

# تأثیر آموزش مدیریت رفتار بر میزان رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه

\*دکتر سید ولی اله موسوی (Ph.D.)<sup>۱</sup> - ماندانا عبدالکریمی (M.A.)<sup>۱</sup> - دکتر مهناز خسرو جاوید (Ph.D.)<sup>۱</sup> - دکتر مریم کوشا (M.D.)<sup>۲</sup>

\*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه گیلان، گروه روانشناسی

پست الکترونیک: Mousavi180@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۲/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۱۱

## چکیده

مقدمه: سلامت روانی مادران کودکان دچار اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه، همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است. مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه به دلیل این که با چالش‌های والدگری بیشتری روبرو هستند، استرسی فراتر از مادران کودکان سالم دارند. تحقیق نشان می‌دهد که این گونه تنش‌ها در خصوص مدیریت رفتار فرزندان اغلب منجر به تعارض و تضاد بین زن و شوهر می‌شود. در این راستا تأثیر آموزش مدیریت رفتار جهت ارتقای سلامت روانی مادران در مطالعات متعدد تأیید شده است.

هدف: بررسی تأثیر آموزش مدیریت رفتار بر میزان رضایت زناشویی مادران کودکان دچار اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تجربی ۲۰ نفر از مادران مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی مشاوره و درمان کودکان و نوجوانان گیل که کودک (۶-۱۲ ساله) دچار اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه داشتند، با انتخاب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفته و در مطالعه شرکت داده شدند. مادران هر دو گروه که از نظر برخی عوامل جمعیت شناختی (سن مادر و فرزند، تحصیلات مادر، شغل مادر، تعداد فرزندان، ترتیب تولد فرزندان و میزان درآمد خانواده) همگن شده بودند، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ را قبل از شروع جلسه و دو هفته بعد از پایان جلسه نهم تکمیل کردند.

نتایج: داده‌های پژوهش پس از استخراج با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با روش آماری تحلیل واریانس (طرح اندازه‌گیری‌های مکرر) بررسی شد. نتایج نشان داد میزان رضایت زناشویی در گروه آزمایش ( $F=6/65$  و  $\alpha=0/014$ ) نسبت به گروه شاهد به صورت معنی‌دار افزایش یافته است ( $p \leq 0/05$ ).

نتیجه‌گیری: کاربرد آموزش مدیریت رفتار در ارتقای سلامت خانواده و افزایش رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه مؤثر است. در نتیجه پیشنهاد می‌شود برنامه آموزشی مدیریت رفتار برای این مادران در نظر گرفته شود.

**کلید واژه‌ها:** مادران / اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه / آموزش مدیریت رفتار / رضایت زناشویی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم شماره ۸۰، صفحات: ۸۲-۷۴

## مقدمه

پدر و مادر همراه نشده و از آنها اطاعت نمی‌کنند، از دیگران توقع کمک دارند و نمی‌توانند به گونه‌ای مستقل به بازی و فعالیت بپردازند (۵). اکثر این کودکان از لحاظ عاطفی نیز بی‌ثبات هستند به این معنی که به طور ناگهانی خلقشان تغییر می‌کند و والدین اظهار می‌دارند کودکان چگونگی به سرعت از خوب به بد و مجدداً به خوب تغییر خلق می‌دهد. بنابراین، کودکانی که مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه هستند، علاوه بر داشتن مشکلات رفتاری، بسیار حساس هستند و با آسانی بر آشفتگی می‌شوند. در بسیاری از خانواده‌ها این نکته باعث ایجاد سطحی از تنش می‌شود زیرا اعضای خانواده همواره گوش به زنگ هستند، چون کودک در

اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه (attention-deficit hyperactivity disorder) از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی-رفتاری دوره کودکی است (۱ و ۲) و حدود ۵۰ درصد از مراجعان به درمانگاه‌های روان‌پزشکی اطفال را تشکیل می‌دهد. بر این اساس در تاریخچه روان‌شناسی بالینی هیچ اختلالی به اندازه اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه بحث انگیز نبوده است (۳).

در چهارمین متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، بر سه نشانه اصلی اختلال یعنی نارسایی توجه، بیش فعالی و برانگیختگی تأکید شده است (۴). کودکان دچار اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه، بچه‌هایی پرحرف، لجباز و خودسر بوده،

رابطه با فرزندش غوطه‌ور شود. شوهر نیز ممکن است از دست همسرش عصبانی باشد زیرا به نظر او خودش بهتر از زنش می‌تواند کودک را کنترل نماید و چون پدر معمولاً سخت‌گیرتر است و صدای کلفت‌تری دارد و نیز تماس کمی با کودک دارد، لذا کودک از دستورات پدر خیلی سرپیچی نشان نمی‌دهد، بلکه پیوسته پاسخگوی وی خواهد بود. اما وقتی که پدر زمان طولانی‌تری را با کودکش می‌گذراند، بتدریج نافرمانی زیادی در رفتار کودک آشکار می‌شود و بدنبال افزایش فشار در زندگی زناشویی و نارضایتی پدر از نحوه رفتار زن و فرزندان، اکثر پدرها تمایل به عقب‌نشینی پیدا می‌کنند مثلاً برخی از پدرها برای دیر آمدن شب‌ها به خانه دلایلی پیدا می‌کنند و درموردی که نمی‌توانند این کار را انجام دهند، ممکن است به طور زیرکانه‌ای گوشه‌گیری کنند و وقت کمتری را با همسر و فرزندان خود صرف نمایند. مثلاً پدری که تلویزیون تماشا می‌کند کتاب مطالعه می‌کند یا خود را درگیر یک برنامه کاری سنگین می‌کند، مصداقی از این حالت است. نتیجه چنین اعمالی عمیق‌ترشدن فاصله بین زن و شوهر، ضعیف‌ترشدن رابطه فرزند و پدر و سرانجام این احساس در والدین می‌شود که آنها با دشمن مرموزی که نمی‌توانند آن را به‌طور کامل درک کنند و بشناسند در حال جنگ هستند (۸).

مش و جانستون (۶) در مرور خود به این نتیجه رسیدند که وجود اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه در کودکان با درجه‌های مختلف از اختلال در خانواده و ناهماهنگی زناشویی ارتباط دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که جدایی و طلاق یک عامل خطر ساز در اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه (بویژه برای پسران) در نظر گرفته می‌شود (۹). پژوهش‌های داخلی نیز حاکی از تأثیر منفی اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه بر کنش وری عمومی خانواده و تعارض‌های زناشویی والدین است. این والدین از داشتن چنین فرزندانی احساس نگرانی می‌کنند و تشخیص‌نداده‌شدن بموقع اختلال، این بحران و آشفتگی را در زندگی آنها گسترش می‌دهد. در این

هر لحظه ممکن است یک انفجار عاطفی نشان دهد (۶) در نتیجه این اختلال نه تنها بر فرد، بلکه بر نظام یکپارچه و گسترده‌تر خانواده نیز تأثیر می‌گذارد. هرچند سبب‌شناسی این اختلال بر پایه‌ی عوامل زیستی - عصبی قرار گرفته، ولی باید گفت که این بیماری در خلاء به وجود نمی‌آید و نظام خانواده باید برای حفظ ثبات و تعادل، خود را با فرد دارای نشانه‌های بیماری تطبیق دهد (۷).

نظر به این که معمولاً مادران مسئولیت مراقبت روزانه کودکان را (بویژه هنگامی که کودکان کم سن و سال تر هستند) بر عهده دارند، در صورت بروز مشکل برای این کودکان، مادران آنها ناکامی و ناراحتی بیشتری را احساس می‌کنند. در سال‌های آغازین (یعنی پیش از این که کودکان کم سن و سال مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه، به خوبی تشخیص داده شوند) این ناکامی اغلب منجر به تعارض و تضاد بین زن و شوهر می‌شود، در عین حال بسیاری از پدرها به خاطر این که تحمل‌شان در برابر رفتارهای پرخاشگرانه کودکان بیشتر است و رفتار کودک را به صورت مداوم نمی‌بینند، فکر می‌کنند که فعالیت فرزندشان عادی و بهنجار است. سایر اعضای خانواده نیز اظهار می‌دارند که تنها دلیل مشکل بودن کنترل کودک، شکست یا بی‌کفایتی مادر است. در این شرایط مادر با سه مشکل مواجه می‌شود: ۱) واقعیتهای به نام کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، ۲) ناکامی و خشم مادر به خاطر ناتوانی دیگران (به ویژه شوهر) در درک و فهم وی و کمک به او، ۳) احساس شکست و تردید نسبت به شایستگی خود به عنوان یک مادر (۸).

در نتیجه ممکن است مادر در مورد عقل سلیم خود دچار تردید شود و اعتمادش را نسبت به داوری خود از دست دهد و احساس گناه نتیجه طبیعی چنین فرآیندی خواهد بود. این ترکیب از احساس و نگرش نامطلوب، در اغلب موارد باعث ایجاد مشکلات زناشویی نیز می‌شود مثلاً ممکن است زن به‌طور روزافزون احساس کند که توسط دیگران درک نمی‌شود و در برقراری

اختلال در کودکان) پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (Enrich) را پر کردند. لازم به ذکر است فرزندان مادران مذکور تنها تشخیص اختلال بیش فعالی - کمبود توجه داشته و تشخیص همراه دیگری نداشتند. پس از جمع‌آوری نتایج پرسشنامه، مادرانی که کمترین میزان رضایت زناشویی را داشتند به عنوان افراد مورد مطالعه انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا اسامی ۲۰ نفر مورد اشاره بر اساس نمره‌های پیش‌آزمون (از زیاد به کم (رضایت زناشویی) مرتب شد. آنگاه نام آنها به صورت یک در میان در دو دسته قرار گرفت تا به روش انتساب تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گیرند. همچنین متغیرهایی چون سن مادر، سن فرزند مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، تعداد فرزندان، ترتیب تولد فرزند مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، شغل مادر، میزان تحصیلات مادر و درآمد خانواده برای هم‌تاسازی دو گروه مورد توجه قرار گرفت.

اطلاعات لازم برای انجام این پژوهش، طی اجرای پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ در دو نوبت قبل و پس از اجرای کارگاه‌های آموزشی بدست آمده است. این آزمون‌ها عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: برای ارزیابی میزان رضایت زناشویی آزمودنی‌ها، از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (۱۹۹۷) استفاده شد. این پرسشنامه به‌عنوان ابزار پژوهشی معتبر در پژوهش‌های متعدد برای سنجش میزان رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. هر یک از مقیاس‌های این پرسشنامه در ارتباط با یکی از جنبه‌های مهم زندگی زناشویی است.

فرم اصلی پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ از ۱۱۵ سوال بسته و ۱۲ خرده مقیاس تشکیل شده که جز مقیاس اول آن (که ۵ سوال دارد) بقیه مقیاس‌ها شامل ۱۰ سوال است. پاسخ به سوال‌های این مقیاس به صورت پنج گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف) است. ضریب همبستگی پرسشنامه انریچ با مؤلفه‌های رضایت خانوادگی، از ۰/۴۱

خانواده‌ها قواعد خانوادگی، همسان‌سازی مؤثر وجود ندارد و وضعیت روانی آشفته و ناتوانی در درک رفتارها و احساس کودکان دیده می‌شود. یافته‌های ملک خسروی (۷) نیز همسو با مطالعات خارجی نشان می‌دهد که وجود اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه در کودکان با کاهش کارایی در کارکرد خانواده و کاهش رضایت زناشویی والدین آنها ارتباط دارد.

با در نظر گرفتن این شواهد، اقدام مداخله‌گرایانه حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی برای ارتقای بهداشت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه بویژه مادران بیش از پیش ضرورت دارد. در این راستا برنامه درمانی آموزش مدیریت رفتار به عنوان یکی از رایج‌ترین و مؤثرترین شیوه‌های درمانگری است که اثربخشی آن بر جنبه‌های مختلف رفتار کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه و والدین‌شان توسط پژوهشگران تأیید شده است (۱۰). متخصصان توصیه می‌کنند نقطه شروع آموزش والدین، دست یافتن به بینش نسبت به مشکل کودک و خانواده و تأثیر آن بر عملکرد فردی و خانوادگی است (۱۱) بدین صورت که آموزش باید از پذیرش اختلال آغاز شود سپس، به آنها در مورد چگونگی کمک به فرزندانشان در سازماندهی محیط اطراف، مهارت‌های حل مساله و مقابله با ناکامی‌ها، آموزش داده شود. همچنین، باید به والدین آموخت در برابر رفتارهای پرتنش فرزندان چگونه واکنش نشان دهند (۱۱).

در این پژوهش نیز بررسی تأثیر برنامه آموزش مدیریت رفتار مادران در افزایش رضایت زناشویی مورد توجه قرار گرفته است.

## مواد و روش‌ها

برای انتخاب آزمودنی‌های این پژوهش، صد نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه مراجعه کننده به مرکز تخصصی مشاوره‌ی کودکان و نوجوانان گیل (پس از مصاحبه بالینی و تأیید

فرزندان، تحصیلات مادران، شغل مادران، تعداد فرزندان، ترتیب تولد فرزندان و سطح درآمد خانواده) به ترتیب در جداول ۱ تا ۳ نشان داده شده است.

درباره تأثیر آموزش شیوه های صحیح مدیریت رفتار بر میزان رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی نارسایی توجه، از آزمون تحلیل واریانس (آزمون اندازه گیری های مکرر) استفاده شد که نتایج در جدول (۵ و ۴) ارائه شده است. همان گونه که در جدول ۴ مشاهده است میانگین نمرات پس از آموزش رضایت زناشویی گروه آزمایش به صورت قابل توجه از ۳۸/۶ به ۵۲/۴ افزایش یافته است اما این نمره ها در گروه کنترل تغییر محسوسی ندارد.

همان گونه که در جدول ۵ دیده می شود، مقدار F مشاهده شده (۹/۴۷) نشان می دهد تأثیر عمل آموزشی بیش از عامل زمان است و این اثر در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. تأثیر عامل زمان (F=۵/۹۱) در سطح ۰/۰۱ معنی دار نیست ولی اثر متقابل عمل آموزشی و زمان (F=۶/۶۵) در سطح ۰/۰۱ معنادار است و این بدان معناست که میزان رضایت زناشویی تحت تأثیر متقابل عامل زمان و عمل آموزشی در گروه آزمایش کاهش پیدا می کند. این نتایج نشان می دهد که این فرضیه با توجه به عامل زمان نیز تأیید می شود.

تا ۰/۶۰ و با مؤلفه های رضایت زندگی، از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ بوده است که نشانه روایی سازه آن است. کلیه خرده مقیاس های پرسشنامه انریچ، زوج های راضی و ناراضی را متمایز می کنند و این نشان می دهد که پرسشنامه از اعتبار ملاکی خوبی برخوردار است (۱۲). در فرم کوتاه این مقیاس نمره کمتر از ۳۰ نشانگر ناراضی شدید همسران، نمره بین ۳۰ تا ۴۰ نشانگر ناراضی همسران، نمره بین ۴۰ تا ۶۰ نشانگر رضایت نسبی و متوسط همسران، نمره بین ۶۰ تا ۷۰ نشانگر رضایت زیاد همسران و نمره بالاتر از ۷۰ نشانگر رضایت فوق العاده همسران از روابط زناشویی است. در این پژوهش از فرم کوتاه پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ استفاده شده و نمره کل رضایت زناشویی مورد نظر قرار گرفته است. در پژوهش حاضر اعتبار آزمون با روش آلفای کرونباخ برای همسانی درونی معادل ۰/۹۳ محاسبه شده است (۱۲).

## نتایج

در ابتدا نتایج مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی گروه های آزمایشی و کنترل بر حسب متغیرهای سن مادران، سن

جدول ۱: فراوانی آزمودنی های گروه نمونه بر حسب سن آنها

ردیف	دامنه سنی (سال)	فراوانی	درصد	درصد تراکمی	گروه آزمایش	گروه کنترل	کل آزمودنی ها
۱	۲۷-۲۹	۵	۲۵	۶۰	میانگین (به سال)	میانگین (به سال)	۳۳/۵
۲	۳۰-۳۲	۴	۲۰	۸۰	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	۴/۷۸
۳	۳۳-۳۵	۵	۲۵	۱۱۸	میانگین (به سال)	میانگین (به سال)	۳۳/۷
۴	۳۶-۳۸	۳	۱۵	۲۴۰	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	۴/۹۸
۵	۳۹-۴۱	۱	۵	۹۰	میانگین (به سال)	میانگین (به سال)	۳۳/۵
۶	۴۲-۴۳	۲	۱۰	۱۹۵	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	۴/۷۶
	جمع کل	۲۰	۱۰۰				

جدول ۲: شاخص های توصیفی مربوط به "سن فرزندان" افراد گروه نمونه، به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

شاخص های توصیفی متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		کل		دامنه سنی
	میانگین (به سال)	انحراف استاندارد	میانگین (به سال)	انحراف استاندارد	میانگین (به سال)	انحراف استاندارد	گروه کنترل
سال فرزندان	۸/۵	۲/۵	۸/۱	۱/۶۶	۸/۳	۲/۰۷	۶-۱۲

جدول ۳: اطلاعات توصیفی آزمودنی ها به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	گروه آزمایش	گروه کنترل	کل آزمودنی ها
سطح تحصیلات	۷	۶	۱۳
لیسانس	۳	۴	۷
دیپلم	۵	۵	۱۰
خوب	۴	۴	۸
متوسط	۱	۱	۲
ضعیف	۷	۶	۱۳
وضعیت اشتغال	۴	۳	۷
خانه دار	۴	۶	۱۰
کارمند	۶	۴	۱۰
تعداد فرزندان	۹	۷	۱۶
۱ فرزند	۱	۳	۴
۲ فرزند			
فرزند اول			
ترتیب تولد			
فرزند دوم			

جدول ۴: نمرات خام آزمودنی ها در مقیاس رضایت زناشویی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف میانگین
نمرات پیش آزمون	آزمایش	۳۸/۶	۷/۴۳	۲/۴۷
	کنترل	۳۷/۳	۱۰/۲۵	۳/۲۴
نمرات پس آزمون	آزمایش	۵۲/۴	۵/۰۵	۱/۶۰
	کنترل	۳۶/۹	۱۰/۲۱	۳/۲۲

جدول ۵: بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس در مورد نمرات آزمودنی ها در مقیاس رضایت زناشویی گروه کنترل و آزمایش

شاخص / متغیر	اثر	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری
نمرات رضایت زناشویی	تأثیر آزمایش (عمل آزمایشی)	۱	۹/۴۷	۰/۰۰۴
	زمان اثر متقابل عمل آزمایشی و زمان	۱	۵/۹۱	۰/۰۲۰
		۱	۶/۶۵	۰/۰۱۴

## بحث و نتیجه گیری

بیش فعالی - نارسایی توجه نشان دادند که برنامه گروهی فرزندپروری مثبت، منجر به افزایش تعامل زوجها در اداره کودک، سازگاری زناشویی و افزایش احساس صلاحیت والدین نیز کاهش استرس والدین می شود.

در تبیین چگونگی این نتایج لازم است این واقعیت را در نظر داشته باشیم که مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه، سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزندپروری را تجربه می کنند و احساس بی کفایتی داشتند و سطوح افسردگی، اضطراب و تعارض زناشویی آنان بالاست (۱۷). بررسی متغیر رضایت زناشویی در آزمودنی های پژوهش نشانگر آن است که حضور در کارگاه آموزشی شیوه های صحیح مدیریت رفتار باعث افزایش تعامل زوجها در اداره کودک شده است. در حقیقت به نظر می رسد که برنامه مذکور باعث همدلی جمعی در مادران شده و متوجه شدند که این مشکل مختص آنها نیست. بنابراین، احساس تنهایی کاذب در آنها کاسته شده و با افزایش تعامل و هماهنگی بین زوجها تیندگی مادران در مورد نگهداری کودکان و تعارض والدین در تربیت کودک کاهش پیدا کرده و سازگاری زناشویی افزایش می یابد. در کارگاه آموزشی تلاش شد که با آموزش مدیریت رفتار (از جمله بکارگیری اقتصاد ژتونی) احساس کنترل بر موقعیت ها در مادران افزایش یابد. همچنین، با بالا بردن دانش عمومی گروه نمونه درباره ی اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه، هشیار کردن آنها نسبت به تأثیر این اختلال بر زندگی خانوادگی و شخصی، تصحیح اطلاعات غلط درباره اختلال، تغییر سوگیری های منفی نسبت به درمانگری های دارویی و حمایت از کودکان و خانواده آنها و تفهیم این نکته که آنها با مشکلاتشان تنها نیستند، از فشارهای روانی مادران کاسته شد. علاوه بر آن به گروه نمونه آموزش داده شد تا چگونگی تعاملات مثبت با کودکانشان را

این مطالعه به بررسی تأثیر آموزش مدیریت رفتار بر میزان رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان می دهد که حضور در جلسه های آموزش مدیریت رفتار به مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه، موجب افزایش رضایت زناشویی آنها می شود. زیرا پس از اجرای کارگاه آموزشی شیوه های صحیح مدیریت رفتار، میانگین نمره رضایت زناشویی آنها به طور معناداری افزایش یافت. همسو با نتایج این مطالعه وایمز، پلهام، مولینا، گنجاجی، ویلسون و گرین هاوس (۱۳)، دریافتند که میزان تعارض زناشویی و طلاق در والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه نسبت به گروه کنترل به طور معنادار بالا است و آموزش مدیریت رفتار برای والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه می تواند با ارتقای سلامت روانی والدین و بهبود تعامل خانواده میزان رضایت زناشویی آنها را افزایش دهد. در همین راستا ویلز و همکاران (۱۴) با مطالعه بر ۵۶۹ کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه (۷-۹ ساله) و والدین آنها در آمریکا و کانادا نشان دادند که ترکیب رفتار درمانی و دارو درمانی موجب افزایش تعامل مثبت والد - کودک، کاهش مشکلات رفتاری فرزندان، ارتقاء سلامت روان والدین و روابط خوب همسران می شود. مارکی ددز و ساندرز (۱۵) نیز نشان داده اند که در اثر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت و ارائه شیوه های صحیح مدیریت رفتار برای والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه، بهبود قابل ملاحظه ای در تعارض والدگری و رضایت زناشویی گروه پژوهش بوجود آمده است. روشن بین، پوراعتماد و خوشابی (۱۶) نیز طی بررسی تأثیر برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۱۰-۴ ساله مبتلا به اختلال

بویژه مادران همخوان است، به نظر می‌رسد که با بکارگیری روش‌های رفتاری، می‌توان در ارتقای بهداشت روانی خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه گامی مؤثر و مثبت برداشت. همچنین، در این مطالعه به علت دسترسی بیشتر و آسان‌تر، تنها مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه شرکت کردند. توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی، به منظور ارتقاء سلامت روان خانواده کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه، پدران نیز در چنین مطالعه‌ای شرکت داده‌شوند.

افزایش دهند و از تعارضات بکاهند و از روش‌های نامناسب فرزندپروری بپرهیزند. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که این آموزش به طور معناداری در افزایش رضایت زناشویی آزمودنی‌ها تأثیر گذار بوده است. از آن‌جا که در مطالعه حاضر آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار در کاهش تعارضات زناشویی موفق بوده است و با توجه به این امر که نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعات متعددی (۱۵-۱۳) در بهبود تعاملات میان فردی والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه و کاهش تعارضات زناشویی

## منابع

1. Teeter P A. Interventions for ADHD. New York; Guilford, 1998.
2. Wolraich' Mark L. Disorders of Development and Learning . Hamilton; BC Decker, 2003.
3. Pharies V. Understanding Abnormal Child Psychology. New York Wiley, 2003.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC; Author, 2000.
5. Mash E J, Johnston C. Families of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: Review and Recommendation for Future Research. Clinical Child and Family Psychology Review 2001; 4: 183-207.
6. Mash E J, Johnston Barkley. Child Psychopathology. New York; The Guilford Press, 2003.
7. Malek khosravi, Gafar. The Function of Family Children with Attention Deficit/Hyperactivity. Thesis for Master of Arts (M.A), Tehran; University Rehabilitation and Well-Being Science, 2000.[Text in Persian]
8. Rutter M, Giller H. Antisocial Behavior by Young People. Cambridge; Cambridge University Press, 1998.
9. Goldstein M. Managing Attention Deficit/Hyperactivity Disorders in Children: A guide for practitioners (2ed Ed). New York; Wiley, 1998.
10. Barkley R A. Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing A Unifying Theory of ADHD. Psychological Bulletin 1997; 121: 65-94.
11. Jensen P, Arnold L, Richters J. 14\_ Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1073- 86.
12. Sanaei Bager. The Scales of Assessment Family and Marriage. Tehran; Beasat Publication, 1998. [Text in Persian]
13. Wymbs B T, Pelham W E, Molina B S, Gnagy E M, Wilson T K, Greenhouse J B. Rate and Predictors of Divorce among Parents of Youths with ADHD. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2008; 76(5): 735-44.
14. Wells K C, Chi T C, Hinshaw S P, Epstein J N, Pffiffer L, Nebel-Schwalm M, Owens E B, et al. Treatment-Related Changes in Objectively Measured Parenting Behaviors in the Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006; 74(4): 649-57.
15. Markie-Dadds C, Sanders M R. Self-Directed Triple P (Positive Parenting Program) for Mothers with Children at Risk of Developing Conduct Problems. Cambridge Journals Online. Available: <http://journals.Cambridge.org/education/action/eyeOG et Fulltxt? Fulltextid= 451429. 259-275, 2001>.
16. Roshanbin Mahdeyeh, Pouretemad Hamidreza, Khoshabi Katayon. The Efficacy of Positive Parenting Group Program on Mothers Stress of Children with

Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. Journal of Family Research 2004; 10; 556-572.

sample child psychopharmacology. J Clin Psychol 1991; 20: 245-53.

17. Dapaul GJ. Parent and teacher rating of ADHD system psychometric properties in a community based



## The Efficacy of the Management Behavioral Training on the Levels of Marital Satisfaction in the Mothers of ADHD Children

\*Musavi S.V.(Ph.D.)<sup>1</sup>- Abdolkarimi M.(M.A.)<sup>1</sup>- Khosrojavid M.(Ph.D.)<sup>1</sup>- Kusha M.(Ph.D)<sup>2</sup>

\*Corresponding Address: Department of Psychology, University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

E- mail: Mousavi180@yahoo.com

Received: 7/Mar/2011 Accepted: 1/Jun/2011

---

### Abstract

**Introduction:** The Management behavioral training for the mothers of ADHD children has an effective role in decreasing behavioral problems in children.

**Objective:** This study examined the efficacy of the Management Behavioral Training on the levels of marital satisfaction in the mothers of ADHD children.

**Materials and Methods:** In this clinical trial study, twenty mothers (10 in each experimental and control group) who had at least one child with clinically diagnosed ADHD and aged between 6 to 12 years old, were recruited from the consecutive referrals to the child and adolescent psychiatric clinic of Gil and baby clinic, Rasht, Iran . The mothers in the two groups were matched in some demographic variables including age, education, occupation, number of children, the birth sequence of children and family income. Mothers in both groups completed two scales: Enrich Marital Satisfaction Inventory as a pre test and post test assessment.

Subjects in experimental group participated in nine subsequent management behavioral training workshop sessions. The discrepancies of pre and post intervention were compared between two groups by SPSS software using repeated measure ANOVA statistical method.

**Results:** The obtained data were analyzed using SPSS and variance analysis. AS revealed, intervention group had significant improvement on the levels of marital satisfaction in comparison with the control group ( $P<0.005$ ).

**Conclusion:** According to the findings of this study, use of Management Behavioral Training is recommended to increase the level of marital satisfaction of the mothers with ADHD children.

**Key word:** Mothers of ADHD Children, Management Behavioral Training, Marital Satisfaction.

---

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 80, Pages: 74-82