

اثربخشی برنامه ایمن سازی روانی بر سلامت عمومی و پرخاشگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی

علیرضا آقا یوسفی^۱
رضا رنجبران^۲

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه ایمن سازی روانی بر سلامت عمومی و پرخاشگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی انجام شده است. **روش:** پژوهش حاضر، یک مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را مادران کودکان مبتلا به نقص توجه بیش فعالی تشکیل دادند. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، به طوری که در این پژوهش ۳۲ نفر از مادران کودکان مبتلا به نقص توجه بیش فعالی شرکت داشتند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به دو گروه ۱۶ نفری تقسیم شدند (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل). گروه آزمایشی، برنامه ایمن سازی روانی را در ده جلسه دریافت کردند در حالی که به گروه کنترل این آموزش ارائه نشد. ابزار استفاده شده در این پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه پرخاشگری بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بعد از مداخله، میانگین نمرات سلامت عمومی و پرخاشگری گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود ($P < 0/001$). در حقیقت، سلامت عمومی گروه آزمایش افزایش و میزان پرخاشگری آن‌ها کاهش یافت. **نتیجه‌گیری:** برنامه ایمن سازی روانی باعث ارتقای سلامت عمومی و کاهش پرخاشگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی شد؛ بنابراین برنامه‌ریزی برای ارائه آموزش ایمن سازی روانی به این گروه از افراد اهمیت ویژه‌ای دارد.

کلیدواژه‌ها: اختلال نقص توجه بیش فعالی، ایمن سازی روانی، پرخاشگری، سلامت عمومی

مقدمه

بیش فعالی به دختران مبتلا را ۹ به ۱ و برخی گزارش‌های جدیدتر این نسبت را ۳ به ۱ گزارش کرده‌اند (انجمن اختلال نقص توجه بیش فعالی کانادا، ۲۰۱۱؛ افروز و عاشوری، ۱۳۹۳). با توجه به شیوع بالای اختلال نقص توجه بیش فعالی، ویژگی‌های افراد مبتلا و تأثیر نامطلوب آن بر سلامت عمومی^۷ والدین و واکنش‌های هیجانی آن‌ها از جمله بروز پرخاشگری^۸، ضرورت مداخله زود هنگام و طراحی روش‌های مناسب آموزشی و درمانی جهت بهبود این مشکلات اهمیت ویژه‌ای دارد (کِرک، گالاگر و کولمن^۹، ۲۰۱۵).

سلامت عمومی و پرخاشگری دو حوزه مهمی هستند که تحت تأثیر ویژگی‌های کودکان با اختلال نقص توجه بیش فعالی قرار

اختلال نقص توجه بیش فعالی^۳ یک اختلال در بازداری رفتار است که با توانایی انتظار، توقف پاسخ و عدم پاسخ به هر حادثه مرتبط است. بازداری شامل بازداری حرکتی، به تأخیر انداختن خوشایندی‌ها و تغییر یا جابه‌جایی از حواس‌پرتی در محیط می‌شود (افروز و عاشوری، ۱۳۹۳؛ وودریچ و اشمیت^۴، ۲۰۰۶؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال ۵ تا ۱۰ درصد از کودکان و نوجوانان و ۳ درصد از بزرگسالان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (گازال و مالفسی^۵، ۲۰۰۵). به طور کلی، ۳۰ تا ۷۰ درصد از کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی، علائم این اختلال را در بزرگسالی نیز از خود نشان می‌دهند (نات، فون و آشرسون^۶، ۲۰۰۷). برخی گزارش‌ها نسبت پسران با اختلال کم‌توجهی

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول. ایمیل: rezaranjbaran22@gmail.com)

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۶/۶/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۷/۱۱

۳. Attention deficit hyperactivity disorder

۴. Wodrich & Schmitt

۵. Gozal & Molfese

۶. Nutt, Fone & Asherson

۷. General health

۸. Marital conflict

۹. Kirk, Galager & Colmen

استفا ده از آموزش ایمن‌سازی روانی انگیزش مثبت، مهارت‌های رفتاری، هیجانی، شناختی و اجتماعی تقویت می‌شود و منجر به کاهش تنش و ناآرامی و افزایش مقابله با رویدادهای چالش‌برانگیز و سلامت عمومی می‌گردد (مایکنام^{۱۰}، ۲۰۰۷). هدف ایمن‌سازی کمک به اشخاص به‌منظور کسب و گسترش مهارت‌های مقابله‌ای برای مشکلات کنونی و آتی است (کاواهاردا، یوشیکو، سایجو، فوکی، ینتو و کیشی^{۱۱}، ۲۰۰۹).

پژوهش‌های مختلفی در حوزه اثربخشی برنامه ایمن‌سازی روانی انجام شده است. نتایج پژوهش کاشانی، کاشانی، مقیمیان و شکور (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش ایمن‌سازی روانی بر استرس، اضطراب، افسردگی و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان پرداختند. یافته‌های این پژوهش حاکی از تأثیر مثبت آموزش ایمن‌سازی روانی در کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و همچنین بهبود سلامت عمومی گروه آزمایش بود. نتایج پژوهش کانگ، چوی و ریو^{۱۲} (۲۰۱۴)، حاکی از اثربخشی مثبت و معنادار برنامه ایمن‌سازی روانی بر استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری بود. لویز، آنتونی، پندو، ویس، کروس، سگوتاس^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۱) در یک مطالعه کار آزمایی بالینی، تأثیر مدیریت شناختی رفتاری استرس را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن بررسی کردند. این مداخله سبب افزایش کیفیت زندگی آزمودنی‌ها شد. نتایج پژوهش کیر^{۱۴} (۲۰۱۱) نشان داد که اجرای برنامه آموزشی کنترل استرس و ماساژ درمانی سبب بهبود کیفیت زندگی آزمودنی‌ها شد. یافته‌های تحقیق میشارا و یستگارد^{۱۵} (۲۰۰۶) در مورد سلامت عمومی افراد فلج مغزی حاکی از این بود که افسردگی، بی‌قراری، شکایت‌های جسمانی، انکار، ناامیدی در این افراد به‌طور معناداری بیشتر از هم‌تایان عادی آن‌ها است. نوسک، آرهوقس، سودلند و اسنک^{۱۶} (۲۰۰۳) در پژوهشی به بررسی احساس زبانی پرداختند که مبتلا به ناتوانی‌های جسمی بودند. نتایج نشان داد که این گروه از زنان نسبت به زنان عادی به‌طور معنادار، از خودشناسی کمتر، حرمت خود ضعیف‌تر و ارتباط اجتماعی و سلامت عمومی کمتر برخوردارند. یافته‌های مطالعه دربان و مظلوم (۱۳۹۲) حاکی از تأثیر مثبت و معنادار آموزش برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس بر سلامت عمومی پرستاران بود. نتایج پژوهش سلیمانی دینانی و همکاران (۱۳۹۰) بیانگر اثربخشی معنادار و قابل توجه آموزش ایمن‌سازی در برابر فشار روانی بر افزایش ابراز

می‌گیرد (هالاها، کافمن و پولن^۱، ۲۰۱۵). روان‌شناسی بیشتر به دلیل تاریخچه آن با سلامت عمومی و عوامل بیماری‌زای ذهن انسان مانند اضطراب، افسردگی، روان‌رنجوری‌ها، وسواس‌ها، پارانوئیا و هذیان‌ها سروکار داشته است (شو و لازاتخان^۲، ۲۰۱۷). سلامت و بیماری دو مفهوم جدا از هم نیستند بلکه به هم مربوط‌اند. بیمار بودن یا سالم بودن هرگز از نظر مردم یکی نیست و بیمار یا سالم پنداشتن خویش، یک قضاوت ارزشی است. به این معنا که مفهوم بیماری و سلامتی از جامعه‌ای به جامعه‌ای دیگر متفاوت است و حتی در یک جامعه ممکن است فردی خود را سالم بداند ولی جامعه او را بیمار تلقی کند (جیاگوراتان، وینگانکار، ابدین، سامباسیوام، سئو، پنگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). سلامت عمومی به حالتی از آسایش اطلاق می‌شود که فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای معمولی زندگی مقابله نماید، به‌گونه‌ای ثمربخش و با بهره‌وری کار کند و در محیط زندگی خود به ایفای نقش بپردازد (گالدریزی، هنز، کاستروپ، بیژهدل و سارتویوس^۴، ۲۰۱۵).

تولد و حضور کودک مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی باعث پدید آیی تغییراتی در واکنش‌های هیجانی والدین و به‌ویژه مادران می‌شود. در چنین شرایطی، یکی از حالات هیجانی شایع، خشم^۵ است (عاشوری و جلیل‌آبکنار، ۱۳۹۵). پرخاشگری که همان نمود بیرونی خشم می‌باشد از جمله مشکلات رفتاری است که ممکن است در اثر رابطه نامطلوب و ناسالم افراد یا زوجین ایجاد شود و حتی در رفتارهای آن‌ها تداوم پیدا کند. آنچه باعث توجه پژوهشگران به پرخاشگری شده است پیامدهای این‌گونه رفتارها است (احدی، ۱۳۸۵؛ منصور، ۱۳۸۷؛ هالاها و همکاران، ۲۰۱۵). ابراز خشم یا انکار آن از روش‌های رایج کنار آمدن با خشم است که تأثیر نامطلوبی بر سلامت عمومی می‌گذارد (اختر و بارلو^۶، ۲۰۱۶). از روش‌های درمانی و توان‌بخشی مختلفی برای بهبود سلامت عمومی و کاهش پرخاشگری افراد استفاده می‌شود (کاواکامی و سوزوکی^۷، ۲۰۰۳). برنامه ایمن‌سازی روانی^۸ که برنامه‌ای کاربردی و شناختی رفتاری با رویکرد پیشگیرانه است یکی از مهم‌ترین برنامه‌ها در این حوزه محسوب می‌شود (شهی و هورن^۹، ۲۰۰۴).

آموزش ایمن‌سازی روانی ترکیبی از بازسازی شناختی، حل مسئله، آموزش آرمیدگی، تمرین تجسم سازی ذهنی و رفتاری، خودآموزی و تقویت خود و همچنین تلاش‌هایی در جهت تغییر محیط است. با

۹. Sheehy & Horan

۱۰. Meichenbaum

۱۱. Kawaharada, Yoshioka, Saijo, Fukui, Ueno & Kishi

۱۲. Kang, Choi & Ryu

۱۳. Lopez, Antoni, Penedo, Weiss, Cruess & Segotas

۱۴. Keir

۱۵. Mishara & Ystgaard

۱۶. Nosek, Arhughes, Swdlund & Swank

۱. Hallahan, Kauffman & Pullen

۲. Shu & Lazatkhani

۳. Jeyagurunathan, Vaingankar, Abdin, Sambasivam, Seow & Pang

۴. Galderisi, Heins, Kastrup, Beezhold & Sartorius

۵. Anger

۶. Akhtar & Barlow

۷. Kawakami & Suzuki

۸. Mental immunization program

تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند، به نحوی که اعضای هر گروه ۱۶ نفر بود. در فرمول زیر، n همان تعداد آزمودنی‌ها؛ σ واریانس جامعه؛ Z سطح معناداری و d همان تفاوت میانگین جامعه و نمونه است.

$$n = \frac{\sigma^2(z_{1-\alpha/2})^2}{d^2} = (22/41)^2 \times (1/96)^2 / (12)^2 = 13/39$$

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت عمومی و پرخاشگری استفاده شد.

الف) پرسشنامه سلامت عمومی^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر تهیه شد که ۲۸ سؤال دارد و دارای ۴ خرده‌مقیاس فرعی است که به ترتیب عبارت‌اند از علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی. هر یک از این مقیاس‌ها دارای ۷ سؤال است. از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ تا ۱۴ اضطراب را بررسی می‌کند و موارد ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال در عملکرد اجتماعی است. همچنین موارد ۲۲ تا ۲۸ به سنجش افسردگی اختصاص یافته است. نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا ۳ است. در پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر، دامنه نمره‌ها از صفر تا ۸۴ بوده و نمره برش در هر یک از خرده‌مقیاس‌های آن ۶ و در کل پرسشنامه، ۲۲ است. به عبارت دیگر، کسب نمره ۶ به بالا در هر خرده‌مقیاس و نمره ۲۲ به بالا در مجموع نمره‌ها بیانگر علائم مرضی است (کاوایی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰). روایی و پایایی این پرسشنامه را گلدبرگ (۱۹۹۳) به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرده است (امانی، برجلی و سهرابی، ۱۳۸۹). در ایران نیز یعقوبی، قائدی، امیدی، کهانی و ظفر (۱۳۸۷) پایایی آن را با استفاده از باز آزمایی ۰/۸۸ و روایی خرده‌مقیاس‌های آن را ۰/۵۵ گزارش کرده‌اند.

ب) پرسشنامه پرخاشگری^۲: این پرسشنامه توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ موردبازنگری قرار گرفت. این مقیاس دارای چهار خرده‌مقیاس است که چهار گونه رفتارهای پرخاشگرانه (پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت) را ارزیابی می‌کند. طریقه نمره‌گذاری با روش لیکرتی پنج‌درجه‌ای است. به گزینه‌های کاملاً متفاوت از من نمره (۱) تا حدودی متفاوت از من نمره (۲)، متوسط (۳) تا حدودی شبیه من نمره (۴)، کاملاً شبیه من نمره (۵) داده می‌شود. سپس نمره‌های عبارت هر خرده‌مقیاس باهم جمع می‌شوند. نمره‌های بالاتر با میزان پرخاشگری بیشتر مطابقت دارند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۹ تا ۱۴۵ در نوسان است. روایی و پایایی پرسشنامه پرخاشگری به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۹۰ است. پرسشنامه پرخاشگری دارای اعتبار و روایی قابل قبولی است (باس

وجود دانش‌آموزان دختر معلول جسمی- حرکتی دوره متوسطه شهر اصفهان بود. نتایج پژوهش شیربیم، سودانی و شفیع‌آبادی (۱۳۸۷) حاکی از اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر افزایش سلامت عمومی دانشجویان بود. همچنین یافته‌های تحقیق صادقی موحد، نریمانی و رجبی (۱۳۸۷) نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر سلامت عمومی دانشجویان تأثیر معنادار و قابل توجهی دارد.

با توجه به مطالب ذکرشده، احتمال می‌رود که برنامه ایمن‌سازی روانی بر سلامت عمومی و پرخاشگری مادران کودکان مبتلا به نقص توجه بیش‌فعالی تأثیر داشته باشد ولی پژوهش‌های اندکی به این مسئله مهم پرداخته‌اند و مهم‌تر این‌که در بیشتر پژوهش‌های انجام شده به نقش این آموزش بر هر دو متغیر به‌طور همزمان توجه نشده است. امروزه به علت اهمیتی که ویژگی‌های روانی مادران کودکان مبتلا به نقص توجه بیش‌فعالی دارد، حجم پژوهش‌ها و بررسی‌های معطوف به آموزش ایمن‌سازی روانی در این افراد به‌سرعت در حال فزونی است؛ بنابراین بر صاحب‌نظران، محققان و متخصصان است تا همراه و همگام با سایر کشورها در این مسیر گام برداشته با آموزش ایمن‌سازی روانی به کاهش پرخاشگری در مادران کودکان مبتلا به نقص توجه بیش‌فعالی کمک کنند و در پی آن، سلامت عمومی آن‌ها را افزایش دهند؛ بنابراین، پژوهش حاضر درصدد بررسی اثربخشی برنامه ایمن‌سازی روانی بر سلامت عمومی و پرخاشگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی است.

روش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات شبه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران کودکان مبتلا به نقص توجه بیش‌فعالی شهر تهران می‌شد. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. نمونه این پژوهش از میان مادران مراجعه‌کننده به کلینیک فردای بهتر در شهر تهران انتخاب شدند. در انتخاب آزمودنی‌ها به ملاک‌های ورود (تشخیص اختلال نقص توجه بیش‌فعالی در کودکان، وجود پرخاشگری در مادران، زندگی مشترک با همسر و فرزندان) و عدم ورود (داشتن مشکلات حسی و هوشی در فرزندان، داشتن مشکلات روان‌شناختی در مادران به‌جز پرخاشگری، استفاده از برنامه‌های روان‌شناختی همزمان با مطالعه حاضر) توجه شد. به‌منظور تعیین حداقل حجم نمونه بر اساس فرمول زیر و با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها، ۳۲ نفر از مادران کودکان مبتلا به نقص توجه بیش‌فعالی انتخاب گردیدند که با روش

۱. General health questionnaire (GHQ-۲۸)

۲. Aggression questionnaire

شرکت کرد ولی به گروه کنترل این نوع آموزش ارائه نشد. محتوای جلسات آموزشی توسط روانشناس متخصص در حوزه کودکان استثنایی به گروه آزمایش آموزش ارائه شد. محتوای جلسات آموزشی برای گروه آزمایش در جدول ۱، ارائه شده است. در پایان جلسات آموزش، هر دو گروه به‌عنوان پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و پرخاشگری بار دیگر مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به‌دست‌آمده از این دو موقعیت (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)، برای دو گروه با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. برای تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۲ نرم‌افزار آماری SPSS استفاده گردید

و پری، ۱۹۹۲). نتایج ضریب باز آزمایی برای چهار خرده‌مقیاس (بافاصله ۹ هفته) بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ و همبستگی بین چهار خرده‌مقیاس ترتیب ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ به دست آمد. جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشانگر همسانی درونی زیر مقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بود. در پژوهش دلاور (۱۳۸۵) نیز همسانی درونی ۰/۸۹ و پایایی به روش باز آزمایی ۰/۸۰ گزارش شده است.

در اولین مرحله پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی و پرخاشگری به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. در مرحله بعدی گروه آزمایش در ۱۰ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۲ جلسه)

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش برنامه ایمن‌سازی روانی در گروه آزمایش

جلسه	هدف	محتوای جلسات
۱	مفهوم‌سازی و توصیف استرس، علائم و پیامدهای آن و تصویرسازی ذهنی مثبت	پژوهشگر به معرفی شرایط استرس‌زا و تغییرات ناشی از آن در افراد می‌پردازد. پژوهشگر به افراد ایجاد تغییرات ذهنی مثبت را آموزش می‌دهد.
۲	آموزش آرامش‌دهی و تنش‌زدایی	پژوهشگر الگوهای آرامش‌دهی در شرایط تنش‌زا را ارائه می‌دهد.
۳	آشنایی با مفاهیم بازسازی شناختی، نقش افکار در ایجاد استرس و ارتباط افکار با احساسات و رفتار	پژوهشگر افراد را به سمت شناسایی افکار و احساسات مؤثر در شرایط استرس‌زا هدایت می‌کند.
۴	آشنایی با ویژگی‌های افکار خود آیند منفی و خطاهای شناختی	پژوهشگر افراد را به شناسایی افکار منفی که به‌طور ناآگاهانه به ذهن وارد می‌شود، هدایت می‌کند.
۵	مهارت‌های مقابله	آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و چگونگی مقابله با افکار منفی
۶	خودگویی‌های هدایت‌شده	آموزش خودگویی‌های هدایت‌شده و نقش خودگویی‌های منفی در ایجاد استرس
۷	تمرکز فکر و تکنیک‌های توجه برگردانی	پژوهشگر تکنیک‌های توجه برگردانی و تمرکز فکر را آموزش می‌دهد.
۸	مدیریت زمان و حل مسئله اجتماعی	آموزش مدیریت زمان در هنگام بروز استرس و حل مسئله اجتماعی
۹	مهارت‌های خودتنظیمی و نظارت بر خودکارآمدی	آموزش مهارت‌های خودتنظیمی در شرایط استرس و نظارت بر خودکارآمدی جهت مقابله با استرس
۱۰	تمرین مهارت‌ها	تمرین مهارت‌های آموخته‌شده و لزوم به‌کارگیری این مهارت‌ها در هنگام برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مربوط به سلامت عمومی و پرخاشگری در دو گروه آزمایش و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

آزمودنی‌های پژوهش حاضر، شامل ۳۲ نفر از مادران کودکان مبتلا به نقص توجه بیش‌فعالی در دامنه سنی ۲۸ تا ۴۰ ساله می‌شد که میانگین سن و انحراف معیار آن در آزمودنی‌ها ۳۳/۶۸ و ۲/۸۰ بود.

توصیفی سلامت عمومی و پرخاشگری جدول ۲. شاخص‌های

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	۴۹/۰۷	۲/۹۴	۴۸/۰۷	۲/۹۴
	پس‌آزمون	۲۷/۶۵	۳/۰۱	۴۷/۵۸	۲/۵۹
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۸۹/۶۶	۳/۱۲	۹۰/۰۳	۳/۱۱
	پس‌آزمون	۵۱/۳۲	۲/۷۹	۸۹/۳۶	۳/۱۳

(سلامت عمومی و پرخاشگری) از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کلموگروف-اسمیرنوف

با توجه به جدول ۲، میانگین نمرات سلامت عمومی و پرخاشگری در پیش از مداخله و پس از مداخله تغییر یافته است. به علت وجود یک متغیر مستقل (آموزش ایمن‌سازی روانی) و دو متغیر وابسته

این منظور، سلامت عمومی و پرخاشگری در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش فرض‌های آماری «اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی» مورد محاسبه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیری برای سلامت عمومی و پرخاشگری

نام آزمون	مقدار	آزادی فرضیه درجه	آزادی خطا درجه	F آماره	معناداری سطح
اثر پیلایی	۰/۸۱	۲	۲۷	۱۶/۶۴	<۰/۰۰۱
گروه لامبدای ویلکز	۰/۱۶	۲	۲۷	۱۶/۶۴	<۰/۰۰۱
اثر هاتلینگ	۶۱/۰۷	۲	۲۷	۱۶/۶۴	<۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۶۱/۰۷	۲	۲۷	۱۶/۶۴	<۰/۰۰۱

مورد بررسی و تأیید قرار گرفت ($P > 0/05$). آزمون ام. باکس فرض همگنی واریانس-کوواریانس را تأیید کرد ($P = 0/18$)؛ بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری برقرار است و می‌توان جهت تحلیل داده‌ها از این آزمون استفاده کرد. به

پی بردن به این تفاوت، از آزمون آماری مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

نتایج آزمون‌های چهارگانه که در جدول ۳ آمده است، حاکی از آن است که گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای سلامت عمومی و پرخاشگری تفاوت معناداری دارند ($P < 0/001$). به منظور

جدول ۴. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیرهای سلامت عمومی و پرخاشگری

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	آزادی درجه	میانگین مجذورات	F آماره	معناداری سطح	مجذورات
سلامت عمومی	۶۹۱/۴۲	۱	۶۹۱/۴۲	۳۹/۶۰	۰/۰۰۵	۰/۶۹
پرخاشگری	۴۳/۰۹	۱	۴۳/۰۹	۱۵/۱۶	۰/۰۰۵	۰/۶۴

در متغیر سلامت عمومی و ۶۴٪ تغییرات پرخاشگری از ناشی از شرکت مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی در برنامه آموزش ایمن‌سازی روانی ناشی شده است

در این تحلیل، متغیر پیش‌آزمون به دلیل همبستگی با پس‌آزمون تعدیل شده است. با توجه به نتایج جدول ۴، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون سلامت عمومی و پرخاشگری داشته است ($P < 0/05$). با توجه به مجذور اتا می‌توان بیان کرد که ۶۹٪ از تغییر

میشارا و یستگارد (۲۰۰۶) و سلیمانی دینانی و همکاران (۱۳۹۰) همسو است.

در تبیین این یافته که آموزش ایمن‌سازی روانی بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی اثربخشی مثبت و معناداری داشته است می‌توان گفت از آنجایی که مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی در مراحل رشد فرزند خویش، به‌ویژه درزمینه‌ی سلامت عمومی و واکنش‌های هیجانی با مشکلاتی مواجه می‌شوند، نسبت به مادران کودکان عادی، چالش‌های بیشتری را تجربه می‌کنند و در بسیاری اوقات عامل اصلی مشکلات آن‌ها در برقراری ارتباط مؤثر و انطباق با محیط پیرامونی، عدم استفاده درست از مهارت‌ها است (عاشوری و جلیل‌آبکنار، ۱۳۹۵). از سوی دیگر، برنامه ایمن‌سازی روانی شامل کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط، کنترل احساس‌ها و خودکنترلی می‌شود و از طرفی ساختار ارزشی، رشد اخلاقی و خودکارآمدی را در برمی‌گیرد، در اثر تعامل شخص با محیط منجر به خود توانمندسازی اجتماعی می‌شود و درنهایت باعث ارتقای سلامت عمومی می‌گردد (سلیمانی دینانی و همکاران، ۱۳۹۰)؛ بنابراین در راستای این اهداف چیزی که بیش‌ازپیش به‌طور ویژه در مادران

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس درباره اثربخشی برنامه ایمن‌سازی روانی بر سلامت عمومی و پرخاشگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی نشان داد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون سلامت عمومی و پرخاشگری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش ایمن‌سازی روانی در بهبود سلامت عمومی و پرخاشگری آن‌ها تأثیر چشمگیری داشت.

بخشی از یافته‌های پژوهش حاضر که حاکی از اثربخشی آموزش برنامه ایمن‌سازی روانی بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی بود با یافته‌های کانگ و همکاران (۲۰۱۴) که در پژوهشی آزمایشی با گروه کنترل به بررسی تأثیر آموزش ایمن‌سازی روانی بر استرس، اضطراب و افسردگی در دانشجویان پرستاری، پرداختند و یافته‌ها حاکی از کاهش نمرات تنیدگی، افسردگی و اضطراب دانشجویان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود همسو است. علاوه بر این با نتایج تحقیقات کیکلام و اسوارتز (۲۰۱۳)، کبیر (۲۰۱۱)، لویز و همکاران (۲۰۱۱)،

آموزش‌ها و تکرار و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده تا حد تسلط کامل تأکید کرده‌اند؛ بنابراین، اگر بتوان برنامه مدونی را طرح کرد که در قالب آن زمان کافی برای آموزش اجزای مختلف برنامه ایمن‌سازی روانی فراهم شود و فرصت لازم در اختیار آزمودنی‌ها قرار گیرد، به‌طور یقین شاهد تغییر معنادارتر رفتار افراد در حیطه‌هایی همچون سلامت عمومی و پرخاشگری خواهیم بود. محدودیت‌هایی که این پژوهش از نظر روش‌شناختی با آن مواجه بوده است، عبارت‌اند از: محدود کردن پژوهش به الگو و نوع خاصی از مداخله و گروه خاصی از مادران و ابزار خاصی برای جمع‌آوری داده‌ها، همچنین با توجه به محدودیت زمانی، محقق برای اجرای آزمون پیگیری فرصتی نیافت. پس باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. پس جهت پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که پژوهش بر روی مادران یا والدین سایر گروه‌های کودکان با نیازهای خاص انجام گیرد، در بررسی سلامت عمومی و پرخاشگری به انواع برنامه‌های آموزشی توجه شود، تأثیر مداخلات بر روی سایر ویژگی‌های مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی و فرزندان آن‌ها در سنین مختلف مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با در نظر گرفتن زمانی جهت اجرای آزمون پیگیری می‌توان اطلاعات جامع‌تری نسبت به میزان اثربخشی این آموزش ایمن‌سازی روانی در طولانی‌مدت کسب کرد. علاوه بر این با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود تا برنامه آموزش ایمن‌سازی روانی برای مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی به‌صورت خدمات آموزشی و روان‌شناختی تدوین و به‌طور رسمی در مراکز آموزشی به آن‌ها ارائه شود.

منابع

- احدی، حسن و جمهری، فرهاد (۱۳۸۵). *روان‌شناسی رشد نوجوانی و بزرگ‌سالی (جوانی، میان‌سالی و پیری)*. چاپ ششم، تهران: چاپ و نشر بنیاد.
- افروز، غلامعلی و عاشوری، محمد (۱۳۹۳). *مبانی روان‌شناختی مدیریت رفتار کودکان بی‌قرار و بیش‌فعال*. چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- امانی، سعیده و برجلی، احمد و سهرابی، فرامرز (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت زندگی بر بهبود سلامت روان دانش‌آموزان دختر سال سوم متوسطه. *همایش منطقه‌ای کودک و نوجوان*. دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، ۱-۱۷.
- پهلوان‌نشان، سحر و پورمحمدرضای تجربیشی، معصومه و ساجدی، فیروزه و شکری، امید (۱۳۹۳). تأثیر برنامه ایمن‌سازی روانی بر سبک اسناد بدبینانه دانش‌آموزان پسر با اختلال نارسخوانی. *مجله توان‌بخشی*، ۱۵(۳): ۵۲-۶۲.
- دربان، فاطمه و مظلوم، سیدرضا (۱۳۹۲). بررسی تأثیر برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس بر سلامت عمومی پرستاران شاغل

کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی اهمیت می‌یابد آموزش ایمن‌سازی روانی است. در نتیجه مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی را با برنامه آموزشی ایمن‌سازی روانی به مسیر مناسب هدایت کنیم از عوامل تهدیدکننده حالات هیجانی از جمله پرخاشگری آنان کاسته می‌شود و برخی از مشکلاتی را که در حوزه سلامت عمومی دارند کاهش می‌یابد. نتایج حاصل از بررسی میانگین نمرات پس‌آزمون پرخاشگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی در گروه آزمایش و کنترل بیانگر تفاوت این دو گروه بود. این یافته با نتایج مطالعه پهلوان‌نشان و همکاران (۱۳۹۳) که به بررسی تأثیر برنامه ایمن‌سازی روانی بر سبک اسناد بدبینانه دانش‌آموزان پسر با اختلال نارسخوانی پرداخته‌اند، همسو است. افزون بر آن، نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های سلیمانی دینانی و همکاران (۱۳۹۰) که به بررسی تأثیر آموزش ایمن‌سازی بر افزایش ابزار وجود دانش‌آموزان دختر با ناتوانی جسمی- حرکتی پرداخته‌اند همسو است. علاوه بر این، نتایج این بخش از پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعه لویز و همکاران (۲۰۱۱)، کبیر (۲۰۱۱)، بن-زئور (۲۰۰۹) و میشارا و یستگارد (۲۰۰۶) همخوانی دارد.

جهت تبیین این یافته که برنامه ایمن‌سازی روانی سبب کاهش پرخاشگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی شد می‌توان گفت که برنامه ایمن‌سازی روانی بر برقراری ارتباط مبتنی بر همکاری با فرد و کمک به وی جهت درک بهتر ماهیت مشکل و اثرات آن بر هیجان و عملکرد تمرکز دارد، مهارت‌های مقابله‌ای فرد را تقویت می‌کند و مهارت‌های جدید را به وی آموزش می‌دهد و همچنین فرد را برای افزایش توانایی مقابله با هرگونه مشکل و عوامل ایجادکننده مشکلات توانمندتر می‌سازد (مایکنبام، ۲۰۰۷). از طرف دیگر، افراد پرخاشگر امکان دارد که حرمت خود پایین داشته باشند (هایس و جوزف، ۲۰۰۳). از آنجایی که برنامه ایمن‌سازی روانی یک برنامه کاربردی و شناختی رفتاری با رویکرد پیشگیرانه است (شهی و هورن، ۲۰۰۴) و هدف ایمن‌سازی کمک به اشخاص به‌منظور کسب و گسترش مهارت‌های مقابله‌ای برای مشکلات کنونی و آتی است (کاواهاردا و همکاران، ۲۰۰۹) و اطلاعات ارزشمندی را درباره نیازهای اجتماعی و روانی گوناگون به آن‌ها ارائه می‌کند دور از انتظار نیست که برنامه ایمن‌سازی روانی سبب کاهش میزان پرخاشگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی شود.

بنابراین، اگر برنامه آموزشی مناسبی برای مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی تدارک دیده شود احتمال می‌رود که نسبت به افراد عادی در حوزه سلامت عمومی و برخی از واکنش‌های هیجانی مانند پرخاشگری بهبود بیشتری یابند. پیشنهاددهندگان آموزش ایمن‌سازی روانی همواره بر لزوم تداوم

- practice guidelines* (3rd ed.). Available online at: http://www.caddra.ca/cms4/pdf/caddra_guidelines2011.
- Galderisi, S., Heins, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2010). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233.
- Gozal, D., & Molfese, D. L. (2000). *Attention deficit hyperactivity disorder: From Genes to Patients* (10th ed.). Totowa, New Jersey: Humana Press Inc.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2010). *Exceptional learners: an introduction to special education* (13th Ed.). Published by Pearson Education, Inc.
- Hayes, N., & Joseph, S. (2003). Big 5 correlate of three measures of subjective well-being. *Personality & Individual Differences*, 34(4), 723-727.
- Jeyagurunathan, A., Vaingankar, J. A., Abidin, E., Sambasivam, R., Seow, E., Pang, S., Picco, L., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Gender differences in positive mental health among individuals with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 88-90.
- Kang, Y.S., Choi, S.Y., & Ryu, E. (2014). The effectiveness of psychological immunization program on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29, 538-543.
- Kashani, F., Kashani, P., Moghimian, M., Shakour, M. (2010). Effect of stress inoculation training on the levels of stress, anxiety, and depression in cancer patients. *Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20, 309-64.
- Kawaharada, M., Yoshioka, E., Saijo, Y., Fukui, T., Ueno, T., & Kishi, R. (2009). The effects of a stress inoculation training program for civil servants in Japan: a pilot study of a non-randomized controlled trial. *Industrial Health*, 47, 173-82.
- Kawakami, Y., & Suzuki, S. (2003). How to use cognitive behavioral therapy in the workplace. *Occup Ment Health*, 11, 11-18.
- Keikelame, M.J., & Swartz, L. (2013). Lost opportunities to improve health literacy: observation a chronic illness clinic providing care for patients with Ld in Cape Town South Africa. *Epilepsy & Behaviour*, 26, 41-46.
- Keir, S.T. (2011). Effect of massage therapy on stress levels and quality of life in brain tumor patient's observations from a pilot study. *Support Care Cancer*, 19(5), 711-710.
- Kirk, S., Gallagher, G., & Coleman, M.R. (2010). *Educating Exceptional Children* (14th Ed.) Cengage Learning, Printed in the United States of America.
- در بخش روان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۸، ۶۶-۷۴
- دلاور، علی (۱۳۸۵). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم اجتماعی*. چاپ دوم. تهران: انتشارات رشد.
- سلیمانی دینانی، مریم و اکبری دهکردی، مهناز و کاکوجویاری، علی اصغر و مرادی، اعظم (۱۳۹۰). تأثیر آموزش ایمن سازی در برابر فشار روانی بر افزایش ابراز وجود دانش آموزان دختر معلول جسمی - حرکتی دوره متوسطه شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹. *فصلنامه روان شناسی افراد استثنایی*، ۴، ۷۳-۸۹.
- شیربیم، زهرا و سودانی، منصور و شفیق آبادی، عبدالله (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۲(۸)، ۷-۱۸.
- صادقی موحد، فریبا و نریمانی، محمد و رجبی، سوزان (۱۳۸۷). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر سلامت روانی دانشجویان. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۸(۳)، ۲۶۹-۲۶۱.
- کاوایانی، حسین و موسوی، اشرف السادات و محیط، احمد (۱۳۸۰). *مقدمه‌ای بر آزمون‌های روانی*. تهران: انتشارات سنا.
- منصور، محمود (۱۳۸۷). *روانشناسی ژنتیک: تحول روانی از تولد تا پیری*. چاپ نهم، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- عاشوری، محمد و جلیل آبکنار، سیده سمیه (۱۳۹۵). *دانش آموزان با نیازهای ویژه و آموزش فراگیر*. چاپ اول. تهران: انتشارات رشد فرهنگ.
- یعقوبی، حمید و قائدی، غلامحسین و امیدی، عبدالله و کهنایی، شمس‌الدین و ظفر، مسعود (۱۳۸۷). *مطالعه مقدماتی اعتبار یابی و تعیین نمره برش پرسشنامه سلامت روان*. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، ۴۸۹-۴۹۲.
- Akhtar, S., & Barlow, J. (2016). Forgiveness therapy for the promotion of mental well-being: A systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. Mar 23.
- Galderisi S, Heins A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. (2010). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2): 231-233.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ben-Zur, H. (2009). Coping styles and affect. *International Journal of Stress Management*, 16(2), 87-101.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 451-459.
- Canadian attention deficit hyperactivity disorder resource alliance. (2011). *Canadian ADHD*

- Lopez, C., Antoni, M., Penedo, F., Weiss, D., Cruess, S., Segotas, M.C., & et al. (۲۰۱۱). A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res*, ۷۰(۴), ۳۲۸-۳۳۴.
- Meichenbam, D. (۲۰۰۷). Stress inoculation training: a preventative and treatment approach. ۳rd Ed. Philadelphia: Guilford press. pp: ۴۱-۱۳۲.
- Mishara, B.L., & Ystgaard, M. (۲۰۰۶). Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippo's Friends. *Early Childhood research quarterly*, ۲۱(۴), ۱۱۰-۱۲۳.
- Nutt, D. J., Fone, K. & Asherson, P. (۲۰۰۷). Evidence-based guidelines for management of attention deficit/ hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults. *Journal of Psychopharmacology*, ۲۱(۱), ۱۰-۴۱.
- Sheehy, R., & Horan, J. (۲۰۰۴). Effects of stress inoculation training for first year law students. *International Journal of Stress Management*, ۱۱, ۴۱-۵۵.
- Nosek, M., Arhughes, R. B., Swdlund Ntaglor, H. B., & Swank, P. (۲۰۰۳). Self- esteem and woman with disabilities. *Social. Science and medicines*, ۵۶(۸), ۱۷۳۱-۱۷۴۷.
- Shu, C. Y., & Lazatkhan J. (۲۰۱۷). *Effect of leader-member exchange on employee envy and work behavior moderated by self-esteem and neuroticism*, *Revista de Psicología Del Trabajo y de las Organizaciones*, In Press, Corrected Proof.
- Wodrich, D. L., & Schmitt, A. J. (۲۰۰۶). *Patterns of learning disorders. Working systematically from assessment to intervention* (1st ed.). New York: Guilford Press.

The Effectiveness of Mental Immunization Program on General Health and Aggression in Mothers of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

Alireza Agha Yousefi^۱
Reza Ranjbaran^۲

Abstract

Aim: The purpose of the present research was to investigation of the effectiveness of mental immunization program on general health and aggression in mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder. **Methods:** The present research a quasi-experimental study by pre-test, post-test design with control group. The study population included of mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder. Subjects were selected by convenient sampling method. In this study were participated ۳۲ mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder. Subjects were divided into two groups by randomly (experimental and control group), each of which was consisted of ۱۶ individuals. Experimental group received mental immunization program in ۱۰ sessions while control group did not. The instrument of present research was general health questionnaire (GHQ-۲۸) and aggression questionnaire. The obtained data were analyzed by using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). **Results:** The findings of this research showed that there was significant decrease in general health and aggression scores mean of experimental group in the post intervention in comparison with control group ($P < .001$). Indeed, general health of experimental group increased and their aggression decreased. **Conclusion:** The mental immunization program instructional led to improve the general health and aggression in mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder. Therefore, planning for providing of mental immunization program is a particular importance.

Key words: Aggression, Attention deficit / hyperactivity disorder, Mental immunization, General health

^۱ Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran

^۲ Ph.D Student, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author.Email:rezaranjbaran^{۲۲}@gml.com)