

## مقایسه تعامل مادر- فرزند و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان بیش فعال و عادی

اعظم ملایی

کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه تعامل مادر- فرزند و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان بیش فعال و عادی بود. طرح تحقیق حاضر علی‌مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش را کلیه مادران دارای کودکان بیش فعال و عادی مراجعه کننده به بیمارستان پاستور نو شهر تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. از جامعه فوق تعداد ۱۰۰ نفر از مادران دارای کودکان عادی که فرزندان آنها بین گروه سنی (۶-۱۰) سال قرار داشتند و در سال (۹۵-۹۶) به مدرسه دهکده شهر تهران دانش مراجعه کرده بودند و همچنین ۱۰۰ نفر از مادران دارای کودکان بیش فعال که فرزندان آنها بین گروه سنی ۶-۱۰ سال قرار داشتند و در سال (۹۵-۹۶) به بیمارستان پاستور نو در شهر تهران مراجعه کرده بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس متناسب با حجم جامعه انتخاب و به پرسشنامه‌های رابطه والد کودک پیناتا (۱۹۹۴) و مقیاس خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) جواب دادند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس استفاده شد و یافته‌ها نشان داد، تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرهای خودکارآمدی و تعامل مادر- فرزند با توجه به گروه وجود دارد و ۴۲ درصد از واریانس متغیرهای وابسته بدینوسیله تبیین می‌گردد. براساس نتایج، مادران دارای کودکان بیش فعال در مقایسه با مادران دارای کودکان عادی از میزان خودکارآمدی پایین‌تری برخوردار بودند، نزدیکی کمتری با کودکان داشتند و دارای تعارض بیشتری با کودکانشان بودند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، تعامل مادر- فرزند، خودکارآمدی، مادران.

## مقدمه

اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup> اختلالی است که در آن پرتحرکی، بی‌توجهی و رفتارهای ناگهانی بیشتر و شدیدتر از کودکان دیگر وجود دارد. این اختلال دربرگیرنده کودکانی است که از دستورات اطاعت نمی‌کنند، از لحاظ هیجانی تحریک‌پذیر و خشن هستند (تیول، وینرز، تانوج و جنکین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴)، براساس مطالعات، کودکان ADHD به میزان بیشتری نسبت به سایر کودکان به مشکلات عاطفی<sup>۳</sup>، اجتماعی<sup>۴</sup> و رفتاری<sup>۵</sup> دچار می‌شوند و مشکلات تحصیلی بیشتری دارند (ویلکاسکی و رایینسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶؛ کلین، آنیک و دانکلار<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). اغلب به نظر می‌رسد حواسشان جای دیگری است و اکثر این کودکان ستیزه‌جو، نافرمان و پرخاشگر هستند و با کودکان دیگر میانه‌جوی ندارند و به‌طورکلی لجوج، ریاست‌طلب و بی‌انضباط هستند و در نتیجه رفتار والدین با این کودکان نقش بسزایی در نحوه برخورد یا کنترل این اختلال می‌تواند داشته باشد (علیزاده، ۱۳۸۳).

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی یک الگوی ثابت بی‌توجهی و بیش‌فعالی است که فراوان‌تر و شدیدتر از آنچه تیپیک کودکان با سطح رشد مشابه دارند، می‌باشد. بعضی از علایم باید قبل از ۷ سالگی ظاهر شوند، هرچند تشخیص بعضی از کودکان سالها پس از آن که علایم آشکار بوده است، گذاشته می‌شود. برای برآورده شدن ملاکهای تشخیص این اختلال، تخریب ناشی از نارسایی توجه و یا بیش‌فعالی تکانشگری باید حداقل در دو محیط (خانه و مدرسه) وجود داشته و با کارکرد مناسب اجتماعی، آموزشی و فعالیتهای خارج از مدرسه تداخل نماید. این اختلال نباید در جریان اختلال فراگیر رشد، اسکیزوفرنی یا یک اختلال پسیکوتیک دیگر روی دهد و اختلال روانی دیگری توجیه بهتری برای آن نباشد (سادوک و سادوک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۲).

این اختلال مشکلاتی را برای خود کودکان و مراقبان آنها از جمله مادران ایجاد می‌کند (بارکلی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱). از مشکلاتی که این اختلال می‌تواند برای اطرافیان بوجود آورد، خودکارآمدی در مادران و تعامل مادران با کودکان است. بسیاری از والدینی که فرزند با اختلال رشدی و یا به عبارتی اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی دارند، خودکارآمدی کمتری را در مقایسه با والدین کودکان عادی گزارش می‌کنند (مارتین، بورنزو کال<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۶). آرماس، سرتو و اینسکو<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۷) بیان کردند، خودکارآمدی به توانایی قبول مسئولیت، احساس توانایی مرتبط با وظایف یا کار گفته می‌شود. آنان معتقدند افراد با خودکارآمدی بالا در زمان بروز محرک دارای فشار روانی، عقب‌نشینی نکرده و به مقابله مسقیم روی می‌آورند. ایوازاکی، هوندا، کانکو، هوند، کاکیناما و جانگ<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۷) بیان کردند، افراد دارای خودکارآمدی با افزایش تلاش و کوشش به میزان زیادی سازگاری هیجانی، سلامت و درنهایت موفقیت کسب می‌کنند؛ بنابراین، خودکارآمدی سازوکار علی ارتقای سلامتی است و نتایج مطالعات نشان داده است که تنظیم خودکارآمدی در تعدیل رفتارهای مرتبط با سلامتی مؤثر است. ارتقای خودکارآمدی به نتایج بهتر خود مدیریتی منجر می‌شود، امید به زندگی را افزایش داده و رفتارهای سلامتی را تعدیل می‌کند. ارتقای خودکارآمدی با کنترل نشانه‌ها، درمان، پیامدهای جسمانی، اثرات روانی اجتماعی بیماران مزمن ارتباط دارد (علاقه‌بند، ۱۳۹۵).

از آنجا که رابطه‌ای بین خودکارآمدی مادر با نحوه رفتار با کودک مبتلا به اختلال ADHD وجود دارد، هرچقدر سطح علم و آگاهی مادر و شناخت مادر نسبت به اختلال ADHD بالاتر باشد، در کیفیت این رابطه تأثیر مستقیم و مثبت خواهد داشت.

۱. ADHD

۲. Theule J, Wieners J, Tannock R & Jenkins

۳. Emotional

۴. social

۵. Behavioral

۶. Wilkowski, B., & Robinson

۷. Klein, M. Onnink, M., Donkelaar

۸. sadock and sadock

۹. Barkley

۱۰. Martin, Burns, Collie

۱۱. Armas, Cretu, Ionescu

۱۲. Iwasaki, Honda, Kaneko, Honda, Kakinuma, Jahng

بدیهی است مادری که از راهکارهای ارائه شده توسط متخصصین این رشته سطح آگاهی خود را بالا ببرد می‌تواند از بروز مشکلات و ناهنجاری رفتاری ناشی از این اختلال جلوگیری کند و در بعضی موارد منجر به درمان این اختلال نیز می‌شود. بالعکس آن یعنی عدم آگاهی مادر در رابطه با اختلال ADHD می‌تواند باعث به وجود آمدن اولاً یک رابطه نامناسب بین مادر و کودک مبتلابه اختلال ADHD شود، ثانیاً برای خود کودک معضلاتی به دنبال دارد، از جمله: از دست دادن اعتماد به نفس، عدم ارتباط با اجتماع، عدم ارتباط با گروه همسالان و مدرسه می‌تواند باشد؛ بنابراین، خودکارآمدی والدین، باورهای آنها نسبت به توانایی‌هایشان درباره فرزندان و موفقیت در نقش پدری و مادری است و خودکارآمدی والدین یعنی احساس آنان در مورد توانایی تغییر در زندگی فرزندان خود از قبیل رفتار یادگیری آنان که این امر احتمالاً به موفقیت هرچه بیشتر آنان در فعالیتهای اجتماعی، احساسی و علمی منجر می‌شود (شامو و لوماکس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲).

از سوی دیگر، درمان تعامل والد-کودک یکی از برنامه‌های رفتاری آموزش والدین مبتنی بر شواهد پژوهشی است. در این برنامه دو دسته از مهارت‌ها در دو مرحله متوالی درمان مورد توجه قرار می‌گیرد. در مرحله تعامل کودک محور، والدین استفاده از مهارت‌های معمول بازی درمانی را به منظور ارتقاء ارتباط والد-کودک می‌آموزند. در مرحله تعامل والدمحور، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش رفتارهای مخل‌کودکشان، مهارت‌های لازم را فرا می‌گیرند (کاپلان و سادوک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). تیول و همکاران در سال (۲۰۱۴) عوامل زیادی از جمله نشانه‌های بیش‌فعالی، حمایت اجتماعی، اشتغال، وضعیت تاهل و تعارض کار- خانواده را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های استرس در والدین مورد بررسی قرار دادند و نتایج نشان داد بیش‌فعالی قویترین پیش‌بینی‌کننده استرس در والدین است. راجرز، وینر و مارتون<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای که روی والدین دارای کودکان با اختلال کاستی توجه/ خودکارآمدی پایین تری نسبت به والدین کودکان بهنجار برخوردارند. در ایران، عاشوری و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند، برنامه والدگری مثبت بر خودکارآمدی والدینی و تعامل مادر با کودک دارای کم توانی هوشی موثر است و ذوقی پایدار و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که بین میزان سلامت روان مادران دارای کودکان با اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی و مادران دارای کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد؛ بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین تعامل مادر- فرزند و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان بیش‌فعال و عادی تفاوت وجود دارد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر پس‌رویدادی و از نوع علی- مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودکان بیش‌فعال و عادی مراجعه کننده به بیمارستان پاستور نو منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۳۹۵ است. روش نمونه‌گیری در دسترس است و حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان برابر است با ۲۰۰ نفر از مادران دارای کودکان بیش‌فعال (۱۰۰ نفر) و عادی (۱۰۰ نفر) در سال ۱۳۹۵ انتخاب شد. بر اساس کسب اطلاعات جمعیت‌شناختی، تعداد ۸۲ شرکت‌کننده دارای مدرک تحصیلی دیپلم و زیردیپلم، ۵۳ فرد فوق دیپلم، ۴۴ فرد لیسانس و تعداد ۲۱ فرد دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر بودند. همچنین تعداد ۶۱ نفر از شرکت‌کنندگان شاغل و تعداد ۱۳۹ فرد خانه‌دار بودند. علاوه بر این، مادران دارای کودکان بیش‌فعال با میانگین سنی (۳۰/۳۶ سال) به نسبت گروه دیگر با میانگین سنی (۲۹/۷۳ سال) دارای میانگین سنی بالاتری بودند و در نهایت به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد.

<sup>۱</sup>- Shumow & Lomax

<sup>۲</sup>- Kaplan, H. I. & Sadock

<sup>۳</sup>- Rogers, Wiener & Marton

## ابزار

## مقیاس تعامل والد-کودک:

این مقیاس توسط پیاندا برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ ماده می‌باشد که ادراک والدین را در مورد رابطه آنها با کودک، می‌سنجد. این پرسشنامه توسط طهماسیان در سال ۱۳۸۶ ترجمه و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصین ارزیابی شده است. این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض (۱۷ ماده)، نزدیکی (۱۰ ماده) و وابستگی (۶ ماده) و رابطه مثبت کلی (مجموع سوالات) می‌باشد که هر کدام به ترتیب با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۴، ۰/۶۹، ۰/۴۶ و ۰/۸۰ از پایایی مناسبی برخوردار بودند. مقیاس رابطه والد-کودک یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است و نمره‌گذاری آن براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (نمره ۵ برای قطعا صدق می‌کند و نمره ۱ برای قطعا صدق نمی‌کند) می‌باشد. این مقیاس برای سنجش رابطه والد-کودک در تمام سنین استفاده شده است (به نقل از شاپورآبادی و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش شاپورآبادی و همکاران (۱۳۹۱) پایایی آزمون ۰/۸۷ گزارش شد و در پژوهش حاضر نیز پایایی آزمون با استفاده از ضریب الفای کرونباخ مورد بررسی و ضریب ۰/۸۳ گزارش شد.

## مقیاس خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲):

این مقیاس در سال ۱۹۸۲ توسط شرر و مادوکس ساخته شد و دارای ۱۷ سوال است. جواب‌های این پرسشنامه در یک طیف سه گزینه‌ای قرار دارد و از ۱ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. آیتم‌های ۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. وودروف و کاشمن (۱۹۹۳) روایی و پایایی این مقیاس را تایید کردند. ضریب همسانی درونی این مقیاس برابر با ۰/۸۳ است و برای مطالعه روایی ملاکی، همبستگی آن با (مکان کنترل درونی راتر) برابر با ۰/۳۴۲=۲ بدست آمده که در سطح ۰/۰۱= p معنادار است. پایایی پرسشنامه در پژوهش براتی بختیاری (۱۳۷۵) به میزان ۰/۷۹ و همچنین در پژوهش ملک شاهی و همکاران ۰/۷۳ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی آزمون با استفاده از ضریب الفای کرونباخ مورد بررسی و ضریب ۰/۷۹ گزارش شد.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات مادران دارای کودکان بیش‌فعال و عادی در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها (تعداد = ۲۰۰)

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی	مادران دارای کودکان بیش‌فعال	۳۰/۲۲	۸/۶۴
	مادران دارای کودکان عادی	۳۷/۳۲	۵/۹۸
تعارض	مادران دارای کودکان بیش‌فعال	۵۸/۳۲	۶/۲۸
	مادران دارای کودکان عادی	۴۳/۸۱	۹/۶۷
نزدیکی	مادران دارای کودکان بیش‌فعال	۲۹/۰۳	۷/۹۱
	مادران دارای کودکان عادی	۳۷/۵۵	۷/۱۹
وابستگی	مادران دارای کودکان بیش‌فعال	۲۲/۱۵	۳/۶۳
	مادران دارای کودکان عادی	۲۱/۴۳	۳/۴۵
تعامل مادر-کودک	مادران دارای کودکان بیش‌فعال	۱۰۹/۵۰	۹/۴۲
	مادران دارای کودکان عادی	۱۰۲/۷۹	۱۳/۱۱

بر اساس یافته‌های جدول فوق مادران دارای کودکان بیش‌فعال در مقایسه با گروه مادران دارای کودکان عادی در متغیرهای خودکارآمدی و نزدیکی نمرات پایین‌تر و در متغیرهای تعارض و وابستگی نمرات بالاتری بدست آوردند. برای اینکه مشخص شود تفاوت‌های بدست آمده از لحاظ آماری معنی‌دار است یا خیر لازم است داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار بگیرد. در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج، از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردیده است. بنابراین لازم است تا پیش‌فرض‌های مورد نیاز جهت کاربرد آزمون‌های پارامتریک بررسی گردند. برای آزمون پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج حاصل شده در جدول زیر آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در هیچ متغیری واریانس دو گروه تفاوت معناداری با هم ندارند.

### جدول ۲- نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه (تعداد= ۲۰۰)

متغیر	آماره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری
خودکارآمدی	۰/۰۷۴	۱	۱۹۸	۰/۷۸۰
تعامل مادر- کودک	۰/۹۰۷	۱	۱۹۸	۰/۳۴۰

همان‌طور که در جدول ذیل مشاهده می‌شود، تفاوت معنی‌داری در ترکیب خطی نمرات متغیرهای خودکارآمدی و تعامل مادر- کودک با توجه به گروه (گروه مادران دارای کودکان بیش‌فعال و عادی) وجود دارد ( $P= ۰/۰۰۰۱$ ،  $F= ۳۶/۶۷۲$  و  $۰/۵۷۱=$  لامبدای ویلکز). همچنین نتایج ضریب اتا نشان داد، ۴۲ درصد از واریانس متغیرهای وابسته توسط متغیرهای گروه-بندی (گروه مادران دارای کودکان بیش‌فعال و عادی) تبیین می‌گردد.

### جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه

آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۴۲۹	۳۶/۶۷۲	۴	۱۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۹
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۷۱	۳۶/۶۷۲	۴	۱۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۹
آزمون اثر هتلینگ	۰/۷۵۲	۳۶/۶۷۲	۴	۱۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۹
آزمون بزرگترین ریشه وری	۰/۷۵۲	۳۶/۶۷۲	۴	۱۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۹

بر اساس نتایج جدول ذیل که تعامل مادر- فرزند و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان بیش‌فعال و عادی را مورد بررسی قرار داد و نتایج نشان داد مادران کودکان بیش‌فعال نسبت به گروه مادران کودکان عادی از میزان تعارض و وابستگی بالاتری برخوردار بودند و این تفاوت در متغیر تعارض معنادار بود. همچنین مادران کودکان بیش‌فعال نسبت به گروه مادران کودکان عادی از میزان خودکارآمدی و نزدیکی کمتری برخوردار بودند و این تفاوت معنادار بود.

جدول شماره ۴- نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها (n=۲۰۰)

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
گروه	خودکارآمدی	۲۵۲۰/۵۰۰	۱	۲۵۲۰/۵۰۰	۴۵/۶۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۱۸۷
	تعامل مادر- کودک	۲۲۵۱/۲۰۵	۱	۲۲۵۱/۲۰۵	۹/۱۲۵	۰/۰۰۳	۰/۰۴۴
	تعارض	۱۰۵۲۷/۰۰۵	۱	۱۰۵۲۷/۰۰۵	۵۹/۸۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳۲
	نزدیکی	۳۶۲۹/۵۲۰	۱	۳۶۲۹/۵۲۰	۶۳/۴۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴۳
	وابستگی	۲۵/۹۲۰	۱	۲۵/۹۲۰	۲/۰۶۳	۰/۱۵۲	۰/۰۱۰
خطا	خودکارآمدی	۱۰۹۴۲/۹۲۰	۱۹۸	۵۵/۲۶۷			
	تعامل مادر- کودک	۴۸۸۴۷/۵۹۰	۱۹۸	۲۴۶/۷۰۵			
	تعارض	۳۴۸۲۷/۱۵۰	۱۹۸	۱۷۵/۸۹۵			
	نزدیکی	۱۱۳۱۹/۶۶۰	۱۹۸	۵۷/۱۷۰			
	وابستگی	۲۴۸۷/۲۶۰	۱۹۸	۱۲/۵۶۲			
کل	خودکارآمدی	۲۴۱۵۴۶/۰۰۰	۲۰۰				
	تعامل مادر- کودک	۲۳۰۴۴۵۱/۰۰۰	۲۰۰				
	تعارض	۵۶۶۸۸۱/۰۰۰	۲۰۰				
	نزدیکی	۲۳۶۵۹۴/۰۰۰	۲۰۰				
	وابستگی	۹۷۴۷۴/۰۰۰	۲۰۰				

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تعامل مادر- فرزند و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان بیش فعال و عادی صورت پذیرفت و یافته‌ها نشان داد، مادران کودکان بیش فعال نسبت به گروه مادران کودکان عادی از میزان تعارض و وابستگی بالاتر و نزدیکی و خودکارآمدی پایین تری برخوردار بودند و این تفاوت در متغیر تعارض و خودکارآمدی معنی دار بود. نتایج این پژوهش با یافته‌های تیول و همکاران (۲۰۱۴)، سینگ، لانکوئینی، وینتون و سینگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)، دانفورث، هاروی، آلازچ و ابراردت<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) و عاشوری و همکاران (۱۳۹۴) همسوست. به عنوان نمونه، سینگ و همکاران در سال (۲۰۱۰) نشان دادند، ارائه آموزش آگاهی به والدین، میتواند تعاملات مثبت بین والدین و کودکانشان را ارتقاء بخشد و رضایت کودکان از والدینشان را افزایش دهد. همچنین، تیول و همکاران در سال (۲۰۱۴) بیان کردند، بیش فعالی قویترین پیش‌بینی کننده استرس در والدین است و راجرز و همکاران در سال (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای نشان دادند که والدین کودکان با اختلال کاستی توجه/بیش فعالی از میزان خودکارآمدی پایین تری نسبت به والدین کودکان بهنجار برخوردارند. براساس نظر مارتین و همکاران (۲۰۱۶) باورهای کارآمدی والدین و رفتارهای کودکانشان ارتباطی دوسویه است. لذا وجود کودکی با اختلال رشدی می‌تواند اثرات خود را بر کارآمدی والدین بگذارد و منجر به کاهش آن گردد. از سویی، براساس نظر پریماک<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲) حضور کودک دارای اختلال کاستی توجه/بیش فعالی با کاهش احساس خودکارآمدی والدینی، کاهش احساس رضایت و افزایش سطوح استرس در والدین مرتبط است و می‌تواند ارتباط والد- کودک را دچار مشکل کند. همچنین، ادراک والدین و انتظارات آنها تأثیری قوی بر شیوه-

<sup>۱</sup> Singh N, Lancioni G, Winton, A & Singh

<sup>۲</sup> DanForth J S, Harvey E, Ulazek W R. & Eberhardt

<sup>۳</sup> Primack

های تعامل والد- فرزند دارد و تقویت مهارت‌های ارتباط موثر و مطلوب با فرزند و همین طور تقویت مهارت‌های فرزندپروری که از طریق آموزش والدین ایجاد می‌شود، می‌تواند نقش تعدیل کننده‌ای در مشکلات رفتاری دوران کودکی و خودکارآمدی والدینی داشته باشد (به نقل از مولایی، ۱۳۹۵).

از این روی، خودکارآمدی والدینی به طور معناداری پیش‌بینی کننده میزان بالای اشتیاق، سازگاری، پذیرش و اظهار صمیمیت در برقراری ارتباط با کودک است و سطوح پایین‌تر خودکارآمدی والدین باعث می‌شود که آنها گرایش بیشتری به استفاده از شیوه‌های منفی در تربیت فرزند داشته باشند و به میزان کمتری از برنامه‌های درمانی و خدمات ارایه شده برای کودکان بهره ببرند و در تصمیم گیری درباره مناسبترین راهبردهای درمانی برای کودک شکست بخورند. این امر تاثیرات منفی بر رشد کودک گذاشته و رفتارهای مخرب بیشتری را منجر می‌شود. بنابراین با توجه به این حقیقت که خودکارآمدی پایین مادران، تاثیر به سزایی بر روند رشد کودک می‌گذارد، به نظر میرسد که ارایه برنامه‌های درمانی زود هنگام برای حمایت موثر از کودکان و خانواده‌هایشان، از پیامدهای منفی این اختلال جلوگیری کند و انرژی‌های سرشار خانواده را پیش از سرکوب شدن در مسیری صحیح هدایت کند. همچنین، عاشوری و همکاران (۱۳۹۴) پژوهشی با عنوان اثربخشی برنامه والدگری مثبت بر خودکارآمدی والدینی و تعامل مادر- کودک دارای کم‌توانی هوشی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که برنامه والدگری مثبت بر خودکارآمدی والدینی و تعامل مادر با کودک دارای کم‌توانی هوشی موثر است. آنان بیان کردند، با توجه به این که تقویت مهارت‌های والدگری منجر به افزایش خودکارآمدی والدینی و تعامل مادر با کودک می‌شود، برنامه‌ریزی جهت آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران کودکان دارای کم‌توانی هوشی اهمیت ویژه‌ای دارد.

## منابع

۱. ذوقی پایدار، محمدرضا، قاسمی، معصومه، بیات، احمد. صناعی کمال، سمانه (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی. *تعلیم و تربیت استثنایی*. ۸(۱۳۹۶).
۲. سادوک، بنیامین و ویرجینیا سادوک. (۲۰۰۳) *خلاصه روانپزشکی*، جلد سوم، ترجمه: نصرت الله پورافکاری (۱۳۸۲). تهران: انتشارات شهرآب.
۳. شاپورآبادی، ثریا. تجریشی، معصومه. محمدخانی، پروانه. فرضی، مرجان (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه گروهی والدگری بر رابطه مادر- کودک در کودکان با اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه. *مجله روانشناسی بالینی*. ۴(۳).
۴. عاشوری، محمد. افروز، غلامعلی. ارجمندنی، علی اکبر. تجریشی، معصومه. غباری بناب، باقر (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه والدگری مثبت بر خودکارآمدی والدینی و تعامل مادر- کودک دارای کم‌توانی هوشی. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۲۳(۵).
۵. علاقه بند، علی (۱۳۹۵). بررسی سهم لذت طلبی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و احساس خودکارآمدی در بازگشت بیماران معتاد به مواد مخدر. پایان نامه کارشناسی ارشد. *دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن*.
۶. عزیزاده، حمید (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه - فزون جنبشی، ویژگی‌ها و ارزیابی و درمان. چاپ اول. تهران: انتشارات رشد.
۷. مولایی، اعظم (۱۳۹۵). مقایسه تعامل مادر- فرزند و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان بیش‌فعال و عادی. پایان- نامه کارشناسی ارشد. *دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی*.
۸. وزیر، شهرام. لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۸۷). خودکارآمدی جنسی و رضایت جنسی همایش روان‌شناسی و مشاوره. *دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن*.

9. Armas, A., Cretu, R., Ionescu, R (2017). Self-efficacy, stress, and locus of control: The psychology of earthquake risk perception in Bucharest, Romania. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. (41).

10. Barkley, R.A. (2006). Attention Deficit hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis Treatment. New York: *Guilford Press*.
11. Barkley, R. A. (2011). Barkley Adult ADHD Rating Scale -IV (BAARS-IV). *New York, London: The Guilford Press*.
12. 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.
13. Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical psychology review*, 25, 341-363
14. Iwasaki, Y., Honda, S., Kaneko, K., Honda, A., Kakinuma, A., Jahng, D (2017). Exercise Self-Efficacy as a Mediator between Goal-Setting and Physical Activity: Developing the Workplace as a Setting for Promoting Physical Activity. *Safety and Health at Work*. 8(1).
15. Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (2005). Comprehensive Textbook of Psychiatry. *Altimore: Williams & Wilkins*.
16. Klein, M. Onnink, M., Donkelaar (2017). Brain imaging genetics in ADHD and beyond – mapping pathways from gene to disorder at different levels of complexity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. (69).
17. Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, I., & Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: comparing parents of children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of School Psychology*, 47,167-185.
18. Martin, A., Burns, C., Collie, R (2016). ADHD, personal and interpersonal agency, and achievement: Exploring links from a social cognitive theory perspective. *Contemporary Educational Psychology*. (99).
19. Sadock, B. J., Sadock, V.A., &Kaplan (2003): synapses of psychiatry (ninth edition).Philadelphia: *Lippincott Wiliam & Willkins*.
20. Singh N, Lancioni G, Winton, A & Singh, J. (2010). Mindfulness Training for Parents and Their Children With ADHD Increases the Children's Compliance. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 167-174.
21. Shumow, L. & Lomax, R. (2002). Parental efficacy: Predictor of parent behavior and adolescent outcomes. *Arenting: Science & practice*,2,127-150.
22. Theule J, Wieners J, Tannock R & Jenkins J. M. (2014). Parenting Stress in Families of Children With ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 21(1) 3-17.
23. Wilkowski, B., & Robinson, D. (2016). The Anatomy Of anger: An integrative cognitive model of trait anger and veactive aggression. *Journal of personality*, 78, 19-38.

## Compare the Efficacy and Mother-Child Interaction Mothers with Children Hyperactive and Normal

Azam Malaei

*M. A of Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch*

---

### Abstract

The aim of this study was to compare the efficacy and mother-child interaction mothers with children hyperactive and normal. Descriptive and comparative research design is causal. The sample consisted of 100 mothers of normal children that their children between the age groups (6-10) years and in the year (96-95) have referred to the school of the village of Tehran and also 100 mothers of children between the age group of hyperactive children who are 10-6 years. And in the year (96-95) have referred to the hospital in Tehran Pastor No. The samples using multistage random cluster sampling and convenience sampling method was selected proportional to population size. To collect information from parent-child relationship scale Pyanta (1994) and Self-Efficacy Scale Scherrer (1982) was used. The data were analyzed by Multivariate of variance and Findings showed a significant difference in the linear combination of efficacy and mother-child interaction according to the groups and the results showed that Eta coefficient 42% of the variance in the dependent variables by variables (group of mothers with hyperactive children and normal) is explained. The way that mothers of hyperactive children compared with mothers of normal children had lower self-efficacy, near fewer children and have more conflict with their children.

**Keywords:** hyperactivity disorder, attention deficit / mother-child interaction, self-mothers

---