۰/۹۰ و روایی آن را در حد مطلوب گزارش کرده است. جلسات آموزشی برای ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای تنظیم و در گروه

جدول ۱. عناوین و موضوعات کلی جلسات آموزش گروهی کلی والدگری بارکلی

جلسه	موضوع جلسات
اول	عنوان: معرفی جلسات والدگری بارکلی دستور جلسه: ۱- معرفی و آشنایی با اعضای گروه ۲- بیان قواعد گروه و اهداف ۳- معرفی دوره و ضرورت برنامه والدگری بارکلی تکلیف: مطالعه و کسب اطلاعات در مورد اختلال نقص توجه- بیش فعالی
دوم	عنوان: ۱- نقص توجه- بیش فعالی و تأثیر آن بر سلامت روان مادران ۲- والدگری بارکلی دستور جلسه: ۱- توضیح در مورد اختلال نقص توجه- بیش فعالی، ویژگی ها، علل و پیامدها و مشکلات ناشی از آن در خانواده (تأکید بر تأثیر این اختلال بر سلامت روان مادران این کودکان) ۲- توضیح در مورد برنامه والدگری بارکلی تکلیف: به نشانگان نقص توجه- بیش فعالی در فرزندان خود توجه کنند و در جلسه بعد بازخورد بدهند.
سوم	عنوان: ۱- واکنش و بازخوردی فوری در قبال عملکرد فرزندان ۲- دادن بازخوردهای بیش تر به فرزندان ۳- استفاده از پاداش ها و پیامدهای بزرگ تر و قدرتمندتر دستور جلسه: ۱- داشتن بازخوردی فوری و مثبت به صورت تمجید، تعریف، محبت و مهرورزی فیزیکی در قبال عملکرد مثبت کودک (ADHD) ۲- افزایش کارایی برای کودک (ADHD) از طریق بازخورد بیش تر و فوری ۳- استفاده از پاداش ها و پیامدهایی بزرگ تر، برجسته تر و گاهی مادی تر برای تقویت رفتارهای مثبت کودک (ADHD) تکلیف: اجرای گام های ارائه شده و بیان میزان تأثیرگذاری آن بر کودک (ADHD) در جلسه بعد
چهارم	عنوان: ۱- استفاده از تشویق پیش از تنبیه ۲- یادآوری زمان برای کودک و کاهش بازه زمان در صورت لزوم ۳- یادآوری نکات مهم در حین عملکرد فرزندان دستور جلسه: ۱- استفاده نکردن از تنبیه، (هرچند جزئی) و جلوگیری واکنش و رفتارهای منفی کودک ۲- یادآوری زندگی در زمان حال، به کودک (ADHD) از طریق تقسیم تکالیف طولانی به گام های کوچک تر ۳- قرار دادن اطلاعات مهم به صورت قابل مشاهده در محلی که کار یا تکلیف باید انجام شود. تکلیف: اجرای گام های ارائه شده و بیان میزان تأثیرگذاری آن بر کودک (ADHD) در جلسه بعد
پنجم	عنوان: ۱- یادآوری منبع انگیزش در نقطه عملکرد ۲- ملموس و عینی تر کردن روش های تفکر و حل مسئله ۳- تلاش خود برای ثبات و هماهنگی در عملکرد دستور جلسه: ۱- جبران کمبود انگیزش درونی کودک (ADHD) را با دادن انگیزش های بیرونی نظیر تشویق و پاداش ۲- یافتن راهی که مسئله و بخش های مختلف راه حل آن را تا حد امکان عینی و قابل لمس کند تا کودک بتواند آنها را لمس و با بخش های آن عملاً کار کند و قطعات مختلف اطلاعات را در چیدمان جدیدی بگذارد که ممکن است به حل مسئله کمک کند. ۳- استفاده کردن از راهکارهای یکسان برای مدیریت رفتار کودک (ADHD) تکلیف: اجرای گام های ارائه شده و بیان میزان تأثیرگذاری آن بر کودک (ADHD) در جلسه بعد

<p>ششم</p>	<p>عنوان: ۱-عمل کردن به جای حرفی ۲-شخصی تلقی نکردن مشکلات یا اختلالات کودک (ADHD) ۳-برنامه‌ریزی کردن از قبل برای موقعیت‌های مشکل‌ساز دستور جلسه: ۱- استفاده از رفتارها و بازخوردهای سریع و مکرر به جای به کارگیری منطق بیان و سخنرانی به منظور جلوگیری از تشدید رفتارهای منفی کودک (ADHD) و جلب همکاری او ۲- برچسب زدن والدین به خود از لحاظ بی‌کفایتی به دلیل ایجاد مشکل یا پیش رفتن کارها برحسب انتظار و ناکامی در مدیریت فرزندان و اهمیت داشتن قدرت و انگیزه آنها برای رفع مشکل و تلاش مجدد ۳-در میان گذاشتن برنامه اقدام با کودک پیش از ورود به هرگونه محیط یا موقعیت مشکل‌ساز و کاهش چشمگیر مشکلات رفتاری او تکلیف: اجرای گام‌های ارائه شده و بیان میزان تأثیرگذاری آن بر کودک (ADHD) در جلسه بعد</p>
<p>هفتم</p>	<p>عنوان: ۱- فراموش نکردن ناتوانی کودک (ADHD) ۲-تمرین کردن بخشش دستور جلسه: ۱- یادآوری نارسایی و اختلال کودک در زمان بروز رفتارهای تخریبی و نادرست ۲- بخشیدن کودک، اطرافیان و خود به‌عنوان مهم‌ترین و سخت‌ترین و سخته‌ترین اصل تکلیف: اجرای گام‌های ارائه شده و بیان میزان تأثیرگذاری آن بر کودک (ADHD) در جلسه بعد</p>
<p>هشتم</p>	<p>عنوان: جمع‌بندی مطالب آموخته شده دستور: ۱-جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از مباحث گفته شده و میزان کاربرد آن در مورد مدیریت رفتار کودکان (ADHD) ۲-اختتام و اجرای پس‌آزمون سلامت روان (GHQ) تکلیف: اجرای گام‌های ارائه شده و بیان میزان تأثیرگذاری آن بر کودک (ADHD) در جلسه بعد</p>

یافته‌ها

متغیرها بین میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل

تفاوت وجود دارد.

جدول ۲ میانگین‌های تعدیل شده حاصل از پرسشنامه سلامت عمومی، تکمیل شده توسط مادران گروه آزمایش و گواه را در پس‌آزمون نشان می‌دهد. بر طبق جدول در تمام

جدول ۲. میانگین‌های تعدیل شده دو گروه در پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین	خطای استاندارد
علائم جسمانی	آزمایش	۴/۲۷۱	۰/۴۵۳
	کنترل	۷/۳۹۶	۰/۴۵۳
اضطراب و اختلال خواب	آزمایش	۵/۵۲۷	۰/۷۵۲
	کنترل	۱۰/۰۰۶	۰/۷۵۲
کارکرد اجتماعی	آزمایش	۴/۹۳۶	۰/۸۰۹
	کنترل	۷/۷۹۷	۰/۸۰۹
افسردگی	آزمایش	۱/۴۲۲	۰/۸۶۵
	کنترل	۶/۷۱۲	۰/۸۶۵
سلامت روان کلی	آزمایش	۱۶/۰۲۲	۱/۶۵۰
	کنترل	۳۲/۰۴۵	۱/۶۵۰

واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید. نتایج نشان داد که در تمامی متغیرها، سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ لذا واریانس‌ها برابر هستند و استفاده از تحلیل کوواریانس در داده‌های پژوهش بلامانع بوده و پایایی نتایج به دست آمده از آن تأیید می‌گردد.

با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس‌ها و همگنی شیب خط رگرسیون، تحلیل کوواریانس چندمتغیره صورت گرفت.

برای تحلیل استنباطی نتایج، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید. لازم بود تا پیش‌فرض‌های مورد نیاز برای تحلیل کوواریانس بررسی شود. در این پژوهش برای آزمون نرمال بودن توزیع نمونه از آزمون کلموگراف-اسمیرنف استفاده و با توجه به توزیع نرمال نمرات، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هردو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید. همچنین پیش از انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره به منظور بررسی برابری

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات مؤلفه‌های سلامت روان

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذوراتا (میزان تأثیر)	توان آماری
علائم جسمانی	۵۵/۴۶۶	۱	۵۵/۴۶۶	۲۱/۴۷۶	۰/۰۰۰	۰/۴۴۳	۰/۹۹۴
اضطراب و اختلال خواب	۱۱۵/۹۰۳	۱	۱۱۵/۹۰۳	۱۶/۸۱۴	۰/۰۰۰	۰/۳۸۴	۰/۹۷۷
کارکرد اجتماعی	۳۱/۲۸۷	۱	۳۱/۲۸۷	۳/۲۸۶	۰/۰۸۱	۰/۱۰۸	۰/۴۱۶
افسردگی	۱۸۲/۹۵۰	۱	۱۸۲/۹۵۰	۳۲/۳۲۲	۰/۰۰۰	۰/۵۴۵	۱/۰۰۰

می‌دهد، پس از بررسی تأثیر پیش‌آزمون بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات اضطراب و اختلالات خواب شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون ($F=16/814$) تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/0005$) و نتایج تحلیل کوواریانس در این جدول نشان می‌دهد که تأثیر آموزش برنامه والدگری بارکلی بر اضطراب و اختلالات خواب مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون معنادار بوده است ($P<0/05$). لذا فرضیه فرعی دوم تأیید می‌گردد. بنابراین والدگری بارکلی بر کاهش اضطراب و اختلالات خواب گروه آزمایش در پس‌آزمون تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۰/۳۸۴ بوده است.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، پس از بررسی تأثیر پیش‌آزمون بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات علائم جسمانی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون ($F=21/476$) تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/0005$) و همچنین نتایج تحلیل کوواریانس در این جدول نشان داد که تأثیر آموزش برنامه والدگری بارکلی بر علائم جسمانی مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون معنادار بوده است ($P<0/05$). لذا فرضیه فرعی اول تأیید می‌گردد. بنابراین والدگری بارکلی بر کاهش علائم جسمانی گروه آزمایش در پس‌آزمون تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۰/۴۴۳ بوده است. بر اساس یافته‌ها جدول ۳ نشان

نقص توجه- بیش فعالی تأثیر داشته است. این نتایج همسو با پژوهش دین و همکاران (۲۰۰۳)، کامینسکی و همکاران (۲۰۰۸)، لواک^۱ و همکاران (۲۰۰۸)، پترز و جکسون (۲۰۰۹)، درتزک^۲ و همکاران (۲۰۰۹)، بیرامی (۱۳۸۸)، جعفری و همکاران (۱۳۸۹)، حاجی سید جوادی، برجعلی و برجعلی (۱۳۹۰)، مفتاق، محمدی، نجمی (۱۳۹۱)، کجباف و همکاران (۱۳۹۴)، است. نتایج این تحقیقات تأثیر آموزش مدیریت رفتاری، بر کاهش مشکلات روانی و اجتماعی مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه-بیش فعالی و حفظ و بهبود سلامت روان این مادران را نشان می‌دهد.

یافته‌های این پژوهش، همسو با پژوهش کازین (۲۰۰۵)، بری (۲۰۰۱)، چافین و همکاران (۲۰۰۷)، نیز بوده است. آنها در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که برنامه آموزش مدیریت رفتاری موجب افزایش سلامت روانی مادران شرکت‌کننده در این برنامه نسبت به گروه کنترل شده است.

اثربخشی روش آموزش رفتاری به مادران و افزایش عملکرد رفتاری کودکان در منزل را می‌توان به دلایلی نسبت داد: بسیاری از مادرانی که در گروه آموزشی این چینی شرکت می‌کنند، خود را به خاطر مشکلات رفتاری کودکانشان مقصر می‌دانند و یا برعکس، اعتقاد دارند که کودکان آنها به صورت ارادی راهی را برای اذیت و آزار آنها انتخاب کرده‌اند: توضیح در مورد ماهیت و علت اختلال می‌تواند شناخت‌های نادرست والدین را چه در مورد خودشان و چه در مورد کودکانشان اصلاح کند و احساس گناه، به خاطر مقصر بودن و احساس خشم، به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش دهد، که این امر این نتیجه را در بر خواهد داشت که با کاهش احساسات منفی در والدین و متعاقب آن ایجاد روابط بهتر با کودک، عملکرد رفتاری این کودکان افزایش یافته باشد. از آنجا که بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در ارتباط با والدین و بخصوص مادران به وجود آمده و ادامه پیدا می‌کند، بنابراین آموزش رویکردهای منظم تقویتی و تنبیهی، و دیگر روش‌های اصلاح رفتار به آنان که بیش‌ترین زمان را با فرزندان خود می‌گذرانند، توانسته است، احتمال کاهش مشکلات رفتاری را در این کودکان افزایش دهد (کردستانی و همکاران، ۱۳۹۲).

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، پس از بررسی تأثیر پیش‌آزمون بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون ($F=32/322$) تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/0005$). نتایج تحلیل کوواریانس در این جدول نشان می‌دهد که تأثیر آموزش برنامه والدگری بارکلی بر کارکرد اجتماعی مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه-بیش فعالی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون معنادار نبوده است ($P>0/081$). لذا فرضیه فرعی سوم تأیید می‌گردد. بنابراین والدگری بارکلی بر کاهش افسردگی گروه آزمایش در پس‌آزمون تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون $0/545$ بوده است.

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، پس از بررسی تأثیر پیش‌آزمون بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون ($F=32/322$) تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/0005$). نتایج تحلیل کوواریانس در این جدول نشان می‌دهد که تأثیر آموزش برنامه والدگری بارکلی بر افسردگی مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه-بیش فعالی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون معنادار بوده است ($P<0/05$). لذا فرضیه فرعی چهارم تأیید می‌گردد. بنابراین والدگری بارکلی بر کاهش افسردگی گروه آزمایش در پس‌آزمون تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون $0/545$ بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش والدگری بارکلی بر سلامت روان مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه-بیش‌فعالیت صورت گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش والدگری بارکلی بر افزایش سلامت روان مادران کودکان بیش‌فعال-نقص توجه مؤثر بوده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش برنامه والدگری بارکلی بر بهبود سلامت روان کودکان پسر دارای اختلال

تمرین بخشش، باعث مدیریت رفتار کودک شد و در نتیجه تأثیر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سلامت عمومی آنها را ارتقاء بخشید.

مشکلات زیادی بر خانواده این کودکان سایه افکنده بود و خود مادران هم از اختلال روان شناختی رنج می‌برند که آموزش به مادران به آنها و در نتیجه کودکان آنها کمک کرد تا چرخه معیوب تعامل شکسته شود و الگوهای تعاملی و تقابلی حمایت‌کننده و مثبت به وجود آورد. به دلیل این که در بسیاری از موارد، تغییر رفتار مادران وقت و هزینه کمتری را می‌طلبد، تغییر را از خود آنها شروع شد. از آنجایی که آموزش مادران به بهبود رفتار آنها منجر شد و به دنبال آن رفتار کودک نیز تغییر کرد و رفتارهای تخریبی مادران و کودکان بیش فعال- نقص توجه کاهش یافت این آموزش‌ها به کاهش بیش‌فعالی- نقص توجه انجامید.

همچنین از دیگر نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان به تأثیر آموزش برنامه والدگری بارکلی بر بهبود علائم جسمانی مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی اشاره کرد، این نتایج همسو با پژوهش لازاروس (۲۰۰۰؛ به نقل از طهماسیان، ۱۳۹۱) است. او در این پژوهش به این نتیجه دست یافت که مداخله آموزشی می‌تواند با تصحیح بازخوردها و ادراک‌هایی که مادران نسبت به رفتارهای دشوار فرزندشان داشته‌اند، به افزایش توانایی مقابله در رویارویی با وظایف مادرگری منجر شود و کاهش تنیدگی و علائم جسمانی در مادران را همراه داشته باشد. در ارتباط با کاهش علائم جسمانی مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل باید به این نکته اشاره کرد که بسیاری از مشکلات جسمانی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه ناشی از تنیدگی والدین و عدم آگاهی از ماهیت اختلال و شیوه رفتار با کودک است.

پژوهش حاضر همچنین نشان داد که آموزش برنامه والدگری بارکلی بر کاهش اضطراب و اختلالات خواب مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی مؤثر بوده است.

این نتایج همسو با پژوهش آناستاپولوس و همکاران (۱۹۹۳)، اراهاوتباکر^۱ (۲۰۰۰)، بارلو و همکاران (۲۰۰۴)، شکتمن و همکاران (۲۰۰۵)، ترنر و ساندرز (۲۰۰۶)، کوهن

والدین با حضور در کارگاه‌های آموزشی مدیریت رفتار، شیوه‌های مطلوب فرزندپروری و تعامل با کودک را آموزش می‌بینند و همین امر سبب کاهش مشکلات کودک و مشکلات ارتباطی بین والدین و کودک می‌شود. این امر نیز در نهایت سبب کاهش مشکلات سلامت روان مادران می‌گردد (لويس، ۲۰۰۲؛ به نقل از فرماند، ۱۳۸۵)؛ و درعین حال باورها و استندهای نادرست و ناکارآمد مادران را اصلاح می‌نماید و این اصلاحات نیز در نهایت زمینه ساز ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی این مادران می‌گردد.

همچنین شرکت فعال مادران در جلسات در نتایج درمان تأثیر تعیین‌کننده‌ای دارد. انگیزه بالا، احتمال همکاری و پشتکار مادران را در اجرای دستورات و تکالیف خانگی افزایش می‌دهد. در نتیجه وجود انگیزه می‌تواند اثر زیادی بر فرایند درمان داشته و باعث اثربخشی مناسب آن شود. و نیز گروهی بودن این جلسات با ایجاد حس همدردی و انتقال تجارب در افزایش سلامت عمومی مادران مؤثر بوده است. در مورد اهمیت آموزش گروهی می‌توان گفت: گروه نه تنها راهبردهای رفتاری را در اختیار والدین قرار می‌دهد، بلکه مهم‌تر از آن فضای حمایتگر و همکارانه به وجود می‌آورد که مادران می‌توانند در آن به ابراز خود بپردازند و در نتیجه مشارکت بیشتر و تلاش افزون‌تری برای تغییر خود نشان دهند. افزایش و مهارت‌های مادران با شرکت در این برنامه آموزشی باعث می‌شود که والدین درک درستی از ماهیت بیش‌فعالی- نارسایی توجه کودک پیدا کنند، نحوه کنترل و مهارت‌های چالش برانگیز کودکان را یاد بگیرند و نگرش مثبت‌تری درباره روند پیشرفت کودکان داشته باشند و در نهایت سطح سلامت خود را ارتقاء دهند (لواک و همکاران، ۲۰۰۸). با جمع‌بندی مطالب بالا می‌توان گفت که برنامه آموزش مدیریت رفتاری باعث افزایش معناداری سطح سلامت عمومی مادران کودکان بیش‌فعال- نارسایی توجه شده است. به نظر می‌رسد، علت این تغییر معنادار را بتوان در برنامه آموزشی این مادران تبیین کرد. در طی جلسات آموزشی آشنا کردن مادران با خصوصیات این کودکان، نحوه برقراری ارتباط صحیح با آنها، افزایش توجه به رفتارهای مثبت کودک و به کارگیری سیستم ژتونی برای تغییر رفتار، تقویت مثبت، نادیده گرفتن، استفاده از تشویق به جای تنبیه و

و کارتر (۲۰۰۶)، توسط دانفورث و همکاران^۱ (۲۰۰۶)، روشن‌بین (۱۳۸۵)، است که نتایج آن حاکی از این است که آموزش و ارائه شیوه‌های مدیریت رفتار به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی باعث بهبود پیامدهای کوتاه مدت و نیز درازمدت سلامت روانی-اجتماعی مادران می‌شود به طوری که اضطراب و استرس مادران را کاهش و سازگاری زناشویی، عزت نفس و اعتمادبه‌نفس آنها را افزایش داده و موجب احساس مثبت مادران نسبت به نقش خود می‌شود.

از آنجایی که نگرش والدین نسبت به مشکل کودک و فرایند درمان در اثربخشی هر برنامه مرتبط با کودکان مؤثر است. طی جلسات آموزشی تلاش شد تا قبل از هر چیز، والدین باید بدانند که علت ایجاد اختلال نیستند و این که بسیاری از مشکلات کودک را می‌توان درمان کرد. لذا قسمتی از اثربخشی این برنامه را نیز می‌توان به اطلاع‌رسانی والدین در خصوص مشکلات کودکان و فرایند درمان نسبت داد که به عنوان بخشی از برنامه در آن گنجانده شده است. با افزایش اطلاعات و آگاهی والدین، نگرانی‌ها و اضطراب مادران را کاهش داده شد. از دلایل دیگری می‌توان از همکاری پدر به عنوان متغیر تأثیر در کاهش اضطراب مادران یاد کرد. لذا انتقال مطالب جلسات به پدران و جلب همکاری آنان نقش مؤثری در یادگیری و اجرای مطالب داشت. به علاوه این همکاری توانست باعث افزایش روابط همسران و بهبود تعاملات آنان در تربیت و اداره کودک شود. با افزایش تعامل، هماهنگی، همکاری بین زوجین و حمایت‌های عاطفی پدر از مادر، اضطراب مادر و نیز مشکلات روانی حاصل از احساس تنهایی، درماندگی، بی‌لیاقتی، اختلال خواب و ناتوانی در مادران کاهش یافت.

والدگری بارکلی بر افزایش کارکرد اجتماعی گروه آزمایش در پس‌آزمون تأثیر نداشته است. این نتایج ناهمسو با پژوهش اسپیکرز و همکاران (۲۰۱۰)، است که نتایج آن حاکی از این است که اثربخشی برنامه فرزندپروری موجب ارتقاء رضایت و کارآمدی، حس کلی صلاحیت والدین، کارکرد اجتماعی و کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری می‌شود.

شاید علت این نتیجه آن باشد که شرکت در این برنامه و آموزش والدگری بارکلی به مادران توانسته است باعث افزایش کارکرد اجتماعی شود و در این بعد مؤثر واقع شود.

همچنین بر اساس نتایج به دست آمده، بنابراین والدگری بارکلی بر کاهش گروه آزمایش در پس‌آزمون تأثیر داشته است. این نتایج همسو با پژوهش ساندرز و مک‌فال‌اند (۲۰۰۰)، زوبریک و همکاران (۲۰۰۱)، راجرز و همکاران (۲۰۰۳)، ساندرز (۲۰۰۵)، محرری و همکاران (۱۳۸۸)، است که نتایج آن حاکی از این است که در اثر آموزش مدیریت رفتاری، افسردگی و تعارضات والدین در مورد تربیت کودک کاهش یافته و سازگاری زناشویی نیز افزایش می‌یابد. همچنین بهبود مهارت‌های والدگری عوامل استرس‌زای والدین را تحت تأثیر قرار داده و عواملی مثل افسردگی، عصبانیت و سطوح بالای استرس را از طریق تقلیل می‌دهد. در تدوین چگونگی اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری مادران در کاهش افسردگی لازم است این واقعیت را در نظر داشته باشیم که مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه از افسردگی رنج می‌برند.

حضور در کارگاه آموزشی مدیریت رفتاری باعث ایجاد همدلی جمعی در مادران شده، به آنها کمک کرد تا متوجه شوند این مشکل مختص آنها نیست؛ در نتیجه احساس افسردگی در آنها کمتر شد. در نتیجه احساس افسردگی در آنها کمتر شد.

بر این اساس می‌توان به پیامد عملی این پژوهش اشاره کرد به این صورت که با آموزش مهارت‌های مناسب و کارآمد برنامه والدگری بارکلی با هدف افزایش سطح سلامت روان مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه به بهبود سطح سلامت خانواده و جامعه کمک نمود.

از آنجا که هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌رو است و این پژوهش نیز از این امر مستثنا نیست. عدم وجود مرحله پیگیری یکی از محدودیت‌هاست و به دلیل آنکه در این پژوهش از روش آموزش گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود این شیوه درمانی به صورت فردی نیز انجام شود و پیشنهاد می‌شود این مداخله در دیگر مقاطع تحصیلی و دیگر گروه‌های سنی و جنسی اجرا و اثربخشی آن آزموده شود.

منابع

- بارکلی، ر. (۲۰۱۳). آموزش کودکان با نقص توجه - بیش فعالی، ترجمه؛ احمد عابدی، عادلہ شعربافزاده (۱۳۹۴)، تهران: انتشارات جنگل.
- بیرامی، م. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران پسران دبستانی مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده بر سلامت روانی و شیوه‌های تربیتی آنها، مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، ۱۱(۲)، ص ۱۱۴-۱۰۵.
- تقوی، س. م. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q)، مجله روان‌شناسی، ۵(۴)، ۳۹۸-۳۸۱.
- جعفری، ب. س؛ موسوی، ر؛ فتحی آشتیانی، ع و خوشابی، ک. (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان با اختلال نقص توجه - بیش فعالی. فصلنامه خانواده پژوهی، ۶(۴)، ۴۹۷-۵۱۰.
- حاجی سید جوادی، ط؛ برجعلی، م. و برجعلی، آ. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش رفتاری بارکلی به والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی در کاهش علائم. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۷(۶)، ص ۵۲-۴۸.
- درخشانپور، ف؛ خاکی، س؛ شاهینی، ن؛ وکیلی، م. ع و ثاقبی، ع. (۱۳۹۵). پژوهشی با عنوان ارتباط سلامت روانی مادران با سبک فرزندپروری در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص - توجه. (۳) ۱۸، ۱۵۵-۱۵۱.
- روشن‌بین، م؛ پور اعتمادی، ح و خوشابی، ک. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزند پروری مثبت بر استرس مادران کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به بیش فعالی - نقص توجه. فصلنامه خانواده پژوهی ۳(۱)، ۵۷۲-۵۶۰.
- طهماسیان، ک و چیمه، ن. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مدیریت رفتار بر تنیدگی والدینی مادران کودکان در خود مانده. فصلنامه روان‌شناسی تحولی، (۲۱)، ۲۷۸-۲۶۹.
- عربی، س؛ دانش، ع؛ کاکاوند، ع؛ سلیمی نیا، ع و امیرغفاری، م. (۱۳۹۲). نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۲(۳)، ص ۱۴۶-۱۳۹.
- فرم‌اند، آ. (۱۳۸۵). سودمندی درمان ترکیبی: برنامه گروهی فرزند پروری و دارو درمانی بر علائم و شیوه‌های تربیتی کودکان ۱۲-۲ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی. رساله دکتری روان پزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- قشنگ، ن. (۱۳۸۲). تأثیر آموزش مادران بر کاهش تنیدگی رابطه مادر-کودک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- کجباف، م. ب؛ شیرازی تهرانی، ع؛ میر دریکوند، ف و مظاهری، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین بر سلامت عمومی مادران کودکان بیش فعال. فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۱(۱)، ۱۲۲-۱۰۳.
- کردستانی، د؛ رادمنش، ح؛ سالاری، م؛ امیری، م و فرهودی، ف. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر روش‌های اصلاح رفتار به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بر کاهش استرس والدگری و افزایش عملکرد فرزندان. مجله علوم رفتاری، ۷(۳)، ۲۶۹-۲۶۳.
- محرری، ف؛ شهریور، ز و تهرانی دوست، م. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش «برنامه تربیت سازنده» به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / کم‌توجهی. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۱(۱)، ۴۰-۳۱.
- محمد اسماعیل، آ. (۱۳۸۵). بازی درمانی، نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی. تهران: نشر دانژه.
- مفتاق، د؛ محمدی، ن و نجیمی، آ. (۱۳۹۱). بررسی روش‌های مختلف درمان کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی بر سلامت روان مادران، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۴(۲): ص ۲۴۵-۲۵۱.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J. & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for aAttention deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal of Psychology*, 21, 581-596.
- Barkley, R. A., Karlsson, J., & Pollard, S. (1985). Effects of age on the mother-child interactions of hyperactive children. *Journal of Abnormal Child psychology*, 13, 631-638.
- Barlow, j., & Coren, E. (2004). Parent training programs for improving maternal psychosocial health. *Coherence Database System Review*, 1, 2020.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. A., & Epstain, J. N. (1998). Revision and restandardization of the Conners' Teacher Rating Scale: Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (4), 279-292.
- Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 555-569.
- Danforth, J., Harvey, E., Wendy, R., Ulaszek, T., & McKee, TE. (2006). The outcome of group parent training for families of deficit/aggressive behavior. *Clinical Psychiatry*;37:188-205.
- Das Benerjee, T. D., Middleton. F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 96,1269-1274.

- Zubrick SR. 2005. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family Intervention.14: 1-18.
- Dean, C., Myers, K., & Evans, E. (2003). Community-wide implementation of a parenting program: The South East Sydney positive parenting project. *Australian ejournal for the Advancement of mental Health*.2(3).
- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, G., Brown, S., Bayliss, S., Taylor, R., Sandercock, J., & Hyde, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programs for children with conduct problems. University of Birmingham, U. K. [Online]. Available: <http://www.camph.com>.
- Erhardt, D., & Baker, B. (2000). The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 21(2), 121-132.
- Gillberg, C. (2003). Deficits in attention, motor control, and perception: A brief review. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 904-910.
- Kadesjo, C., Hagglof, B., & Gillberg, C. (2003). ADHD with and without ODD in 3-7 children. *Journal of Developmental Medicine and Child Neurology*, 45, 693-699.
- Kuhn, C., Carter, S. (2006). Maternal Self-Efficacy and Associated Parenting Cognitions among Mothers of Children with Autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, (4), 564-575.
- Lamb, K. (2006). Addressing the challenges of parenting: Parent training with parents.
- Levac, A. M., Mcmay, A., Merkam, P., & Reddon-Darcy, M. L. (2008). Exploring parent participation in parent training program for children aggression: understanding and illuminating mechanisms of change. *Journal of child and adolescent psychiatry nursing*, 21(2), 78-88.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2003). *Child psychopathology*. New York: Guilford press.
- Pelham, J., Carlson, C., Sams, S. E., Vallano, G., Dixon, M. J., Hoza, B., & Swanson, J. M., (1998). Separate and combined effects of methylphenidate and behavior modification on boys with attention deficit-hyperactivity disorder in the classroom.
- Rogers, H., Cann, W., Cameron, D., Littlefield, L., & Lagioia, V. (2003). Evaluation of the family intervention service for children presenting with characteristics associated with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian e-Journal for the Advancement of mental Health*.2(3).
- Sanders, M. R., & Turner, K. T. (2006). The efficacy of the Triple P-positive parenting program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions [On-line]. Available: <http://www.unifr.ch>.
- Sanders, M.R., & McFarland, M. (2000). The treatment of depressed mothers with disruptive children: A comparison of parent training and cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy*, 31, 89-112.
- Shechtman, Z., & Gilat, I. (2005). The effectiveness of counseling groups in reducing stress of parents of children with learning disabilities. *Group Dynamics*, 9(4), 275-286.