

The Effectiveness of a Positive Parenting Program on General Health and Marital Adjustment of Mothers of Children with ADHD

Atieh Hajbabay Ravandi 

Ph.D. student of Psychology and Exceptional Children, Islamic Azad University of Central Tehran, Branch, Tehran, Iran.

Parisa Tajali *

Assistant professor, Department of General Exceptional Psychology, Faculty of Psychology and Education, Islamic Azad University of Central Tehran, Branch, Tehran, Iran.

Afsane Ghanaripناه 

Assistant professor, Department of Education and Counseling, Faculty of Psychology and Education, Islamic Azad University of Central Tehran, Branch, Tehran, Iran.

Mansooreh Shahriari Ahmadi 

Assistant professor, Department of General Exceptional Psychology, Faculty of Psychology and Education, Islamic Azad University of Central Tehran, Branch, Tehran, Iran.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a positive parenting program on general health and marital adjustment of mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). The quasi-experimental research design was pretest-posttest and follow-up with the control group. The statistical population of this study included all mothers of students aged 7 to 11 years with ADHD (dominant hyperactivity) in the academic year 1401-1400 in Tehran. The sample size consisted of 30 people who were selected by available sampling method and placed in two experimental and control groups. A positive parenting program was implemented for the experiment group, while the control group did not receive any training. The research tool included the General Health

* Corresponding Author: p_tajalli@yahoo.com

How to Cite: Hajbabay Ravandi, A., Tajali, P., Ghanaripناه, A., Shahriari Ahmadi, M. (2022). The Effectiveness of a Positive Parenting Program on General Health and Marital Adjustment of Mothers of Children with ADHD, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 13(51), 207-230.


Questionnaire (Goldberg & Hillier, 1972) and Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976). The results indicated that a positive parenting program improved the general health and marital adjustment. The findings of this study provide a beneficial information about positive parenting program. Counselors and psychologists might practice these interventions to improve the general health and marital adjustment of mothers of children diagnosed with ADHD.

Keywords: Positive Parenting Program, General Health, Marital Adjustment, Mothers, ADHD.



اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی


دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

عطیه حاجی بابایی راوندی 


استادیار گروه روان‌شناسی استثنایی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

پریسا تجلی  *

استادیار گروه تربیت و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

افسانه قنبری پناه 

استادیار گروه روان‌شناسی استثنایی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

منصوره شهریار احمدی 

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بود. طرح پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای دانش‌آموزان ۷ تا ۱۱ ساله با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (بیش‌فعالی غالب) در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ شهر تهران بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. برای گروه آزمایشی، برنامه آموزش فرزندپروری مثبت‌نگر اجرا شد درحالی‌که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۲) و مقیاس سازگاری زناشویی (اسپانیر، ۱۹۷۶) بود. نتایج نشان داد

که برنامه فرزندپروری مثبت باعث بهبود سلامت عمومی و سازگاری زناشویی شده است. یافته‌های این پژوهش اطلاعات مفیدی را در ارتباط با برنامه آموزشی فرزندپروری مثبت فراهم می‌کند و مشاوران و روان‌شناسان می‌توانند برای بهبود سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از این مداخله استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: فرزندپروری مثبت، سلامت عمومی، سازگاری زناشویی، مادران، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی.

مقدمه

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی تحولی در کودکان و نوجوانان است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری از ویژگی‌های اولیه این اختلال هستند (روبیا^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). میزان شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در کودکان ۵٫۹ درصد و در بزرگسالان ۲٫۵ درصد گزارش شده است (فارون^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). افراد مبتلا به این اختلال بیشتر درگیر بزهکاری، رفتار مجرمانه و مصرف مواد (یونگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۸)، تجربه بارداری زود هنگام یا ناخواسته (اونس^۶ و همکاران، ۲۰۱۷) و تجربه چالش در تحصیل و کار هستند (ساونی^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). مشکلات و بیماری‌های همراه نیز از جمله اضطراب و افسردگی در این افراد شایع هستند که اغلب در دوران کودکی ایجاد می‌شوند (پاول^۸ و همکاران، ۲۰۲۰).

زندگی با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به‌صورت عاملی تنش‌زا برای خانواده درک شده و همه جنبه‌های خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کریم‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰). در این بین مادر- به‌عنوان عضوی از این مجموعه که دارای بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک است- می‌تواند در معرض خطر بیشتری باشد (جعفری و همکاران، ۱۳۸۹). در همین راستا، نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که اگرچه برخی از مادران به‌خوبی با مشکلات روبرو می‌شوند، اما در کل مادران دارای کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی نسبت به مادران کودکان عادی، سلامت عمومی پایین‌تری دارند (سپهرمنش، ۲۰۱۷، یوسف^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج مطالعات حاکی از این است که در

-
1. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
 2. American Psychiatric Association
 3. Rubia, K
 4. Faraone, S.V
 5. Young, S
 6. Owens, E.B
 7. Sawhney, I
 8. Powell, V
 9. Yousef, A. M

خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، میزان مصرف الکل (الیرتسن^۱ و همکاران، ۲۰۱۷) تنیدگی والدین (لیتیج^۲ و همکاران، ۲۰۱۹) احساس بی‌کفایتی در والدگری (باینسکی^۳ و همکاران، ۲۰۱۶)، محدودیت روابط و تعارض زناشویی (شرمهورن^۴ و همکاران، ۲۰۱۲)، جدایی و طلاق (هکل^۵ و همکاران، ۲۰۰۹)، خشم (والن^۶ و همکاران، ۲۰۰۹)، افسردگی و انزوا بیشتر است (کریم‌زاده و همکاران، ۲۰۲۰). شایع‌ترین اختلالات مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شامل اختلال‌های افسردگی (چو^۷ و همکاران، ۲۰۲۱)، اختلال اضطرابی (مارتین^۸ و همکاران، ۲۰۲۱) و اختلال وسواسی جبری (پدرازا و کافی^۹، ۲۰۱۳) است.

از سوی دیگر داشتن فرزند دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی منجر به کاهش کیفیت زندگی، گوشه‌گیری، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و احساس طرد شدن می‌گردد و در پی این اختلالات احتمال تعارض زناشویی^{۱۰} در والدین کودکان با این اختلال افزایش می‌یابد (شرمهورن و همکاران، ۲۰۱۲). تعارض زناشویی ممکن است به‌عنوان یک کشمکش، درگیری، نزاع، اختلاف یا مجادله بین زن و شوهر و گاهی اوقات با سایر اعضای خانواده، بر سر نیازها، عقاید، باورها، ارزش‌ها یا اهداف متضاد تعریف شود (اولگوبنگا^{۱۱}، ۲۰۱۸). هنگامی که بین ایفای نقش و انتظارات نقش همسران تعارض وجود داشته باشد، منجر به ناسازگاری روابط زن و شوهر و اختلالات زناشویی می‌شود (تاسو و گتاهون^{۱۲}، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد تنش ناشی از تعارض زناشویی در چارچوب

1. Eilertsen, E. M
2. Leitch, S
3. Babinski, D. E
4. Schermerhorn, A. C
5. Heckel, L. D
6. Whalen, C. K
7. Chou, W. J
8. Martin, C. A
9. Pedraza, J. D., Coffey, B
10. Marital conflict
11. Olugbenga, A. J
12. Tasew, A.S., Getahun, K.K

روابط بین زوجین باقی نمی ماند و دیگر روابط درون خانوادگی به خصوص روابط فرزندان را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (کرفت^۱ و همکاران، ۲۰۲۱، آداری^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). در راستای این مطالعات، والرئوس^۳ و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند خانواده هایی که فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی دارند، فرزندان آن ها دارای هیجانات ناخوشایند بیشتری هستند و این هیجانات منفی پیش بینی کننده آزار، اذیت و استرس روزانه برای والدین و تعارض زناشویی می باشد.

با توجه به اینکه تحقیقات نشان می دهند که عوامل خانوادگی مثل مشکلات روانی والدین در رشد و حفظ مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی نقش مهمی دارند لذا از جمله روش های مؤثر جهت پیشگیری از این اختلال، مداخلاتی است که والدین را مورد هدف قرار دهند (دین^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). در میان گستره وسیعی از مداخلات درمانی، والدین به عنوان عامل کلیدی تغییر رفتارهای ضداجتماعی در نظر گرفته می شوند؛ بنابراین حل و فصل مشکلات تنیدگی والدینی به خصوص مادران منجر به ارتقاء بهداشت روانی آن ها و عملکرد بهتر در ایفای نقش والدگری می شود (فرشاد و همکاران، ۱۳۹۷). در این راستا برنامه فرزندپروری مثبت برنامه راهبردی چندسطحی درباره فرزندپروری و با روی آورد پیشگیرانه و حمایتی نسبت به خانواده ها است که توسط ساندرز^۵ (۲۰۰۳) در دانشگاه کویینزلند در استرالیا تدوین شده است (به نقل از حاتمی فر و همکاران، ۱۳۹۹). محتوای این برنامه بر اساس مدل یادگیری اجتماعی بندورا است که تعامل والد-کودک و ماهیت دوسویه بودن این تعاملات را برجسته می سازد (عاشوری و همکاران، ۲۰۱۹). این برنامه به ویژه برای والدین کودکانی که رفتارهای مداوم سرکشی، نافرمانی، پرخاشگرانه و به طور کلی ناراحت کننده دارند مفید است (ساندرز، ۲۰۱۲). هدف این برنامه ارتقای تعامل مثبت بین کودک و والد از طریق توسعه مهارت های والدگری

-
1. Craft, A.L
 2. Adare, A.A
 3. Walerius, D. M
 4. Dean, C
 5. Sanders, M. R

است، همچنین به زوج‌ها، مهارت‌ها و راهکارهای مؤثر ارتباطی برای کاهش افسردگی، خشم، اضطراب و تنیدگی بالا می‌آموزد (ساندرز، ۲۰۰۸). در حقیقت این برنامه نوعی برنامه آموزش والدین است که بر خودکارآمدی مادر بر مدیریت و کنترل رفتار متمرکز است و از طریق آموزش والدین در جهت ارتقاء تحول کودک، دستیابی به حس شایستگی اجتماعی و خویش‌داری را در والدین هموار می‌سازد (اسپیکرز^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج مطالعه جعفری و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که شرکت در برنامه آموزش فرزندپروری مثبت، مشکلات سلامت روان عمومی (جسمانی‌سازی، افسردگی، اضطراب و ناکارآمدی اجتماعی) مادران دارای کودک با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی را کاهش می‌دهد. مطالعه اصلانی و همکاران (۱۳۹۵) نیز حاکی از اثربخشی آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت بر تعارض زناشویی، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی مادران کودکان مدارس ابتدایی شهر اهواز بود. همچنین نتایج پژوهش ارکان^۲ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که برنامه فرزندپروری باعث ارتقاء سلامت روانی والدین، کاهش رفتار مشکل‌ساز نوجوانان و کاهش مشکلات بین نوجوانان و والدین آن‌ها می‌شود.

با توجه به اینکه پژوهش‌های گذشته عمدتاً بر مشکلات مختلف کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تمرکز داشته‌اند و به مشکلات والدین این کودکان کمتر توجه شده است (پارک^۳ و همکاران، ۲۰۱۷، ویمبس^۴ و همکاران، ۲۰۱۵) و همچنین اهمیت انکارناپذیر توجه به فرزندپروری و اهمیت نقش مادران در بحث فرزندپروری و با عنایت به این که درباره شناسایی تأثیرگذاری آموزش فرزندپروری مثبت به مادران و تأثیری که بر سلامت عمومی و تعارض زناشویی دارد پژوهش‌های محدودی وجود دارد؛ بنابراین پرسش اصلی پژوهش این بود که آیا آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

-
1. Spijkers, W
 2. Arkan, B
 3. Park, J.L
 4. Wymbs, B.T

اثر بخش است؟

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی مادران دارای دانش‌آموزان ۷ تا ۱۱ ساله با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (بیش‌فعالی غالب) در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ شهر تهران بودند که با توجه به شرایط کرونایی حاکم بر جامعه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر از مراجعه‌کننده‌های مرکز مشاوره پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی انتخاب شدند. افراد انتخاب‌شده در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. پرسشنامه‌های مقیاس سلامت عمومی و مقیاس سازگاری زناشویی در مرحله پیش‌آزمون از گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. در مرحله بعد، برای گروه آزمایشی برنامه فرزندپروری مثبت اجرا و پس از طی دوره آموزشی بار دیگر ارزیابی‌های مربوط با گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری ۱ ماهه انجام شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دارا بودن فرزند ۷ تا ۱۱ سال، دارا بودن فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع غالب بیش‌فعالی با تشخیص روان‌پزشک که بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر ندارد، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی روان‌شناختی دیگر. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ^۱ (۱۹۷۲): این پرسشنامه ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر^۲ (۱۹۷۲) طراحی شده است که در یک مقیاس چهاردرجه‌ای از کاملاً موافق (نمره ۴)

1. General Health Questionnaire (GHQ)

2. Goldberg, D. P., & Hillier, V. F

تا کاملاً مخالف (نمره ۱) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود که نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر و بالاتر و بالعکس است. این پرسشنامه شامل چهار خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. در مطالعه کی‌یس^۱ (۱۹۸۴) ثبات درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۹۳ به دست آورد. در نمونه ایرانی نیز تقوی (۱۳۸۰)، به نقل از صادقی و مظاهری، (۱۳۸۴) اعتبار پرسشنامه را به سه روش دوباره-سنجی، تصفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرده است و روایی هم‌زمان این پرسشنامه از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه بیمارستان مدلسکس^۲ (M.H.Q) انجام گردید که ضریب همبستگی ۰/۵۵ حاصل شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس سازگاری زناشویی^۳ (DAS): این پرسشنامه توسط اسپانیر^۴ (۱۹۷۶) با هدف ارزیابی سازگاری و کیفیت رابطه زناشویی تنظیم شده است. تعداد ۳۲ گویه دارد و با طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره کلی این مقیاس از صفر تا ۱۵۱ با جمع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید. این پرسشنامه، سازگاری زناشویی را در چهار بعد توافق دو نفری، ابزار محبت، رضایت زناشویی و همبستگی دو نفری می‌سنجد. اسپانیر (۱۹۷۶) ضریب همسانی درونی آن را ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ گزارش کرده است. در ایران نیز مولوی و همکاران (۱۳۷۸) پایایی به دست آمده با استفاده از روش تصفی برابر با ۰/۹۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برآورد کرد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ به دست آمد.

برنامه فرزندپروری مثبت یکی از انواع برنامه‌های آموزش مدیریت والدین است که توسط ساندرز^۵ و همکاران (۲۰۱۲) تدوین شده است. خلاصه جلسات درمانی در جدول

-
1. Keyes, S
 2. Middlesex Hospital Questionnaire (M.H.Q.)
 3. Dyadic Adjustment Scale
 4. Spanier, G. B
 5. Sanders, M. R

(۱) ارائه شده است:

جدول ۱. جلسات آموزش فرزندپروری مثبت

جلسات	اهداف درمانی	تکلیف
جلسه اول	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب و توضیح اجمالی اختلال ADHD و برنامه فرزندپروری مثبت	تعیین لیستی از مشکلات تعاملی خود با فرزندشان
جلسه دوم	توضیح و تشریح عوامل مؤثر بر رفتار کودک و فرزندپروری و کمک به مادران برای کسب توانایی تعیین اهداف برای تغییر در رفتار خود و کودک	شناسایی عوامل مؤثر بر تعارضات مادر و کودک
جلسه سوم	آموزش شیوه‌های تقویت تعاملات مثبت بین مادر و کودک و افزایش کارآمدی رفتاری، هوشی، زبانی، عاطفی، اجتماعی کودکان از طریق مهارت‌های فرزندپروری مثبت	تعیین لیستی از رفتارهای مثبت با کودک
جلسه چهارم	آموزش شیوه‌های کنترل رفتار نامطلوب خفیف و شدید کودک	تعیین لیستی از رفتارهای نامطلوب کودک
جلسه پنجم	آموزش کنترل کودک در موقعیت‌هایی با کنترل پایین و ارائه راهکارهایی به منظور بقای خانواده	تبدیل تعاملات منفی به تعاملات مثبت در موقعیت‌های ناراحت کننده
جلسه ششم	اجرای دستورات و موارد آموزش داده شده به مدت دو هفته و پیگیری تلفنی توسط درمانگر و ارائه راهنمایی‌های لازم در صورت وجود مشکلات	تعیین لیستی از جایگزینی تعاملات مثبت بجای منفی
جلسه هفتم	اجرای دستورات و موارد آموزش داده شده به مدت دو هفته و پیگیری تلفنی توسط درمانگر و ارائه راهنمایی‌های لازم در صورت وجود مشکلات	تعیین لیستی از جایگزینی تعاملات مثبت بجای منفی
جلسه هشتم	بررسی و شرح موانع حفظ تغییرات و اصلاح‌های صورت گرفته و ارائه راه‌حل‌هایی جهت حفظ تغییرات	تعیین تأثیر نتیجه تعاملات

پس از انتخاب افراد و گمارش تصادفی شرکت کنندگان به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، بر اساس اصول اخلاقی در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به آن‌ها ارائه شد، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه گیری کلی منتشر می‌شوند و آن‌ها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت کنندگان گرفته شد. پرسشنامه‌ها ابتدا توسط هر دو

گروه تکمیل شد و سپس برای گروه آزمایش، برنامه فرزندپروری مثبت به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه توسط درمانگر مجرب و دارای تجربه برگزار گردید و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمان، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی، سلامت عمومی و سازگاری زناشویی پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار spss نسخه ۲۳ و از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (نرمال بودن با استفاده از شاپیرو-ویلک، همسانی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، آزمون موچلی جهت کرویت) در سطح معناداری برابر ۰/۰۵ تحلیل شد. بر اساس اصول اخلاقی در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به افراد داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شود و آن‌ها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند و رضایت‌نامه کتبی از همه آزمودنی‌ها گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه آزمایش ($2/36 \pm 34/82$) و گروه کنترل ($2/52 \pm 35/46$) بود. در گروه آزمایش ۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد) دارای مدرک دیپلم و ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) لیسانس و بیشتر بودند و در گروه کنترل ۹ نفر (۶۰ درصد) مدرک دیپلم و ۶ نفر (۴۰ درصد) لیسانس و بیشتر داشتند. داده‌های مربوط به متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
علائم جسمانی	آزمایش	۱۱/۱۳	۱/۳۵	۸/۲۰	۱/۲۰	۸/۶۶
	کنترل	۱۱/۲۶	۰/۸۸	۱۱/۷۳	۱/۰۳	۱۱/۴۶
اضطراب و اختلال خواب	آزمایش	۱۱/۹۳	۱/۲۷	۸/۲۶	۱/۲۲	۸/۶۰
	کنترل	۱۱/۹۰	۱/۲۲	۱۱/۵۳	۱/۰۶	۱۱/۶۰

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اختلال در کارکرد اجتماعی	آزمایش	۹/۴۶	۱/۸۸	۶/۴۰	۱/۲۹	۶/۴۶	۱/۳۰
	کنترل	۹/۱۳	۱/۳۵	۸/۸۰	۱/۴۷	۹/۰۳	۱/۶۴
افسردگی	آزمایش	۱۱/۴۶	۱/۵۵	۹/۰۰	۱/۴۶	۹/۰۰	۱/۳۶
	کنترل	۱۲/۲۰	۱/۸۲	۱۱/۸۶	۱/۴۵	۱۱/۷۳	۱/۴۸
سلامت عمومی	آزمایش	۴۴/۰۰	۳/۵۸	۳۱/۸۶	۲/۶۴	۳۲/۷۳	۲/۹۳
	کنترل	۴۴/۵۳	۲/۵۰	۴۳/۹۳	۲/۲۸	۴۴/۱۳	۲/۷۱
توافق دو نفری	آزمایش	۲۳/۴۶	۲/۱۶	۳۲/۶۰	۳/۱۱	۳۲/۲۶	۳/۱۲
	کنترل	۲۲/۶۶	۳/۰۸	۲۳/۲۰	۲/۷۸	۲۳/۴۰	۲/۵۵
ابزار محبت	آزمایش	۳/۸۰	۱/۶۵	۶/۹۳	۱/۷۹	۶/۶۶	۱/۸۳
	کنترل	۳/۴۶	۱/۳۰	۳/۷۳	۱/۳۸	۳/۶۰	۱/۴۵
همبستگی دو نفری	آزمایش	۸/۶۶	۱/۷۱	۱۴/۸۶	۱/۸۰	۱۴/۶۰	۱/۸۸
	کنترل	۸/۸۰	۱/۹۷	۸/۸۴	۱/۸۸	۸/۲۰	۲/۰۴
رضایت زناشویی	آزمایش	۱۷/۴۶	۲/۶۴	۲۲/۶۶	۳/۶۱	۲۲/۴۶	۳/۷۵
	کنترل	۱۶/۸۶	۱/۵۰	۱۷/۴۰	۲/۵۰	۱۷/۴۰	۲/۴۷
سازگاری زناشویی	آزمایش	۵۳/۴۰	۳/۵۰	۷۷/۰۶	۴/۷۴	۷۶/۰۰	۴/۷۸
	کنترل	۵۱/۸۰	۳/۵۸	۵۳/۲۰	۲/۶۵	۵۲/۶۰	۳/۹۴

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نمرات پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش در مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی کاهش و در مؤلفه‌های همدلی افزایش داشته است؛ اما در گروه کنترل نمرات در هر سه دوره تفاوت چندانی با هم ندارند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است ($P > 0/01$). از آزمون لوین برای رعایت پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد واریانس مؤلفه‌های علائم جسمانی ($F=2/301, P > 0/05$)، اضطراب و اختلال خواب ($F=0/222, P > 0/05$)، اختلال در کارکرد اجتماعی ($P > 0/05$)،

($F=0/805$)، افسردگی ($F=1/914$ ، $P>0/05$)، توافق دو نفری ($F=0/022$ ، $P>0/05$)، ابزار محبت ($F=0/775$ ، $P>0/05$)، همبستگی دو نفری ($F=0/504$ ، $P>0/05$) و رضایت زناشویی ($F=3/66$ ، $P>0/05$) در گروه‌ها برابر است. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس - گایزر در مدل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کواریانس برقرار است.

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای

مؤلفه‌های پژوهش

مؤلفه	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
علائم جسمانی	مراحل	۲۸/۱۵	۱/۶۷	۱۶/۸۵	۲۵/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰۰
	تعامل مراحل و گروه	۴۸/۰۲	۱/۶۷	۲۸/۷۵	۴۴/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰۰
	خطا	۳۰/۴۸	۴۶/۷۶	۰/۶۵۲				
اضطراب و اختلال خواب	مراحل	۷۵/۳۵	۱/۷۳	۴۳/۳۵	۴۶/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰۰
	تعامل مراحل و گروه	۴۹/۳۵	۱/۷۳	۲۸/۳۹	۳۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱/۰۰۰
	خطا	۴۵/۲۸	۴۸/۶۶	۰/۹۳				
اختلال در کارکرد اجتماعی	مراحل	۵۱/۸۰	۱/۷۱	۳۰/۱۴	۵۴/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰۰
	تعامل مراحل و گروه	۴۱/۳۵	۱/۷۱۹	۲۴/۰۶	۴۳/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰۰
	خطا	۲۶/۸۴	۴۸/۱۲	۰/۵۵				
افسردگی	مراحل	۴۱/۱۵	۱/۸۳	۲۲/۴۳	۶۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰۰
	تعامل مراحل و گروه	۲۱/۴۲	۱/۸۳	۱۱/۶۷	۳۱/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰۰
	خطا	۱۸/۷۵	۵۱/۳۷	۰/۳۶۵				
توافق دو نفری	مراحل	۴۶۰/۸۶	۱/۱۴	۴۰۳/۴۴	۸۷/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰۰
	تعامل مراحل و گروه	۳۴۸/۲۸	۱/۱۴	۳۰۴/۸۹	۶۶/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰۰
	خطا	۱۴۶/۸۴	۳۱/۹۸	۴/۵۹				
ابزار محبت	مراحل	۵۱/۸۰	۱/۵۸	۳۲/۶۲	۱۱۸/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰۰
	تعامل مراحل و گروه	۳۹/۲۶	۱/۵۸	۲۴/۷۲	۸۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰۰
	خطا	۱۲/۲۶	۴۴/۴۶	۰/۲۷				

مؤلفه	منبع	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
همبستگی دو نفری	مراحل	۱۷۱/۴۶	۱/۵۶	۱۰۹/۶۰	۷۰/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰۰
	تعامل مراحل و گروه	۲۰۱/۱۵	۱/۵۶	۱۲۸/۵۸	۸۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۰۰۰
	خطا	۶۸/۰۴	۴۳/۸۰	۱/۵۵				
رضایت زناشویی	مراحل	۱۵۸/۸۲	۱/۱۶	۱۳۵/۹۰	۴۹/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰۰
	تعامل مراحل و گروه	۱۰۴/۴۲	۱/۱۶۹	۸۹/۳۵	۳۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰۰
	خطا	۹۰/۰۸	۳۲/۷۲	۲/۷۵				

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای علائم جسمانی (۴۴/۱۰)، اضطراب و اختلال خواب (۳۰/۵۱)، اختلال در کارکرد اجتماعی (۴۳/۱۳)، افسردگی (۳۱/۹۸)، توافق دو نفری (۶۶/۴۱)، ابزار محبت (۸۹/۶۳)، رضایت زناشویی (۸۲/۷۷) و همبستگی دو نفری (۳۲/۴۵) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش (سلامت عمومی و سازگاری زناشویی) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت آموزش فرزندپروری مثبت با گروه کنترل در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت تعیین اثر مداخله بر متغیرهای پژوهش

مؤلفه	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
علائم جسمانی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱/۲۳۳	۰/۱۹۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱/۱۳۳	۰/۲۲۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۱۰۰	۰/۱۴۹	۱/۰۰۰
اضطراب و اختلال خواب	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۳/۷۱۹	۰/۴۲۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۳/۶۵۶	۰/۴۴۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۰۷۲	۰/۱۳۶	۱/۰۰۰
اختلال در کارکرد اجتماعی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱/۷۰۰	۰/۲۰۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱/۵۰۰	۰/۱۸۹	۰/۰۰۱

مؤلفه	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
افسردگی	پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۲۰۰	۰/۱۳۹	۰/۴۸۵
	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱/۴۰۰	۰/۱۵۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۱/۴۶۷	۰/۱۶۷	۰/۰۰۱
توافق دو نفری	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۱۲۸	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۴/۸۳	۰/۴۹۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۴/۷۶	۰/۵۰۶	۰/۰۰۱
انزار محبت	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۱۵۳	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱/۷۰۰	۰/۱۲۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۱/۵۰۰	۰/۱۴۴	۰/۰۰۱
همبستگی دو نفری	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۰۸۹	۰/۰۹۹
	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۳/۱۳۳	۰/۳۱۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۲/۶۶۷	۰/۳۲۵	۰/۰۰۱
رضایت زناشویی	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۴۶۷	۰/۱۹۶	۰/۰۷۳
	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۲/۸۶۷	۰/۳۸۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۲/۷۶۷	۰/۳۹۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۱۰۰	۰/۱۳۱	۱/۰۰۰

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، تفاوت بین نمرات تمامی متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$)، درحالی‌که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P > ۰/۰۱$). این یافته بدان معنی است که آموزش فرزندپروری مثبت نه تنها منجر به بهبود مؤلفه‌های سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران در گروه آزمایش شده است، بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی آموزش برنامه مهارت‌های فرزندپروری مثبت بر سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران فرزند با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی صورت

گرفت. نتایج نشان داد که آموزش برنامه مهارت‌های فرزندپروری مثبت بر سلامت عمومی مادران فرزند دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی اثربخش است. این یافته با نتایج عاشوری و همکاران (۲۰۱۵)، حاتمی‌فر و همکاران (۱۳۹۹)، جعفری و همکاران (۱۳۸۹) و ارکان و همکاران (۲۰۲۰) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که مادران فرزند دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به دلیل رفتارهای چالش‌برانگیز فرزندان و همکاری کم پدر در امور فرزند بیش‌فعال دچار مشکلاتی در روابط بین‌فردی هستند و سلامت روانی آن‌ها در خطر است (حامد^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). برنامه فرزندپروری مثبت بر خودکارآمدی مادر بر مدیریت و کنترل رفتار متمرکز است. از این رو، با یادگیری مهارت‌های رشد کودک، احساس شایستگی اجتماعی و خودکنترلی در مادران ایجاد می‌شود (اسپچکرز و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع این برنامه دانش والدین را نسبت به مشکلات کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بیشتر می‌کند و به آن‌ها کمک می‌کند تا مهارت‌های مدیریت رفتار و متعاقباً خودکارآمدی خود را بهبود بخشند که همگی منجر به ارتقای سلامت روانی مادران می‌شود (عاشوری و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر می‌توان گفت که والدین کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده در تربیت فرزندانشان قوانین بی‌ثبات، مهارت‌های ضعیف حل مسئله و مسئولیت‌پذیری ضعیفی دارند و از تنبیه شدید و ناهماهنگ استفاده می‌کنند؛ این والدین در برخوردهای انضباطی‌شان والدینی، خشن، ناهماهنگ و ناتوان هستند (بیرامی، ۱۳۸۸) اما برنامه فرزندپروری مثبت موجب می‌شود آن دسته از ویژگی‌های مادران که بر توانایی والدگری آن‌ها مؤثر است، تغییر کند و این موضوع قابلیت مادران را افزایش داده و به ارتباط صحیح با فرزندانشان منجر می‌شود و در نتیجه باعث می‌شود دانش خود را در مهارت‌های تربیت فرزند و ارتباط صحیح با او گسترش دهند و رابطه آن‌ها با کودک خود مثبت‌تر و بیشتر شده و سبب بهبود سلامت عمومی آن‌ها می‌شود (حاتمی‌فر و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین از آنجایی که نگرش والدین نسبت به مشکل کودک و فرایند

درمان در اثربخشی هر برنامه مرتبط با کودکان مؤثر است، 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 به والدین در خصوص مشکلات کودکان و فرایند درمان نسبت داد که به‌عنوان بخشی از برنامه در آن گنجانده شده است (جعفری و همکاران، ۱۳۸۹).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که برنامه فرزندپروری بر روی سازگاری زناشویی مادران فرزندان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی اثربخش است. این یافته با نتایج کریم‌زاده و همکاران (۱۴۰۰)، ترنزو^۱ (۲۰۰۶)، فرشاد و همکاران (۱۳۹۷)، اصلانی و همکاران (۱۳۹۵)، نیلی احمدآبادی و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که برنامه فرزندپروری مثبت می‌تواند سبب بهبود خودآگاهی، شناسایی درست احساسات و تمایز بین آن‌ها شود و هیجان‌های مثبت که در جلسات آموزشی مورد توجه قرار می‌گیرد، زمینه مقابله با روان‌رنجوری را کاهش داده و برون‌گرایی و برقراری روابط اجتماعی را تقویت می‌کند و می‌تواند به مادران کمک کند تا رابطه با همسر را بهبود بخشند و سازگاری زناشویی‌شان را ارتقاء دهند. (کریم‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین برنامه فرزندپروری مثبت از طریق تقویت رفتارهای مثبت کودکان به‌وسیله مادر و الگوسازی والدگری مناسب باعث افزایش خوداثرمندی والدینی و کاهش احساس درماندگی، افسردگی و استرس می‌شود و از این طریق خستگی، اضطراب و ناسازگاری زناشویی والدین تعدیل و تخفیف می‌یابد (ترنزو، ۲۰۰۶). از طرف دیگر آموزش فرزندپروری مثبت خودافشایی، دریافت حمایت، همدلی و همچنین احساس داشتن درد مشترک را بیشتر مدنظر قرار می‌دهد و مادرانی که تحت آموزش این رویکرد قرار می‌گیرند می‌توانند در مورد خود و مسائل زندگی به فهم و بینش وسیع‌تری دست‌یافته و بهتر با آن کنار آیند و این موضوع می‌تواند بر سازگاری و کاهش تعارضات زناشویی مؤثر باشد (فرشاد و همکاران، ۱۳۹۷). افزون بر این آموزش فرزندپروری مثبت با آموزش

1. Trunzo, A.C

به کاربردن مناسب تقویت‌کننده‌ها و آموزش شیوه‌های کنترل کودک در موقعیت‌های مختلف، از حفظ حالت مراقبت دائمی والدین از کودک می‌کاهد و از این طریق سطح تنش حاصل را در روابط والد کودک به طرز قابل‌ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد و موجب بهبود تعامل والد-کودک و به تبع آن سازگاری زناشویی مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌شود (اصلائی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین مادران در این رویکرد مهارت‌های چگونگی رشد ابعاد مختلف فرزندان را فرا می‌گیرند که در نتیجه، تغییر نگرش و نیز مهارت‌آموزی در خصوص شیوه‌های تعامل خوب و فرزندپروری، به بهبود رابطه والد-فرزندی و افزایش جو صمیمیت در خانه می‌انجامد که به‌عنوان نقش تعدیل‌کننده، سبب آرامش اعضای خانواده شده و در نهایت باعث احساس آرامش، رضایت از زندگی و سازگاری زناشویی می‌شود (نیلی احمدآبادی و همکاران، ۱۳۹۸).

با توجه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش، تعمیم‌یافته‌های آن باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین بر اساس نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثر بخشی مداخله آموزش فرزندپروری مثبت بر بهبود سلامت عمومی و تعارضات زناشویی، پیشنهاد می‌شود این برنامه در مدارس با همکاری مربیان به کار گرفته شود تا آگاهی و بینش والدین درباره افزایش مؤلفه‌های سلامت عمومی و کاهش تعارضات زناشویی افزایش پیدا کند.

منابع

- اصلانی، خالد؛ وارسته، مرضیه و امان الهی، عباس (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد-کودک. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۸): ۲۰۱-۱۸۳.
- بیرامی، منصور (۱۳۸۸). تاثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران پسران دبستانی مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده بر بهداشت روانی و شیوه‌های تربیتی آن‌ها. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۴۲): ۱۱۴-۱۰۵.
- جعفری، بهناز سادات؛ موسوی، رقیه؛ فتحی آشتیانی، علی و خوشابی، کتایون (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعال/کمبود توجه. *خانواده پژوهی*، ۶(۴): ۵۱۰-۴۹۷.
- حاتمی‌فر، خدیجه؛ زارع، حسین و شهریاری احمدی، منصوره (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش والدگری مثبت و مدیریت والدین بر بهبود رابطه والد - کودک. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۷(۳): ۳۹-۲۵.
- صادقی، منصوره السادات و مظاهری، محمدعلی (۱۳۸۴). اثر روزه‌داری بر سلامت روان. *مجله روان‌شناسی*، ۹(۳): ۲۹۲-۳۰۹.
- فرشاد، محمدرضا؛ نجارپوریان، سمانه و شنبدی، فرزاد (۱۳۹۷). تأثیر آموزش والدگری مثبت مبتنی بر روی آورد ساندرز بر شادزیستی و تعارض والد-فرزندی دانش آموزان. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۵(۱): ۶۷-۵۹.
- کریم‌زاده، مه‌سا؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ داوودی، حسین و حیدری، حسن (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه والدگری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر خودکارآمدی، ناگویی هیجانی و بار روانی مادران کودکان با مشکلات رفتاری. *مجله پرستاری کودکان*، ۷(۳): ۱-۱۱.
- مولوی، حسین؛ حسن شاهی، محبوبه و نوری، ابوالقاسم (۱۳۷۸). بررسی رابطه کانون کنترل با سازگاری زناشویی همسران شاغل در آموزش و پرورش (دبیران) شهر شیراز. *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۷(۱ و ۲): ۵۱-۶۲.
- نیلی احمدآبادی، زهرا؛ باقری، فریبرز و سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه آموزشی فرزندپروری با تأکید بر نظریه انتخاب بر بهبود رابطه والد-فرزندی و رضایت از زندگی

مادران. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۰(۳۹): ۹۹-۱۲۲.

- Adare, A.A., Zhang, Y., Hu, Y., Wang, Z. (2021) Relationship Between Parental Marital Conflict and Social Anxiety Symptoms of Chinese College Students: Mediation Effect of Attachment. *Front. Psychol.* 12:640770.
- American Psychiatric Association(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington :American Psychiatric Association.
- Arkan, B., Güvenir, T., Ralph, A., & Day, J. (2020). The efficacy and acceptability of the Triple P: Positive Parenting Program with Turkish parents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing.* 33(3):148–156.
- Ashori, M., Afrooz, G.h.A., Arjmandnia, A.A., Pourmohamadrez-Tajrishi, M., Ghobari-Bonab, B., Jalil-Abkenar, S.S. (2019). Adaptation of positive parenting program training based on cultural values and evaluation of its effectiveness in psychological health and interaction of mother with slow paced children. *J Research & Health.* 9(4): 284-293.
- Babinski, D. E., Pelham, W. E., Jr, Molina, B. S., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Wymbs, B. T., Sibley, M. H., Derefinko, K. J., & Kuriyan, A. B. (2016). Maternal ADHD, Parenting, and Psychopathology Among Mothers of Adolescents With ADHD. *Journal of attention disorders.* 20(5): 458–468.
- Chou, W. J., Hsiao, R.C., Chang, C. C., Yen, C. F. (2021). Predictors of Depressive Symptoms in Caregivers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A One-Year Follow-Up Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 18, 8835.
- Craft, A.L., Perry-Jenkins, M. & Newkirk, K. (2021). The Implications of Early Marital Conflict for Children’s Development. *J Child Fam Stud.* 30: 292–310.
- Dean, C., Myers, K., Evants, E. (2003). Communicating –wide implementation of parenting program: The southeast Sydney positive parenting program. *AeJAMH.* 2(3): 1-12.
- Eilertsen, E. M., Gjerde, L. C., Reichborn-Kjennerud, T., Ørstavik, R. E., Knudsen, G. P., Stoltenberg, C., Czajkowski, N., Røysamb, E., Kendler, K. S., & Ystrom, E. (2017). Maternal alcohol use during pregnancy and offspring attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a prospective sibling control study. *International journal of epidemiology.* 46(5): 1633–1640.
- Faraone, S.V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M.A., et al. (2021). The World Federation of ADHD

- International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 128: 789–818.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145.
- Hamed, A.M., Kauer, A.J., Stevens, H.E. (2015). Why the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder matters. *Front. Psychiatry.* 6, 168.
- Heckel, L. D., Clarke, A. R., Barry, R. J., McDarthy, R., & Selikowitz, M. (2009). The relationship between divorce and children with AD/HD of different subtypes and comorbidity: Results from a clinically referred sample. *Journal of Divorce & Remarriage.* 50: 427–443.
- Karimzadeh, M., Khodabakhshi-koolae, A., Davoodi, H., Heidari, H. (2020). Experiences and worries in mothers with children suffering from ADHD: A Grounded Theory Study. *Caspian J Pediatr March.* 6(1): 390-8.
- Keyes, S. (1984). Gender stereotypes and personal adjustment: Employing the PAQ, TSBI and GHQ with samples of British adolescents. *British journal of social psychology*, 23(2), 173-180.
- Leitch, S., Sciberras, E., Post, B., Gerner, B., Rinehart, N., Nicholson, J. M., & Evans, S. (2019). Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being.* 14(1): 1690091.
- Martin, C. A., Papadopoulos, N., Rinehart, N., & Sciberras, E. (2021). Associations Between Child Sleep Problems and Maternal Mental Health in Children with ADHD. *Behavioral sleep medicine.* 19(1): 12–25
- Olugbenga, A. J. (2018). Patterns and Causes of Marital Conflict among Staff of Selected Universities in Southwest Nigeria. *Advances in Social Sciences Research Journal.* 5(8): 306–320.
- Owens, E.B., Zalecki, C., Gillette, P., Hinshaw, S.P. (2017). Girls with childhood ADHD as adults: cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *J. Consult. Clin. Psychol.* 85:723–36.
- Park, J.L., Hudec, K.L., Johnston, C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical psychology review.* 1(56): 25-39.
- Pedraza, J. D., Coffey, B. (2013). Obsessive-compulsive disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder: a complex diagnostic disentanglement and treatment. *Journal of child and adolescent psychopharmacology.* 23(6): 419–422.
- Powell, V., Riglin, L., Hammerton, G., Eyre, O., Martin, J., Anney, R., et al. (2020). What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and

- academic attainment. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 29:1581–91.
- Rubia, K., Westwood, S., Aggensteiner, P. M., Brandeis, D. (2021). Neurotherapeutics for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Review. *Cells*. 10, 2156.
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-positive parenting program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*. 22(4): 506–517
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual review of clinical psychology*. 8(11): 1–35
- Sanders, M. R., Baker, S., & Turner, K. M. (2012). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P Online with parents of children with early-onset conduct problems. *Behaviour research and therapy*, 50(11), 675-684.
- Sawhney, I., Perera, B., Bassett, P., Zia, A., Alexander, R. T., & Shankar, R. (2021). Attention-deficit hyperactivity disorder in people with intellectual disability: statistical approach to developing a bespoke screening tool. *BJPsych open*. 7(6): e187.
- Schermerhorn, A. C., D'Onofrio, B. M., Slutske, W. S., Emery, R. E., Turkheimer, E., Harden, K. P., ... & Martin, N. G. (2012). Offspring ADHD as a risk factor for parental marital problems: Controls for genetic and environmental confounds. *Twin Research and Human Genetics*. 15(6): 700-713.
- Sepehrmanesh, Z. (2017). Mothers Mental Health of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *European Psychiatry*. Cambridge University Press. 41(S1):S224–S224.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28.
- Spijkers, W., Jansen, D.E. & Reijneveld, S.A. (2013). Effectiveness of primary care triple P on child psychosocial problems in preventive child healthcare: a randomized controlled trial. *Bio Med Central Medicine*, 11, 240, 1-8.
- Tasew, A.S., Getahun, K.K., (2021) Marital conflict among couples: The case of Durbete town, Amhara Region, Ethiopia. *Cogent Psychology*. 8(1): 1903127
- Trunzo, A.C. (2006). *Engagement parenting skills and parent-child relations as mediators of the relationship between parental self-efficacy and treatment outcomes for children with conduct problems*. Doctoral dissertation. University of Pittsburgh.

- Walerius, D. M., Fogleman, N. D., & Rosen, P. J. (2016). The role of ADHD and negative emotional lability in predicting changes in parenting daily hassles. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7): 2279–2291
- Whalen, C. K., Henker, B., Ishikawa, S. S., Floro, J. N., Emmerson, N. A., Johnston, J. A., & Swindle, R. (2009). ADHD and anger contexts: electronic diary mood reports from mothers and children. *Journal of pediatric psychology*, 34(9): 940–953.
- Wymbs, B.T., Wymbs, F.A., Dawson, A.E. (2015). Child ADHD and ODD behavior interacts with parent ADHD symptoms to worsen parenting and interparental communication. *Journal of abnormal child psychology*, 1;43(1):107-19.
- Young, S., Gudjonsson, G., Chitsabesan, P., Colley, B., Farrag, E., Forrester, A., et al. (2018). Identification and treatment of offenders with attention-deficit/hyperactivity disorder in the prison population: a practical approach based upon expert consensus. *BMC Psychiatry*, (2018) 18:281.
- Yousef, A. M., Sehlo, M. G., & Mohamed, A. E. (2021). The negative psychological impact of COVID-19 pandemic on mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a cross-section study. *Middle East Current Psychiatry*, 28(1): 57.

استناد به این مقاله: حاجی بابایی راوندی، عطیه، تجلی، پریسا، قنبری پناه، افسانه، شهریاری احمدی، منصوره. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۳(۵۱)، ۲۰۷-۲۳۰.
DOI: 10.22054/QCCPC.2022.65898.2881



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.