فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی(دوره جدید)

شماره ۳۳،
دوره اول،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۰،
صص ۱۴۲-۱۶۱

مقایسه اثربخشی آموزش حل مسئله و آموزش فرزندپروری بر رضایت زناشویی والدین کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجّهی – بیش‌فعالی

لیلا شقاقی [۱]

چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش حل مسئله و آموزش فرزندپروری بر رضایت زناشویی والدین کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجّهی – بیش‌فعالی بود. این پژوهش از نوع آزمایشی با پیش آزمون ، پس آزمون و پیگیری بودکه دانش آموزان ٤ دبستان از منطقه دو تهران که مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی به طور تصادفی به سه گروه تقسیم شدند: گروه حل مسئله، گروه آموزش خانواده و یک گروه کنترل بدون درمان. والدین هر سه گروه ، پرسشنامه های : مشکلات رفتاری کانرز(فرم والدین) ،حل مسئله هپنر و بیکر، کیفیت زندگی ٣٦ سوالی (SF-36)، تنیدگی والدین PSI و پرسشنامه زناشویی انریچ، را تکمیل نمودند و بعد از آموزش پرسشنامه ها با استفاده از روش کواریانس مورد تجزیه و تحلیل گرفت. نتایج نشان داد آموزش حل مسأله بهتر ازآموزش فرزندپروری ،کیفیت زندگی والدین وسلامت روان مادران کودکان مبتلا به ADHD را افزایش می‌دهد و روابط والدین این کودکان را بهبود می بخشد وتنیدگی والدینی در والدین کودکان مبتلا به ADHD را کاهش می دهد . آموزش حل مسئله و آموزش فرزندپروری بر رضایت زناشویی والدین کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجّهی – بیش‌فعالی اثربخش بود.

کلید واژه ها: بیش فعالی، نقص توجه، رضایت زناشویی

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

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

۱. مقدمه

کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش فعالی ، ناتوانیهای قابل توجهی دارندکه در صورت عدم دریافت خدمات درمانی ،آموزشی و روان شناختی ، حتی تا سالهای بزرگسالی هم ویژگیهای بالینی این اختلال را نشان می دهند (بارکلی ،۲۰۰۰).شروع اختلال بیش فعالی ممکن است در شیرخوارگی باشد ، چنین شیرخوارانی زیاد گریه می کنند ، از دامان مادر فرار می کنند ، لگد می زنند ، جیغ می کشند ، در مکیدن دچار مشکل هستند ونسبت به محرک ها بسیار حساس اند و تحت تأثیر سر وصدا ، نور ، تغییرات درجه حرارت ویا سایر تغییرات محیطی دچار آشفتگی می شوند . گاهی نیز ، برعکس چنین بچه هایی کند و بی حال هستند ، اکثر اوقات می خوابند و به نظر می رسدکه در ماه اول زندگی رشد آهسته ای دارند . گاهی مادران کودکان بیش فعال ، گزارش می کنند وقتی که برای این فرزندشان باردار بوده اند، حس می کرده اند که جنین درون زهدان آنها لگد می زند وجنب وجوش بسیاری دارد .به طور کلی ویژگیهای بیش فعالی از اوایل دوره ی کودکی بروز می کند (داگلاس ،تاینن ، ۲۰۰۵). شواهد پژوهشی در مورد تعارضات زناشویی نشان دهنده ای است که بروز اختلالات روانی مختلف و مشکلات رفتاری فرزندان می تواند تعارضات زناشویی را افزایش دهد(ویگل،بالارد ،دبورا،۱۹۹۹؛ناصحی،رئیسی،جعفری،رحمانی،۲۰۰۵).کجباف ،آقایی و کاویانی(۱۳۸۳) در تحقیقی به بررسی رابطه میزان رضایت زناشویی والدین با اختلالات رفتاری دختران پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بین رضایت زناشویی واختلالات رفتاری دختران رابطه وجود دارد. شواهد پژوهشی در مورد تعارضات زناشویی نشان دهنده این است که بروز اختلالات روانی مختلف و مشکلات رفتاری فرزندان می تواند تعارضات زناشویی را افزایش دهد(ویگل،بالارد ،دبورا،۱۹۹۹؛ناصحی،رئیسی،جعفری،رحمانی،۲۰۰۵).کجباف ،آقایی و کاویانی(۱۳۸۳) در تحقیقی به بررسی رابطه میزان رضایت زناشویی والدین با اختلالات رفتاری دختران پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بین رضایت زناشویی واختلالات رفتاری دختران رابطه وجود دارد .

این شواهد نشان می دهد کاهش تنیدگی مادر و سلامت روان و اختلافات زناشویی ، منجر به کاهش کیفیت زندگی در این خانواده ها گردیده والدین کودکان مبتلا به ADHD احساس عدم کفایت در حل مسایل زندگی دارند(فیشر،بارکلی ، فیلچر و اسمالیش ، ۱۹۹۰) .

(لانگه و همکاران، ۲۰۰۵ ، به نقل از حیدری ،۱۳۸۸) معتقدند که مشکل خانواده ، استرس زیاد و حمایت کم، آسیب شناسی روانی از قبیل افسردگی ، پرخاشگری ، ناسازگاری زناشویی، فرزندپروری بسیار مداخله گر و تعاملات والد – فرزند مستبدانه با ADHD ارتباط و همبستگی دارند ، که از عوامل کاهش کیفیت زندگی است. تحقیقات نشان می دهند که در بین عوامل مختلفی که در بهبود کیفیت زندگی موثرند ، تعامل کودک و والدین از مهم ترین و بنیادی ترین عوامل محسوب می شوند (نوابی نژاد، ۱۳۷۵؛ به نقل از شکوهی یکتا و زمانی،۱۳۸۷).

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

خانواده باید با ایجاد محیطی امن و مطمئن ، احساس هویت شخصی ، حمایت و راهنمایی ، توام با عشق و محبت غیر مشروط برای فرزندان فراهم نماید (بایرز ،۲۰۰۳ وماتوس ،۱۹۹۹ و کمبل ،گرین ،۲۰۰۰ وفابر ، ادوارد ،۲۰۰۳). بنابراین خانواده درافزایش و بهبودکیفیت زندگی نقش عمده ای ایفامی کند(کریستنسین ،۲۰۰٤). متاسفانه در بسیاری از موارد،برخورد نادرست والدین می توان در افزایش مشکلات کودکان ADHD تعیین کننده باشد. رفتارهای ناسازگارانه کودک همچون تکانشگری، عدم تبعیت از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی وتحریک پذیری، احساس بدی همچون خشم، عصبانیت،درماندگی، خستگی وکاهش تحمل در والدین به وجود می آورد؛ قدر مسلم، وقتی این چنین هیجان ها و احساساتی در والدین بیش فعال/ نقص توجه به وجود آید، بر نحوه واکنش و رفتارکردن آنها با این کودکان تاثیر می گذارد و آنها شروع به تنبیه، طرد، سرزنش و محرومیت می نمایند؛ این واکنش ها احساسات منفی کودک ، همچون ناکامی، خشم و ناامیدی، را برانگیخته و رفتارناسازگارانه کودک را در این چرخه شیطانی به دنبال دارد که تکرار می شود. از این رو تشخیص و حل مشکلات فرزندان و مشکلات سلامت روانی و تنیدگی و استرس والدین و روابط زناشویی مختل و مشکلاتی که به طور مداوم به شکل های مختلف و از ساده تا پیچیده در زندگی ظاهر می شوند نیاز به آموزش مهارت حل مسئله را جهت اندیشیدن به مسائل و یافتن راه حل بدون واردکردن خدشه به عزت نفس کودک ضروری می نماید. مبادرت به حل مسائل با کنترل هیجانات منجر می شود این والدین با شکستهای احتمالی برخوردی مناسب داشته باشند (تورسکی و شوارتز ،۲۰۰۵). مهارتهای مقابله ای حل مساله که در این پژوهش به آن پرداخته شد ، به میزان زیادی بر در گیر نمودن والدین در مهارتهای مورد نیاز برای حل مساله ، به طور نظام دار متمرکز است (بایر ، ۱۹۹۱ و کندال ، ۲۰۰۹). این مهارتها شامل: شناسایی مشکل و شکستن آن به مشکلات جزیی قابل حل ، بررسی یک مورد از آنها در هر زمان ، فهرست نمودن راه حل ممکن ، اجرای آن ، کنترل پیشرفت کار،ارزیابی نتایج ، تشویق خود برای حل مساله موفقیت آمیز ، شناسایی راه حل های موفقیت آمیز ، کنترل نتایج و بررسی مجدد فرایند حل مساله است(اوستاد ،۲۰۰۹).

توانایی حل مسئله یکی از مهارت های اساسی زندگی است . مقارن با تغییر و تحولات سریع در جوامع امروزی، استانداردها وتقاضاهای محیطی دستخوش تغییر و تحول شده و مسائل ومشکلات انسان ها نیز پیچیده تر شده اند. بدین سان حل بسیاری ازمسائل مستلزم به کارگیری سطوح بالای تفکر است . از آنجایی که افراد از توانایی های بالقوۀ حل مسئله برخوردارند ولی روش کاربرد آن را در زندگی واقعی نمی دانند، آموزش این روش ها ضروری است. حل مساله یکی از کارکردهای عالی ذهن است حل مساله، راهبرد مقابله ای مهمی است که توانایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را افزایش و تنیدگی و نشانه شناسی روانی را کاهش می دهد. حل مساله، مستلزم راهبردهای هدفمندی است که فرد به وسیله ی آن مشکلات را تعریف می کند، تصمیم به اتخاذ راه حل

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

می گیرد، راهبردهای حل مساله را انجام داده و بر آن نظارت می کند (دزوریلا ونزو،۲۰۱۰).حل مسئله تشخیص و کاربرد دانش و مهارتهایی است که منجر به پاسخ درست یادگیرنده به موقعیت یا رسیدن او به هدف مورد نظرش می شود.(سیف، ۱۳۸٦). عنصر اساسی حل مسئله کاربست دانش و مهارتهای قبلا آموخته شده در موقعیت های تازه است. کاربست دانش و مهارت ها برای رسیدن به هدفهای معین (اسلاوین ۲۰۰٦، به نقل از سیف، ۱۳۸٦).

پژوهش های زیادی نشان داده اند که آموزش والدین کودکان ADHD در کاهش نشانه های این اختلال و ارتقاء عملکرد والدین و کودک مبتلا موثر بوده است (بارکلی ،۲۰۰٦) ، در درمان اختلال ADHD نقش والدین و آموزش والدین بسیار زیاد است، نگرش والدین نسبت به مشکل کودک می تواند در فرایند درمان موثر باشد . به همین دلیل ضروری است در این زمینه اطلاعات مهمی آموزش داده شود. آموزش والدین توانایی والدین در مدیریت رفتار کودکان ADHD را افزایش می دهد ، این آموزشها می تواند شیوه درمانی شناختی رفتاری در زمینه کنترل محیط وسازماندهی رفتارو مهارتهای فرزندپروری صحیح را به خانواده دارای کودک ADHD ترویج دهد (گلدشتاین و گلدشتاین،۱۹۹۸). اما با توجه به تنوع مشکلات مربوط به ADHD در سنین مختلف و شرایط محیطی متفاوت و غلبه هیجانهای مانند عصبانیت و نگرانی و تنیدگی، مسلما امکان آن که یک نوع درمان ، به تنهایی بتواند تمام الزامات درمانی این اختلال را پوشش دهد ، وجود نداردبلکه ارزش هریک از مداخله ها در کاهش سطح علائم اختلال و مشکلات رفتاری یا هیجانی مرتبط با آن است. همچنین پژوهشهایی که در زمینه آموزش والدین صورت گرفته است نتایجی که نشان دهد تنیدگی والدین و سلامت جسمی و روانی و افسردگی را مرتفع ساخته ، وجود نداشت(بارکلی،۲۰۰۰ ،گلدشتاین و گلدشتاین،۱۹۹۸) از این رو آموزش حل مساله به عنوان روشی که با اتکا به اصول علمی تغییر رفتار ، یعنی الگو گیری ، تقویت اجتماعی و تعمیم دهی و با اتکا به جنبه های شناختی رفتار، فرایند درمان و شیوه های مقابله با مشکلات را فراهم آورده است (دزوریلا و گلدفرید ،۱۹۷۱) در این پژوهش انتخاب شد .تا به جای گرفتن ماهی ، ماهیگیری را به والدین ADHD بیاموزد ، به این مفهوم که اگر والدین کودکان ADHD به مهارتهای حل مسئله مسلط شوند به عنوان راه حلهای پیشنهادی می توانند آموزش والدین را به عنوان یکی از راه حلها در نظر بگیرند تا بتوانند راهکارهای مقابله ای موثر دیگری همچون ارتقاء سلامت جسم و روان ، کاهش تنیدگی و غیرو را در لیست راه حلهای خود قرار دهند.ما به دنبال این موضوع هستیم که آیا آموزش حل مسئله و آموزش فرزندپروری بر رضایت زناشویی والدین کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجّهی – بیش‌فعالی اثربخش است؟

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

۲- روش‌شناسی پژوهش

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

جامعه‌آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

جامعه آماری پژوهش ، والدین دانش آموزان دبستانی مبتلا به ADHD بود که در مدارس عادی و دولتی در سال تحصیلی ۹۳-۹٤ تحصیل می کردند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران دانش آموزان مبتلا به ADHD ، از چهار دبستان دولتی منطقه ۲ تهران در تابستان سال تحصیلی ۱۳۹۳-۹٤ بود. روش سرشماری نمونه در دسترس بود . ابتدا ٤ دبستان منطقه ۲ که همکاری با پژوهشگر داشتند، انتخاب شدند. سپس، دانش آموزان مبتلا به ADHD تشخیص داده شدند و والدین آنان پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کردند.

ابزار گرداوری داده‌ها و پایایی و روایی

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

مقیاس درجه بندی مشکلات رفتاری کانرز (فرم والدین)

مقیاس درجه بندی مشکلات رفتاری کانرز در سال ۱۹٦۹ توسط کانرز ساخته شد. این ابزار دارای فرمهای والدین ومعلم می باشد و کاربرد وسیعی در زمینه های بالینی و پژوهشی کودکان دارد که برای مشخص ساختن برخی علایم ومشکلات رفتاری استفاده می شود و همچنین کاربرد وسیعی در غربالگری کلی برای اختلالات و مشکلات کودکی دارد. هم اکنون فرم بلند ۹۲ سوالی و فرم کوتاه ٤۸ سوالی از این پرسشنامه در دسترس است. مقیاس والدین ٤۸ سوال دارد که ۵ گروه از اختلالهای کودکان را شامل : ناتوانایی های یادگیری، اختلال سلوک، مشکلات روان تنی، فزون جنبشی- تکانشگری و اضطراب ارزیابی میکند. محدوده سنی قابل کاربرد و۱۲-۷ سال است که به هر پرسش از آنها از صفر تا ۳ نمره داده می شود (به ندرت (۰)، تا حدی (۱)، بیشتر اوقات (۲)، تقریباً همیشه (۳)). تکمیل این پرسشنامه، حدود ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به طول میانجامد. در پژوهشی که شهائیان و همکاران (۱۳۸٦) به بررسی هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانرز برای ۵۹۸ کودک ٦ تا ۱۱ ساله پرداختند، نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از وجود ٤ عامل مشکلات سلوک، مشکلات اجتماعی، اضطراب – خجالتی و روان – تنی بود. در این پژوهش ۸ سوال به دلیل بار عاملی کمتر از ۰,٤۰ حذف

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

گردیده و سوال ۱۱ به دلیل بار عاملی مشابه با سوال ۱۳ نیز حذف گردیده است.

ویژگی های روانسنجی

زیر آزمونهای فرم کوتاه ویژۀ والدین بر اساس تحلیل عوامل به این شرح میباشد:

۱- مشکلات سلوک : ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس توسط کانرز(۱۹۹۰) ، ۹٤ /۰ گزارش شده است. این مقیاس مشکلاتی مانند گستاخی، زودرنج بودن، خرابکاری و مشاجره را در بر میگیرد.

۲ - مشکلات یادگیری : ضریب آلفای کرونباخ برای این زیر مقیاس ۰/٦۳ گزارش شده است.(کانرز، ۱۹۹۰). مشکلاتی مانند حواسپرتی، بی دقتی و سرخورده شدن در فعالیتها در این مقیاسقرار می گیرند.

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

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

۵ - اضطراب- انفعال : ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۰ می باشد (جیاناریس، گولدن وگرین،۲۰۰۱). این زیر مقیاس مشکلاتی مانند خجالتی بودن، ترسو بودن و نگران بودن را در برمی گیرد.

تحلیل عوامل فوق در بسیاری از مطالعات در کشورهای مختلف از جمله هند (روزنبرگ و جانی، ۱۹۹۵)، عربستان (کونتسی، بارت، کنینگو کاریا ، ۲۰۰۰) و هلند (به لوت و کرفز ، ۱۹۷۸) تأیید شده است. روایی و پایایی مقیاس در مطالعات متنوع در کشورهای مختلفی گزارش شده است . گویت، کانرز و اولریچ (۱۹۷۸) همبستگی درونی مقیاسها را بین ٤۱ /۰ گزارش کرده اند(جیاناریس، گولدن و گرین، ۲۰۰۱). الحسن الاواد و سونگا بارک (۲۰۰۲) در سودان پایایی بازآزمایی را معادل ۰/۸۳ و همسانی درونی بین زیر مقیاسهای مختلف را ۰/۵۲ (زیرمقیاس اضطراب) تا ۸۰ /۰(مقیاس بیش فعالی) گزارش کرده اند. در بنگال ضریب همسانی درونی مقیاس از ۰/٦۰ (مقیاس روان تنی) تا ۰/۷۵ (مقیاس بیش فعالی) گزارش شده است. در ایران ضریب پایایی روی ۱۲ نفر به فاصله ۲ هفته بدین صورت گزارش شده است: مشکلات سلوکی ۰/٥٤، مشکلات یادگیری ۷۸ / ۰ ، روان-تنی ۸۳ /۰ ، تکانشوری- بیش فعالی ۳٦ / ۰، / اضطراب۷۰ / ۰، ضریب پایایی نمره کل ۳٦/۰ (قدیری نشکاجانی، ۱۳۷۷). در پژوهش دیگری شهائیان و همکاران (۱۳۸٦) به بررسی هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانرز برای ۵۹۸ کودک ٦ تا ۱۱ ساله پرداختند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از وجود ٤ عامل مشکلات سلوک، مشکلات اجتماعی، اضطراب- خجالتی و روان - تنی بود. به منظور محاسبه پایایی از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ و پایایی بین نمره گذاران استفاده شد. ضریب

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

پایایی بازآزمایی ۰,۵۸ ، برای نمره کل و از ۰,٤۱ برای زیر مقیاس مشکلات اجتماعی تا ۰,۷٦ برای زیر مقیاس مشکلات سلوک متغیر بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل، معادل ۰,۷۳ و از ۰,۵۷ (زیر مقیاس مشکلات اجتماعی) تا ۰,۸٦ (زیر مقیاس اضطراب – خجالتی) برای زیر مقیاسها متغیر بود. ضرایب پایایی، بین نمره گذاری پدر و مادر ۰,۷۰ برای نمره کل و از ۰,٤٦ برای زیر مقیاس اضطراب – خجالتی
تا ۰,۷۱ برای زیر مقیاس مشکلات اجتماعی می باشد. در این مطالعه، نمرات گروههای سنی ٦ تا ۸ سال و ۱۱ ماه و ۹ تا ۱۱ سال و ۱۱ ماه تفاوت معنی داری نداشت. مقایسه بین دو جنس، نشان داد بر اساس ارزیابی والدین بین نمرات کل دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما در زیر مقیاس مشکلات سلوک پسران و در زیر مقیاس اضطراب – خجالتی دختران به طور معنی داری میانگین نمرات بیشتری را کسب کردند. با توجه به یافته های ذکر شده، نمرات خام برای کل پرسشنامه و زیر مقیاسها به نمرات تراز شده T با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ تبدیل شد.

پرسشنامه زوجی انریچ[1]

برای بررسی میزان رضایت زناشویی، پرسشنامه اینریچ انتخاب شده است. این پرسشنامه به عنوان یک ابزار پژوهش معتبر در تحقیقات و کارهای بالینی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است.فورز و السون[2] (۱۹۸۹) از این پرسشنامه، برای بررسی رضایت زناشویی استفاده کرده اند و معتقدند که این مقیاس نسبت به تغییراتی که در خانواده بوجود می آید حساس است. فورز و السون (۱۹۸۹) با استفاده ازنمونه گیری تصادفی در پژوهش ملی با ۵۰۳۹ زوج نشان دادند که با استفاده از این پرسشنامه می توان با دقت ۸۵–۹۵ ٪ بین زوجین خرسند و ناخرسند تمایز قائل شد. هر یک از موضوعات این پرسشنامه، درارتباط با یکی از زمینه های مهم است.این مقیاس شامل ٤ خرده مقیاس ۳۵ ماده ای می باشدکه می تواند به عنوان یک ابزار پژوهش از جمله رضایت، ارتباطات، و حل تعارض استفاده گردد. مقیاس زوجی اینریچ یک اندازه گیری کلی از روابط زناشویی شامل تحریف آرمانی[3]، رضایت زناشویی[4]، مسایل شخصیتی[5]، ارتباطات[6]، حل تعارض[7]، مدیریت مالی[8]، فعالیت های

1 . Four ENRICH Couple Scales
2 . Fowers & Olson
3 . Idealistic Distortion
4 . Marital Satisfaction
5 . Personality Issues
6 . Communication
7 . Conflict Resolution
8 . Financial Management

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

اوقات فراغت[1]، رابطه جنسی[2]، فرزندان و فرزند پروری[3]، خانواده و دوستان [4]، نقش های مساوات طلبی مربوط به زن و مرد [5]، جهت گیری- مذهبی[6] ، همبستگی زوج ها [7]و تغییرات زناشویی [8] را شامل می شود.

برنامه آموزشی حل مساله برای والدین:

درمان حل مسئله بر اساس یافته های پژوهش های زیادی نظیر :ساندرز (۲۰۰۰) ، فاراوان(۱۹۹٦) ،بارکلی (۲۰۰۰)، بارکلی(۲۰۰۱)، بارکلی و همکاران (۱۹۹۲)، مایر(۱۹۸۳)، کرکلی (۲۰۰۳)، تووورسکی و شوارتز (۲۰۰۵) و همچنین در یافته های پژوهش های آل بهبهانی(۱۳۸٤)،کیمیایی و بیگی (۱۳۸۹) ،شکوهی یکتا (۱۳۸۵)، و تحقیقات دیگر بر روی کودکان ADHD و والدین آنها موثر بوده وراهبرد کارآمدی برای کاهش مشکلات رفتاری این کودکان و افزایش کیفیت زندگی والدین آنها است زیرا بر اساس یافته های کشاورز(۲۰۰۸)،آسن و همکاران(۲۰۰٤)، لانکتن و همکاران (۱۹۹۱)،نارکروسو گلدفرید(۲۰۰۵)،هانلون و همکاران(۲۰۰۳)، آموزش حل مسئله به کاهش الگوی ناکارآمدمادران منجر شده والگوی ارتباطی سازنده را تقویت می کند و برای مشکلاتی همچون تعارضات زناشویی ، افسردگی ، فاشرهای روانی زندگی، مدیریت خشم ، جرات آموزی و سازگاری ، کارآمدشناخته شده است .

الگوهای متفاوتی برای حل مسئله مطرح شده است که در پژوهش حاضرآموزش حل مساله بر اساس برنامه سازمان یافته ای که توسط دزوریلا و گلدفرید(۱۹۷۱) و بارکلی (۲۰۰۰) تدوین گردیده است و آموزش گام به گام مراحل حل مسئله مایر (۱۹۸۳) سود برده شده است.عناصر موجود در این مداخله بر اساس مراحل متوالی زیر آموزش داده شده اند:

1 . Leisure Activities
2 . Sexual Relationship
3 . Children and Parenting
4 . Family and Friends
5 . Equalitarian Roles
6 . Religious Orientation
7 . Marital Cohesion
8 . Marital Change

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

جدول۱: جلسات آموزش حل مساله به والدین بر حسب مراحل و اهداف متوالی

جلسات درمان	مراحل و اهداف آموزش حل مساله
جلسه اول آشنایی و ارائه برنامه همراه با معرفی اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی	-خوش آمد گوئی -بحث و بررسی اهداف گروه -مشخص کردن زمان،مکان برگزاری و طول مدت جلسات -معرفی و آشناسازی اعضای گروه با همدیگر و با رهبری گروه و تشکیل گروه مجازی -مطرح کردن قوانین و مقررات گروه -بررسی انتظارات اعضای گروه -اجرای پیش آزمون -آموزش در خصوص علایم و نشانه های کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون کنشی - معرفی مهارت حل مسئله به عنوان یکی از مداخله های والدین دارای کودکانن مبتلا به کمبود توجه/ بیش فعالی
جلسه دوم جهت گیری کلی نسبت به موقعیت مسئله ساز	الف) پذیرش موقعیت مساله ساز به عنوان بخشی از زندگی عادی و وجود امکان مقابله با آنها ب) شناسایی دقیق موقعیت مسأله ساز ج) اجتناب از پاسخ دادن فوری به موقعیت مسأله ساز د) شناسایی نشانه های هیجانی موقعیت مسأله ساز
جلسه سوم: جمع آوری اطلاعات و تعیین مالکیت مسئله	الف) مشخص کردن فراوانی وقوع رفتار ب) شناسایی بافتی که در آن احتمال وقوع رفتار بیشتر است ج) در نظر گرفتن سطح رشد و تحول کودک درگیر دو موقعیت مسئله ساز د) مشخص کردن مالکیت مسئله ه) شناسایی نیازهای برآورده نشده در موقعیت مسئله ساز
جلسه چهارم: تعریف و بیان مسئله	الف) تعریف دقیق و عملیاتی موقعیت اجتماعی مسأله ب) متمایز ساختن عناصر مربوط و نامربوط موقعیت های مسأله ساز ج) در نظر گرفتن همه ابعاد موقعیت مسأله ساز د) تاریخچه مشکل ه) متغییرهایی که مشکل را کنترل می کنند
جلسه پنجم: تولید راه حلهای مختلف	الف) بکارگیری خلاقیت برای ارائه راه حلهای بیشتر ب) خلق راه حلها بدون ارزیابی کردن آنها و بیان آزاد اندیشه ها و اجتناب از انتقاد. ج) توجه به کمیت راه حلها (با استفاده از بارش مغزی) د) ترکیب و اصلاح راه حلها
جلسه ششم: تصمیم گیری (انتخاب و ارزشیابی)	الف) انتخاب بهترین پاسخ از بین راه حلهای پیشنهادی ب) ارزیابی سودمندی بهترین راه حل ج) ارزیابی پیامدها با درنظر گرفتن انتظارات و نیازها

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

جلسه هفتم: وارسی	الف) بررسی پیامدهای عینی بهترین راه حل در زندگی ب) بکارگیری روشهای ایفای نقش وپسخوراندگروهی برای وارسی انتخابها ج) استفاده از موقعیت های اجتماعی فرضی برای تمرین مراحل فوق د) تشویق برای تعمیم و انتقال اکتساب ها به موقعیت های واقعی زندگی ه)در صورت عدم موفقیت در راه حل انتخابی تکرا مراحل حل مسئله
جلسه هشتم: مرور و جمع بندی	الف)بررسی اثر بخشی راه حلهای اجرایی در موقعیت های واقعی زندگی ب) مرور و جمع بندی. ج) اجرای پس آزمون.

برنامه آموزشی فرزندپروری(آموزش والدین)

آموزش به والدین یکی از روشهای درمانی برای کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی است ،نتایج تحقیقات فراوان ، حاکی از آن است که آموزش والدین در اختلال ADHD به طور معناداری باعث کاهش علائم در کودکان مبتلا می شود(بارکلی۲۰۰۸) از جمله می توان به نتایج پژوهشهای سینگ و همکاران(۲۰۱۰) ، دانفورس و همکاران (۲۰۰۶)،مکامی و پفیفنر (۲۰۰۸) ،گلاتز (۲۰۱۱)،لورن و همکاران (۲۰۱۳)،چاکو و همکاران(۲۰۱۱) اشاره کرد که نشان داده اند آموزش والدین می تواند تعاملات مثبت و بین کودکان بیش فعال و والدین را ارتقاء بخشیده و علایم بیش فعالی را کاهش دهد. این برنامه آموزشی بر اساس برنامه آموزش والدین فورهند و مک ماهون (۱۹۹۸) ، کانرز و همکاران ،ترجمه علیزاده(۱۳۸۷) ، بسته آموزشی کاکاوند(۱۳۸۵) و پژوهش سلیمی و همکاران (۱۳۸۹) اقتباس شده است.

جدول۲: برنامه آموزش والدین

جلسات درمان	مراحل و اهداف آموزش ولدین
جلسه اول	-خوش آمد گوئی -بحث و بررسی اهداف گروه -مشخص کردن زمان،مکان برگزاری و طول مدت جلسات -معرفی و آشناسازی اعضای گروه با همدیگر و با رهبری گروه و تشکیل گروه مجازی -مطرح کردن قوانین و مقررات گروه -بررسی انتظارات اعضای گروه -اجرای پیش آزمون -آموزش در خصوص علایم و نشانه های کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون کنشی -آموزش در خصوص علتها و فراوانی اختلال و درمانهای مناسب

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

جلسه دوم	تعیین تقویت کننده ها و تنبیه کننده ها
جلسه سوم:	آموزش در مورد تقویت کننده ها ۱- تهیه لیستی از رفتار روزانه کودک و مشخص کردن امتیازها و پادا شهایی که دوست دارد. ۲- آموزش در مورد انواع تقویت کننده ها و نحوه ارئه آنها ۳- تهیه چارت برای کمک به مادران تا بتوانند تقویت کنند ه ها یی که مورد استفاده قرار داده است را بنویسد.
جلسه چهارم:	أموزش در مورد تنبیه ها و جریمه ها ۱- تهیه لیستی از رفتار ضد اجتماعی کودک توسط مادر ۲- آموزش مادران در مورد انواع تنبیه ها و جریمه ها و نحوه ارائه آنها ۳- تهیه چارت برای کمک به مادران تا بتوانند تنبی هها و جریمه هایی که مورد استفاده قرار داد هاند را بنویسند.
جلسه پنجم:	مهارت برقراری ارتباط سالم بین والد و فرزند و افزایش توجه مثبت به رفتارمناسب کودک بیش فعال ۱- تحلیل تفکر غیر منطقی مادران ۲- آموزش به مادران درباه نحوه درست صحبت کردن با کودکان ۳- توجه و تشویق اعمال مناسب کودک
جلسه ششم:	حل مسئله و مدیریت زمان ۱- آموزش به مادران که در زمان مناسب تصمیم درست بگیرند. ۲- تعریف مسئله ۳- پیدا کردن راه حلهای متعدد ٤- ارزیابی سود و زیان راه حلها و در نهایت تصمیم گیری
جلسه هفتم:	مهارت کنترل خشم ۱- مقابله با افکار منفی ۲- آرام سازی ۳- نحوه درست نشان دادن رنجیده شدن یا عصبانیت
جلسه هشتم:	۱-چگونگی آموزش به کودکان بیش فعال ۲- آموزش به مادران درباره ارایه مطالب درسی به کودکان ۳- جمع بندی و مرور ٤- اجرای پس آزمون

تجزیه و تحلیل داده ها:

داده های پژوهش و اطلاعات آن بعد از طبقه بندی شدن توسط نرم افزار SPSS16 پردازش گردید و با

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

تحلیل کواریانس و تحلیل وریانس مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.تحلیل کواریانس شاخصی برای تغییرات یک متغیر با متغیر دیگر است (سرمد،۱۳۸۸) که به دلیل دقت بالا و وجود پیش آزمون و پس آزمون و چند متغیره بودن در این پژوهش به رفته است.

۳- یافته‌های پژوهش

اثر درمان آموزش حل مسئله بر رضایت زناشویی والدین کودکان مبتلا به ADHD از درمان فرزند پروری موثرتر است و اثر هر دو درمان بهتر از آن است که آموزشی داده نشود.

جدول۳: خلاصه تحلیل کوواریانس تک متغیره و میانگین اصلاح شده برای مقایسه آموزش حل مسئله ، فرزندپروری و بدون آموزش بر رضایت زناشویی

	اثرات بین آزمودنی ها				میانگین های اصلاح شده پس آزمون			
منبع تغییرات	df	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	متغیر وابسته	گروه	میانگین	خطای استاندارد
همپراش	۱	۱۵۶۸/٦٤٥	۱۳۰/۸۵۹	۰/۰۰۰۱	رضایت زناشویی پس آزمون	حل مسئله	۱۲۹/٤۸۱	۲/۷٦۷
گروه	۲	۷۵/٦٦٤	۲۰/۷۳۲	۰/۰۰۰۱		فرزندپروری	۱۲۱/۲٦	۲/۷۵۵
خطا	۲٦					کنترل	۱۰٤/۷٦	۲/۷۵۵

با توجه به نتایج جدول در اثرات بین آزمودنی ها با $F(2 , 26) =20/732, P<0/01$ نشـــان داده شـــد که تفاوت آماری معناداربین سه گروه مداخله وجود دارد. به عبارتی میانگین رضایت زناشویی گروه های سه گانه(آموزش حل مسـئله ، آموزش فرزند پروری و کنترل) پس از حذف اثر پیش آزمون به طور معناداری با هم تفاوت دارد. همانطور که در میانگین های ا صلاح شده پس آزمون مشاهده می شود این نتیجه به این معنا ا ست که تفاوت مشـــاهده شـــده بین میانگین پس آزمون گروه آموزش حل مســـئله (۱۲۹/٤۸۱) ،گروه آموزش فرزندپروری (۱۲۱/۲٦) و گروه کنترل (۱۰٤/۷٦) در ارتباط با ر ضایت زنا شویی معنادار می با شد. لذا تایید می گردد که اثر درمان آموزش حل م سئله بر ر ضایت زنا شویی والدین کودکان مبتلا به ADHD از درمان فرزند پروری موثرتر است و اثر هر دو درمان بهتر از آن است که آموزشی داده نشود.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

مرحله پیگیری ماندگاری در اثر زمان در رضایت زناشویی

جدول٤: جدول نتایج اندازه گیری های مکرر دو گروه آزمایشی در رضایت زناشویی

	ارزش	df_1	df_2	F	sig
اثر زمان (ویلکز لامبدا) حل مسئله	۰/۱٤۹	۲	۸	۲۲/۸۱۳	۰/۰۰۰۱
فرزند پروری	۰/۲۸٦	۲	۸	۹/۹٦٤	۰/۰۰۰۱

چنانچه از جدول فوق منتج می شود مقدار مشخصه آماری Fبا (حل مسئله (۲۲/۸۱۳) و فرزندپروری (۹/۹٤٦)) در سطح ۰/۰۱ معنادار ا ست .بنابراین می توان نتیجه گرفت تغییر در مراحل مختلف آزمون ر ضایت زنا شویی در هردو گروه آزمایشی معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی در مراحل مختلف آزمون در گروه های آزمایشی نشان می دهد که میانگین مرحله های پیش آزمون ، پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد.

جدول٥: جدول نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی گروه های آزمایشی

		حل مسئله		فرزندپروری	
I	J	اختلاف میانگین(I-J)	خطای معیار	اختلاف میانگین(I-J)	خطای معیار
پیش آزمون	پس آزمون	-۲۵/٦*	۳/۷۲	-۱٦/۲*	۳/٤۲
	پیگیری	-۲۷/۲*	٤/۳۲	-۱۵/۸*	۳/۳۸
پس آزمون	پیش آزمون	۲۵/٦*	۳/۷۲	۱٦/۲*	۳/٤۲
	پیگیری	-۱/٦	۱/۰۵	۰/٤	۰/۵۸۱
پیگیری	پیش آزمون	۲۷/۲*	٤/۳۲	۱۵/۸*	۳/۳۸
	پس آزمون	۱/٦	۱/۰۵	-۰/٤	۰/۵۸۱

با توجه به جدول فوق میانگین نمرات پس آزمون گروه حل مسئله نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته (۲۵/٦) که این میزان در سطح ۰/۰۵ معنادار است اما معناداری در بین مراحل پس آزمون و پیگیری (۱/٦-) دیده نشد . به عبارت دیگر در مرحله پیگیری نشان داده شد که رضایت زناشویی والدین کودکان مبتلا به ADHD با آموزش حل مسئله بهبود یافته و این بهبود در مرحله پیگیری ،ماندگار باقی مانده است.

میانگین نمرات پس آزمون گروه فرزند پروری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته (۱٦/۲)که این میزان در سطح ۰/۰۵ معنادار است اما معناداری در بین مراحل پس آزمون و پیگیری (۰/٤) دیده نشد . به عبارت دیگر در مرحله پیگیری نشان داده شد که رضایت زناشویی والدین کودکان مبتلا به ADHD با آموزش فرزند پروری

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

بهبود یافته و این بهبود در مرحله پیگیری ماندگار باقی مانده است.\

٤-نتیجه گیری

اثر درمان آموزش حل مسئله بر رضایت زناشویی کودکان مبتلا به ADHD موثر تر از اثر درمان فرزندپروری و اثر هر دو درمان بهتر از آن است که آموزشی داده نشود. یافته های پژوهش حاضر نشان داد مداخله حل مسئله بیشتر از مداخله فرزندپروری بر رضایت زناشویی اثر دارد، از آنجاییکه روابط والدین دارای کودک ADHD مختل است و به دلیل فشارهای ناشی از وجود کودک ADHD میزان تنیدگی و رضایت و شامانی در این والدین سطح پایینی دارد ،این فشارها و تنیدگی و عدم شادمانی و رضایت منجر به تعارض والدین می شود.تعارض والدین مانند یک چرخه اختلال ADHD را تشدیدکرده و ناکارآمدی والدین نیز افزایش می یابد.از این رو در گروه حل مسئله نارضایتی بین والدین کودک ADHD به عنوان یک مسئله مطرح شد و اعضای گروه سعی بر یافتن راه حلهایی جهت ایجاد رضایت زناشویی نمودند ، نتایج اثرات بین آزمودنی ها با $F(2 , 26) =20/732, P<0/01$ نشان داد که تفاوت آماری معنادار بین سه گروه مداخله وجود دارد. به عبارتی میانگین رضایت زناشویی گروه های سه گانه(آموزش حل مسئله ، آموزش فرزند پروری و کنترل) پس از حذف اثر پیش آزمون به طور معناداری با هم تفاوت دارد. همانطور که در میانگین های اصلاح شده پس آزمون مشاهده می شود این نتیجه به این معنا است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین پس آزمون گروه آموزش حل مسئله (۱۲۹/٤۸۱) ،گروه آموزش فرزندپروری (۱۲۱/۲٦) و گروه کنترل (۱۰٤/۷٦) در ارتباط با رضایت زناشویی معنادار می باشد. لذا تایید می گردد که اثر درمان آموزش حل مسئله بر رضایت زناشویی والدین کودکان مبتلا به ADHD از درمان فرزند پروری موثرتر است و اثر هر دو درمان بهتر از آن است که آموزشی داده نشود ، نتایج پیگیری نیز نشان داد مقدار مشخصه آماری Fبا (حل مسئله (۲۲/۸۱۳) و فرزندپروری (۹/۹٤٦)) در سطح ۰/۰۱ معنادار است .بنابراین می توان نتیجه گرفت تغییر در مراحل مختلف آزمون رضایت زناشویی در هردو گروه آزمایشی معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی در مراحل مختلف آزمون در گروه های آزمایشی نشان می دهد که میانگین مرحله های پیش آزمون ، پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد. این یافته با نتایج و یافته های مطالعات و پژوهشهای موسوی و همکاران(۱۳۸۹)؛ زوبریک (۲۰۰۱)؛کشاورز(۲۰۰۸)،کیمیایی و بیگی(۱۳۹۸)؛بارکلی(۲۰۰۰)؛بارکلی و همکاران(۱۹۹۲)؛بارلو وهمکاران(۲۰۰٤)؛ سی یو و شک(۲۰۰٤)همسو می باشد.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

منابع

آسوده، محمد حسین (۱۳۸۹). فاکتورهای ازدواج موفق از دیدگاه زوجین خوشبخت، پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه تهران.

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

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

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

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

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

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

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

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

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه تهران.

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

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

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

روشن بین، مهدیه.(۱۳۸۵). *بررسی اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران*

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

کودکان ٤ تا ١٠ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی.

روشن بین، مهدیه؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ خوشابی، کتایون.(١٣٨٦). تأثیر آموزش برنامهٔ گروه ی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان مبتلا بهADH..*فصلنامهٔ خانواده پژوهی* ١٧٥٣/١٠,١١٨٦-٢٠٠٠-٢-٣١.

سادوک ،ب. ،ج.،سادوک.و، ٢٠٠٧، *خلاصه روانپزشکی :علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی*، ترجمه فرزین رضایی ،١٣٨٨، تهران : انتشارات ارجمند.

سادوک،بنیامین،سادوک،ویریجینیا،(١٣٨٢). خلاصه روانپزشکی:علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی ،ترجمه نصرت الله پورافکاری،جلد٣،انتشارات شهر آشوب:آینده سازان، تهران.

علیزاده،حمید.(١٣٨٣) . *اختلال کمبود توجه /فزون جنبشی ویژگی ها ، ارزیابی و درمان* . تهران :انتشارات رشد.

علیزاده ، حمید . (١٣٨٤) . تبیین نظری اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی : الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی ، *پژوهش درحیطه کودکان استثنایی*. ١٧، (٣)،٣٨٤-٣٢٣.

فروع الدین عدل،اصغر،(١٣٧٢).*تاثیر بکارگیری روش آموزش مهارتهای اجتماعی در بهبود رفتارهای اخلال گرانه کودکان*،پایان نامه کارشناسی ارشد،دانشگاه علوم پزشکی ایران،تهران.

کجباف، م و همکاران. (١٣٨٣). بررسی رابطه بین میزان رضایت زناشویی والدین بااختلالات رفتاری دختران. *مطالعات زنان*. سال دوم، شماره ٤. ١٨٣،٤-٢٠٧.

کهرازی ، ف.،آزاد فلاح،پ. ،الهیاری،ع.،١٣٨٢. بررسی اثر بخشی آموزش مهارت حل مسئله در کاهش افسردگی دانش آموزان . *مجله روانشناسی* . سال٧،ش٢، ص ١٢٧-١٤٢.

کیمیایی،سید علی.بیگی، فاطمه.(١٣٨٩).مقایسه کارکردهای خانوادگی مادران کودکان سالم و کودکان بیش فعال/ نقص توجه و تاثیر مهارت حل مساله برکارکردهای خانوادگی مادران.*مجله علوم رفتاری* ، دوره ٤،شماره ٢، تابستان ١٣٨٩. ١٤١-١٤٧.

نجات و همکاران.(١٣٨٥).استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-Bref) ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی – *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی* – دوره ٤- شماره ٤- زمستان ٨٥- ص١٢.

یوسفی،فایق،جزایری،علیرضا و پورشهباز،عباس(١٣٨١).بررسی شیوع اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی و رابطه آن با برخی ویژگی های دموگرافیک خانواده در دانش آموزان ابتدایی شهر سنندج در سال ١٣٧٧،*مجله شناخت* ،دوره١،شماره١،صفحه ١٢تا٢١.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DanForth J S, Harvey E, Ulazek W R. & Eberhardt T. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention deficit/aggressive Behavior.Journal of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry, 3, 188–205.

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

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

Faraone SV, Beiderman J, Mennin D, Gershon J,Tsuang MT(1996). A prospective four-year follow-up study of children at risk for ADHD:Psychiatric ,neuropsychological and

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

psychosocial outcome. J AmAcad Child Adolesc Psychiatr.;35:1449-59.

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

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

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

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

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

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

Loren R EA , Vaughn A J , Langberg J. M, Cyran J.E. M, Proano-Raps T & Beverly H.(2013). Effects of an 8-Session Behavioral Parent Training Group for Parents of Children With ADHD on Child. Journal of Attention Disorders The online version

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

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

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

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

Rey, J.M., Walter, G., Plapp, J.N., Denshire, E. (2000). Family Eenvironment in Attention Deficit/ Hyperactivity, Oppositional Defiant and Conduct Disorder, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34(3): 553-457.

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

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

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

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]

Comparison of the effectiveness of problem solving education and parenting education on marital satisfaction of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder

Leila Shaghaghi[1]

Abstract:

The aim of this study was to compare the effectiveness of problem solving education and parenting education on marital satisfaction of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. This study was an experimental type with pre-test, post-test and follow-up that students of 4 primary schools in Tehran's second district with attention deficit / hyperactivity disorder were randomly divided into three groups: problem solving group, family education group and one group. Control without treatment. Parents of all three groups completed the questionnaires: Connors Behavioral Problems (Parent Form), Hepner and Baker Problem Solving, 36-Question Quality of Life (SF-36), PSI Parental Stress, and Enrich Marital Questionnaire. Covariance method was analyzed. The results showed that better problem-solving education than parenting education increases the quality of life of parents and the mental health of mothers of children with ADHD and improves parent-child relationships and reduces parental stress in parents of children with ADHD. Problem solving training and parenting training were effective on the marital satisfaction of parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Keywords: Hyperactivity, Attention Deficit, Marital Satisfaction

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

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-23]