

مقایسه اثربخشی آموزش والدگری مثبت و مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری کودکان

- خدیجه حاتمی‌فر، دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- حسین زارع*، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
- منصوره شهریاری احمدی، استادیار گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۷۱ - ۸۶

چکیده

زمینه و هدف: آموزش والدگری مثبت و مدیریت والدین می‌توانند روش‌هایی مؤثر برای حل مشکلات رفتاری کودکان باشند. در این بین، مقایسه‌ی اثربخشی این دو روش، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی روش والدگری مثبت و مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری کودکان انجام گرفت.

روش: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی والدین دانش‌آموزان دختر مبتلا به مشکلات رفتاری مدارس ابتدایی منطقه یک شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود که از بین آنها، تعداد ۴۵ والد که دارای کودک مبتلا به مشکلات رفتاری معنادار بودند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفر (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایدهی شدند. پرسشنامه‌ی مقیاس کانرز والدین در هر سه مرحله مطالعه، روی هر سه گروه اجرا شد. آموزش والدگری مثبت طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، و آموزش مدیریت والدین طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روی افراد گروه‌های آزمایش اجرا شد و افراد گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان، داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که در مقایسه‌ی دو روش آموزشی، تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). بدین معنا که آموزش والدگری مثبت و مدیریت والدینی، تأثیر یکسانی بر خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری کودکان داشته است؛ ولی تفاوت بین گروه‌های آزمایشی با گروه گواه در خرده‌مقیاس‌های اختلال رفتار هنجاری ($F = 5/07, P < 0/05$) و بیش‌فعالی-تکانشگری ($F = 4/52, P < 0/05$) معنادار است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، هر دو روش والدگری مثبت و مدیریت والدین از کارایی لازم برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان برخوردارند. در همین راستا، نتایج مطالعه‌ی حاضر، حاکی از عدم وجود تفاوت مشخص در میزان اثربخشی والدگری مثبت و مدیریت والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان است.

واژه‌های کلیدی: والدگری مثبت، مدیریت والدین، مشکلات رفتاری

مقدمه

رفتار کودک، زبان گویای اوست. هر نوع رفتار غیرعادی کودک یا مسائل و اختلال‌های رفتاری او می‌تواند علاوه بر خصیصه‌های تحولی خاص، به عنوان واکنشی نسبت به شرایطی که در محیط اطراف کودک وجود دارد، محسوب شود (۱). اکثر کودکان در جریان بزرگ شدن، مشکلات هیجانی و رفتاری خاصی پیدا می‌کنند که معلول فشارهای رشد و سازگاری با انتظارات خانواده و اجتماع است (۲). نبود یک رابطه‌ی گرم عاطفی، حمایتی و مثبت، حداقل با یکی از والدین، وجود انضباط متناقض و غیرحساس و میانجی‌گری ناکافی باعث افزایش اختلال‌های رفتاری و هیجانی کودکان می‌شود (۳).

یکی از نکات قابل توجه در اینجا، پایداری و استمرار مشکلات هیجانی و رفتاری اوایل کودکی است. بروز یک اختلال وخیم روان‌شناختی در کودکی حتی به صورت موقت، می‌تواند پیامدهایی داشته باشد که غالباً از پیامدهای حاصل از ابتلاء به اختلال در بزرگسالی نیز وخیم‌تر است. چرا که اغلب به قطع فرایند یادگیری و تحول^۱ کودک منجر می‌شود و موانعی را در راه تحول عزت نفس و تحقق وظایف اصلی مانند؛ برقراری روابط با همسالان، حل تعارض‌های بین فردی، اکتساب مهارت‌های تحصیلی به وجود می‌آورد. چنین شکست‌هایی نیز به نوبه‌ی خود نه تنها سرخوردگی‌ها و طرد شدن‌ها را افزایش می‌دهند بلکه موجب از دست رفتن زمان بهینه‌ی استقرار مهارت‌های اصلی می‌شوند و امکان به وجود آوردن فرصت‌های دیگر به منظور تسلط بر چالش‌های تحولی خاص را مشکل و گاهی ناممکن می‌سازد (۴). مشکلات هیجانی و رفتاری تقریباً در دوران کودکی پدیدارند. در پژوهش‌های مختلف، نسبت کودکانی که تداوم اختلال‌های رفتاری آنان به مدت ۲ تا ۷ سال طول کشیده و تشخیص اختلال رفتاری دریافت کرده‌اند بین ۲۳٪ تا ۶۱٪ است (۵).

کودکانی که دارای اختلال‌های رفتاری هستند معمولاً در میان همسالان خود وجهه‌ی خوبی ندارند. همسالان آنان اغلب کودکان پرخاشگر^۲ و منفی را طرد می‌کنند، زیرا نمی‌خواهند با کودکانی که قلدر^۳ و زورگو هستند و به آنها آسیب می‌رسانند، بازی کنند. این کودکان اغلب مهارت‌های اجتماعی ضعیفی

دارند و به سختی می‌توانند دوست جدیدی پیدا کنند. هنگامی که این کودکان طرد می‌شوند، احتمال این‌که به سایر کودکان خراب‌کار و بدقلق بپیوندند و با آنان هم‌دست بشوند، بیشتر است. اگر کودک به گروه همسالان خلاف‌کاری ملحق شود که رفتارهای ضد اجتماعی از قبیل دزدی، دروغ‌گویی و فرار از مدرسه را مورد تشویق قرار می‌دهند، اختلال‌های رفتاریش در خانه و مدرسه وخیم‌تر می‌شود (۶). دور از انتظار نیست که والدین کودکان با اختلال سلوک در تعامل با فرزند خویش با چالش‌هایی رو به رو باشند (۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در بسیاری از موارد، تغییر رفتار والدین، وقت و هزینه‌ی کمتری دارد و حتی باید از آنها شروع شود؛ به ویژه اگر مشکلات ارتباطی بر خانواده سایه افکنده باشد یا خود والدین از اختلال‌های روان‌شناختی رنج می‌برند. به خصوص که آموزش والدین به بهبود رفتار آنها منجر شده و به دنبال آن رفتار کودک نیز تغییر می‌کند و تعامل مادر با کودک را بهبود می‌بخشد. یکی دیگر از دلایلی که می‌توان در توجیه این مساله مطرح کرد این است که برنامه‌های گروهی آموزش والدین باعث افزایش آگاهی و دانش آنها در زمینه‌ی ماهیت اختلال، انواع فرعی، و شیوه‌های درمانی اختلال می‌شود. به طور کلی، برنامه‌های آموزش والدین از نظر اقتصادی مقرون به صرفه به نظر می‌رسند و عوارض جانبی دارو درمانی را هم ندارند. آموزش به موقع می‌تواند خطر مشکلات شدید هیجانی رفتاری ناشی از اختلال رفتاری کودکان که به احتمال زیاد تا دوران بزرگسالی ادامه خواهند یافت را کاهش دهد. آموزش مهارت‌های کنترل کودک به والدین بسیار مهم است زیرا آنان بیشترین وقت را با کودک سپری می‌کنند و از قدرت و اختیار لازم برای اعمال روش‌های تشویقی و تنبیهی برخوردارند و می‌توانند اثربخشی شیوه‌های تغییر رفتار در منزل را افزایش دهند (۸).

مداخله در شیوه‌های والدگری^۴ خانواده‌های کودکان با اختلال‌های هیجانی و رفتاری منجر به کاهش مشکلات رفتاری، تغییر در شیوه‌های والدگری ناکارآمد و اثرات مثبت ترویج شیوه‌ی صحیح والدگری در کودکان شده است (۹). ترانزو (۲۰۰۶) تقویت مهارت‌های والدگری که به دنبال آموزش والدین رخ می‌دهد را مهم‌ترین راه حل اختلال‌های رفتاری کودکان می‌داند (۱۰).

1. Development
2. Aggressive

3. Bully
4. Parenting

بالینی و هم به عنوان سطح مداخله‌ی پیشگیرانه دارد و سبب کاهش چشمگیری در اختلال‌های هیجانی رفتاری کودکان به طور پایدار می‌شود. یافته‌های پژوهش لاجمن و کلور، بوز، کتو و کاسال (۲۱) نشان داد که مداخله‌های والدگری مثبت به طور وسیع می‌تواند باعث بهبود اختلال‌های رفتاری کودک و افسردگی شود و در خطرات ناشی از پیامدهای بهداشت روانی و جسمی کودک، در خانواده‌های مبتلا به ایدز مؤثر باشد. نتایج پژوهش باقری، سجادیان و قمرانی (۲۲) نشان داد که آموزش والدگری مثبت بر کاهش اختلال‌های رفتاری برون‌گرایانه‌ی کودکان و فقدان لذت جویی در حیطه‌ی تعاملات اجتماعی، خوردن و آشامیدن تأثیرگذار بود.

برنامه‌ی آموزش مدیریت والدین^۲ را کازدین (۲۰۰۸) طراحی کرد. این برنامه از نظریه‌ی یادگیری اجتماعی برگرفته شده است و به منظور مداخله در چرخه‌ی اجباری بین والد و کودک ایجاد شده است که رده‌ی سنی پیش دبستانی تا نوجوانی را در بر می‌گیرد (۲۳). آموزش مدیریت والدین باعث تغییر رفتار شناختی عاطفی پدر و مادر و تغییر رفتار متقابل کودک شده است (۲۴) و منجر به افزایش آگاهی والدین از طرز برخورد با کودکان، مهارت کنترل عواطف در مقابل رفتار آنان و تنظیم قوانین و مقررات مناسب در خانه شده است (۲۵). این برنامه در افزایش تعامل و همکاری بیشتر پدر و مادر در تربیت کودک و همچنین کاهش اختلال‌های هیجانی و رفتاری کودکان نقش تعیین کننده‌ای داشته است (۲۶). این برنامه با استفاده از تقویت مثبت رفتار کودک، رفتار مناسب او را بیشتر می‌کند و در مقابل، برای رفتار نامناسب کودک از روش سکوت، بی توجهی و حذف تقویت مثبت استفاده می‌کند (۲۷).

نتایج پژوهش قاسمی، نوری، عبدی زرین (۲۸) نشان داد که آموزش مدیریت والدین باعث بهبود اختلال‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی می‌شود. همچنین نتایج پژوهش بیرامی، عبدالهی و نصرت آباد (۲۹) نشان داد که آموزش مدیریت والدین در بهبود نشانگان فزون‌کنشی کودکان مبتلا به صرع مؤثر بوده است. یافته‌های پژوهش بلالی و آقاییوسفی (۳۰) نشان داد که برنامه‌ی آموزش والدین، راهبردی مؤثر برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان است. نتایج پژوهش ترنر، ریچارد و ساندرز (۳۱) حاکی از آن است که آموزش والدین باعث رشد سازگاری و کاهش

برنامه‌های بسیاری در زمینه‌ی آموزش والدین وجود دارد که هر یک از نظر فلسفه، روش و اثربخشی با بقیه تفاوت دارد. آموزش والدگری مثبت^۱ در قلمرو درمانگری‌های خانواده‌محور، بر اساس اصول یادگیری اجتماعی استوار است (۱۱). این برنامه یکی از پنج سطح مداخله‌ی خانواده درمانی برای والدین دانش آموزانی است که مبتلا یا در معرض خطر ابتلا به اختلال‌های هیجانی رفتاری هستند (۱۲). همچنین یک مداخله‌ی چند سطحی است که برای والدین کودکان ۲ تا ۱۲ سال به کار برده می‌شود. این برنامه‌ی مداخله ضمن افزایش غنای عوامل محافظتی کودکان، عوامل خطر ساز همراه با اختلال‌های رفتاری و هیجانی کودکان را نیز کاهش می‌دهد (۱۳). هدف این برنامه، پیشگیری از مشکلات شدید رفتاری، هیجانی، رشدی از طریق افزایش آگاهی، مهارت، تعهد و اطمینان والدین است (۱۴). در این نوع برنامه‌ها، عموماً به والدین آموزش داده می‌شود تا روابط مثبت و با ثبات را با فرزندانشان بیشتر نموده و از والدگری ناپایدار بکاهند. این نوع آموزش‌ها اثرات فراوان و ماندگاری در طول زمان بر الگوی رفتار والدین با فرزندان و کاهش اختلال‌های هیجانی رفتاری فرزندان داشته‌اند (۱۵). این رویکرد به درمان و پیشگیری از اختلال‌های هیجانی و رفتاری کودک، قوی‌ترین حمایت تجربی را نسبت به سایر رویکردهای درمانی داشته است. همچنین بسیاری از اصول و روش‌های این برنامه در درمان مشکلات شدید رفتاری و هیجانی کودکان به طور موفقیت آمیزی به کار گرفته می‌شود (۱۶).

پژوهش‌هایی در رابطه با اثربخشی آموزش والدگری مثبت انجام شده است. در این راستا، نتایج پژوهش کلارک و فریک (۱۷) نشان داد که والدگری مثبت بر کاهش اختلال‌های هیجانی رفتاری کودکان مؤثر بود. همچنین یافته‌های پژوهش ران و کار (۱۸) نشان داد که والدگری مثبت بر اختلال‌های هیجانی رفتاری کودکان، تعامل والد و کودک، تنظیم هیجان، سلامت روان، ابراز صمیمیت و خودکارآمدی والدین تأثیر قابل توجهی داشته است. نتایج پژوهش زمپ، میلک، کومینگر، سینا و بودنمن (۱۹) نشان داد که برنامه‌ی تمرکز زوجی و والدگری مثبت، اختلال‌های هیجانی رفتاری کودک را از طریق بهبود روابط والدینی، کاهش می‌دهد. یافته‌های پژوهش موراسکا، تامتزیک و ساندرز (۲۰) نشان داد که والدگری مثبت شواهد کارآمدی، هم به عنوان روش درمانی برای جمعیت‌های

1. Positive parenting training

2. Parent management training

آزمودنی‌ها

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی والدین دانش‌آموزان دختر با اختلال‌های رفتاری مدارس ابتدایی منطقه یک شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود. از بین مدارس ابتدایی دخترانه این جامعه‌ی آماری، ابتدا به صورت خوشه‌ای، سه دبستان انتخاب شد و از هر دبستان، معلمان سه پایه تحصیلی (چهارم، پنجم و ششم) به صورت تصادفی پرسش‌نامه‌ی کانرز (فرم معلم) را تکمیل کردند. در مرحله بعد، از هر دبستان ۱۵ دانش‌آموز که نمره‌ی بالایی در آزمون اختلال‌های رفتاری داشتند، فهرست شدند و سپس برای اجرای برنامه‌ی مداخله، از والدین آنها دعوت به عمل آمد. ۳ گروه ۱۵ نفری از والدین دانش‌آموزان انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در این پژوهش عبارت‌اند از: رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات، سواد خواندن و نوشتن، داشتن کودکان با اختلال‌های هیجانی رفتاری معنادار بر اساس نمره‌ی ملاک پرسش‌نامه کانرز، زندگی کردن کودک با دو والد و عدم جدایی والدین، نداشتن پرونده‌ی روان‌پزشکی و سابقه‌ی اعتیاد، توانایی حضور در تمام جلسات آموزش. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت‌اند از: غیبت در جلسات آموزشی و عدم انجام تکالیف، اخلاص در جریان آموزش، در آستانه‌ی طلاق بودن، ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن و شرکت در سایر جلسات آموزشی مشابه که در حین اجرا اتفاق می‌افتند. لازم به ذکر است که تمامی اطلاعات مذکور در مصاحبه‌ی بالینی با والدین مشخص شد.

ابزار پژوهش

۱) **مقیاس درجه‌بندی کانرز (فرم معلمان)**^۱: این مقیاس توسط کانرز در سال ۱۹۹۰ برای تعیین اختلال‌های رفتاری ساخته شد که دارای ۳۹ گویه بوده که توسط معلم تکمیل می‌شود. این آزمون فقط برای شناسایی افراد نمونه استفاده شده است و نتایج خرده مقیاس‌های آن برای اندازه‌گیری متغیر وابسته استفاده نشده است. معلم، گویه‌ها را در فرم‌هایی که بر اساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده با استفاده از ۴ گزینه نمره‌گذاری می‌کند. لذا دامنه‌ی نمرات هر گویه از ۰ (به هیچ وجه)

اختلال‌های رفتاری کودکان شد و آموزش والدین به آنها کمک کرد تا در برخورد با اختلال‌های رفتاری فرزندان خود اقدامات مناسبی انجام دهند. دانفورت، هاروی، یولاسزک و مک‌کی (۳۲) به این نتیجه رسیدند که آموزش والدین باعث کاهش بیش‌فعالی، رفتارهای تخریبی و پرخاشگری کودکان می‌شود. یافته‌های پژوهش ریچاردسون و جاگین (۳۳) نشان داد که این برنامه‌ی آموزشی می‌تواند اختلال‌های هیجانی و رفتاری کودکان را کاهش دهد.

در سال‌های اخیر، به دلایل مختلف، توجه به بررسی علمی اختلال‌های دوران کودکی افزایش یافته است. نخست اینکه، بسیاری از مشکلات کودکان پیامدهای بلند مدت برای کودک، خانواده و جامعه داشته است. دوم آنکه، بسیاری از اختلال‌های دوران بزرگسالی در دوران کودکی ریشه دارند و در نهایت فهم بهتر از فرآیند رشد و تحول و اختلال‌های آن به پاس پیشرفت‌های روان‌شناسی مرضی تحولی، پیشگیری و مداخله‌های مؤثر را امکان‌پذیر کرده است (۳۴). از آنجایی که سطح آگاهی خانواده‌ها نسبت به شیوه‌های والدگری کامل نیست و این ناآگاهی می‌تواند مسائلی را در برقراری روابط با فرزندان ایجاد کند به همین دلیل پیشگیری و درمان این مشکلات بی‌اندازه اهمیت دارد. مطالعات اخیر، به مدل برنامه‌های والدگری به عنوان مداخله‌های پیشگیرانه توجه بیشتری دارند ولی مقایسه‌ی اثربخشی این روش‌ها کمتر انجام شده است. بنابراین در راستای گزینش و استفاده از بهترین شیوه‌ی آموزشی، انجام این پژوهش می‌تواند برای مربیان، متخصصان و خانواده‌های کودکان با اختلال‌های هیجانی رفتاری سودمند باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی روش والدگری مثبت و مدیریت والدین بر اختلال‌های رفتاری کودکان انجام گرفت.

روش

طرح پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه‌های آزمایشی و گواه همراه با پیگیری یک ماهه بود که در آن به مقایسه‌ی تأثیر دو روش آموزشی والدگری مثبت و مدیریت والدین پرداخته شد.

1. Connors' Teachers Rate Scale

زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۸ برای انفعالی بودن تا ۰/۸۲ برای اختلال سلوک متغیر بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه معادل ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۴ برای فزون‌کنشی تا ۰/۸۹ برای مشکلات توجه رؤیابرداری، متغیر بود (۳۵).

۲) مقیاس کانرز (فرم والدین): این مقیاس دارای ۴۸ سؤال است که توسط والدین تکمیل می‌شود و نتایج خرده مقیاس‌های این آزمون برای اندازه‌گیری متغیر وابسته استفاده شده است. والدین، سؤال‌ها را در فرم‌هایی که بر اساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده‌اند، با استفاده از ۴ گزینه نمره‌گذاری می‌کنند. لذا دامنه‌ی نمرات هر سؤال از صفر (هیچ‌گاه) تا ۳ (همیشه) متغیر است.

این پرسش‌نامه دارای ۵ خرده مقیاس بوده که بر اساس تحلیل عوامل به این شرح می‌باشند:

۱) اختلال سلوک: این زیرمقیاس از ۸ گویه تشکیل شده است و مشکلاتی مانند گستاخی، زودرنج بودن، خرابکاری و مشاجره را در بر می‌گیرد. **۲) اختلال یادگیری:** این زیرمقیاس از ۴ گویه تشکیل شده است و مشکلاتی مانند حواس‌پرتی، بی‌دقتی و سرخورده شدن در فعالیت‌ها را در بر می‌گیرد. **۳) مشکلات روان‌تنی:** این زیرمقیاس از ۴ گویه تشکیل شده است و مشکلاتی مانند سردرد، تهوع و خوابیدن را در بر می‌گیرد. **۴) بیش‌فعالی تکانشگری:** این زیرمقیاس از ۴ گویه تشکیل شده است و مشکلاتی مانند ناآرام بودن و حواس‌پرتی را در بر می‌گیرد. **۵) اضطراب انفعال:** این زیرمقیاس نیز از ۴ گویه تشکیل شده است و مشکلاتی مانند: خجالتی بودن، ترسو بودن و نگران بودن را در بر می‌گیرد (۳۶).

الحسن الاواد و سونگا برك (۲۰۰۲) در سودان پایایی بازآزمایی را معادل ۰/۸۳ و همسانی درونی بین زیرمقیاس‌های مختلف را از ۰/۵۲ تا ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در ایران روایی سازه را، با استفاده از تحلیل عاملی، ۴ عامل به دست داده‌اند که در مجموع ۳۵ درصد از واریانس‌ها تبیین شده است. همچنین همبستگی هر عامل با نمره‌ی کل در دامنه‌ی کران ۰/۴۹ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. بار عاملی گویه‌ها بین دامنه‌ی ۰/۴۰ تا ۰/۷۰ است. بازآزمایی برای کل مقیاس در ایران ۰/۵۸،

تا ۳ (زیاد) متغیر است. این پرسش‌نامه دارای ۳ بعد است: رفتار کودک در کلاس (گویه‌های ۱-۲۱)، مشارکت و همکاری گروهی (گویه‌های ۲۹-۲۲)، و نگرش نسبت به مراجع قدرت (گویه‌های ۳۹-۳۰). برای به دست آوردن امتیاز هر بعد، مجموع امتیازات گویه‌های مربوط به آن محاسبه می‌شود و برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات مربوط به همه‌ی گویه‌ها با هم محاسبه می‌شود. در نتیجه، دامنه‌ی نمره‌ی کل این آزمون از ۰ تا ۱۱۴ خواهد بود. اگر نمره‌ی کودک بالاتر از ۵۷ باشد، بیانگر اختلال نارسایی توجه است. هر چه امتیاز فرد، بالاتر باشد، میزان اختلال کودک بیشتر خواهد بود و برعکس.

این پرسش‌نامه، دارای ۶ خرده مقیاس است که بر اساس تحلیل عوامل به این شرح می‌باشند: ۱) اختلال سلوک از ۱۳ گویه تشکیل شده است که بیانگر اختلال سلوک در مدرسه است؛ ۲) ضداجتماعی^۱: این زیرمقیاس از ۵ گویه تشکیل شده است و در مورد رفتارهای ضداجتماعی کودک در مدرسه است؛ ۳) رؤیابرداری مشکلات توجه^۲: این زیرمقیاس از ۴ گویه تشکیل شده است و مشکلاتی مانند گوشه‌گیری و دوری از سایر کودکان و در خواب و خیال بودن را شامل می‌شود؛ ۴) اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی^۳: از ۱۷ گویه تشکیل شده است که ۷ مورد از آنها به زیرمقیاس‌های دیگر مانند، اختلال سلوک یا سهل‌انگار هیجانی هم تعلق دارند؛ ۵) اضطراب انفعال^۴: این زیرمقیاس از ۶ گویه تشکیل شده است و مشکلاتی مانند گوشه‌گیری و ناخن جویدن را بررسی می‌کند؛ و ۶) سهل‌انگاری هیجانی^۵: از ۸ گویه تشکیل شده است و مشکلاتی مانند گریه کردن، اخمو بودن، ناامیدی و عصبانیت را شامل می‌شود.

کانرز در سال ۱۹۹۹ اعتبار بازآزمایی فرم معلم این مقیاس را در طی یک ماه تا یک سال از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و پایایی بین نمره‌گذاری معلمان را ۰/۷۰ گزارش کرده است و همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. روایی محتوایی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران توسط شهیم و یوسفی (۱۳۸۷) به دست آمده است. پایایی مقیاس با روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای

1. Anti social
2. Day Dream Attention Problems
3. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (AD /HD)
4. Anxious - Passive
5. Emotional Overindulgent

6. Conners' Parents Rate Scale
7. Learning Disorder
8. Psychosomatic Problem
9. Impulsive Hyperactive

جلسات درمان

در پژوهش حاضر، از مداخله‌ی والدگری مثبت براساس پروتکل ساندرز (۱۹۹۳) که توسط علی‌اکبری، دهکردی، کاکوجویاری، محتشمی و یکدله‌پور (۳۷)، طراحی شده بود، استفاده شد. همچنین مداخله‌ی مدیریت والدین بر اساس پروتکل کاذین (۲۰۰۸) که توسط عیسی‌نژاد و خندان (۲۶) استفاده شده بود، ارائه شد. خلاصه‌ی محتوای جلسات آموزشی طبق جدول شماره‌ی ۱ ارائه شده است.

برای خرده‌مقیاس‌ها بین دامنه‌ی ۰/۴۱ تا ۰/۷۶ و پایایی بین نمره‌گذاران برای کل مقیاس ۰/۷۰ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین دامنه‌ی ۰/۴۶ تا ۰/۷۱ است. ضریب پایایی نمره‌ی کل ۰/۷۰ و برای زیر مقیاس‌های مشکلات اجتماعی، اختلال سلوک، مشکلات روان‌تنی، اضطراب و خجالتی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۰، ۰/۶۸ و ۰/۴۶ به دست آمده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ جهت نمره‌ی کل ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های اختلال سلوک، مشکلات اجتماعی، اضطراب خجالتی و مشکلات روان‌تنی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۵۷، ۰/۸۶ و ۰/۷۴ بوده است (۳۶).

جدول ۱) جلسات آموزش والدگری مثبت و آموزش مدیریت والدین

جلسه	آموزش والدگری مثبت		آموزش مدیریت والدین	
	اهداف	محتوا	اهداف	محتوا
۱	معرفی برنامه	آشنایی با اعضای گروه، توضیح درباره‌ی اهداف و محتوای برنامه، بررسی قوانین گروه. تشویق والدین به مشاهده و ردیابی رفتارهای کودکشان با هدف تغییر رفتار کودک	بررسی مشکلات رفتاری	والدین به تعریف خاصی از رفتار کودک پرداخته و درمانگر تعریف خاصی از مشکلات را بیان می‌کند
۲	ارتقای رشد کودک ۱	آموزش راهبردهایی برای ایجاد ارتباط مثبت با کودک (مانند صحبت کردن با او، عاطفه به خرج دادن، اختصاص دادن زمان مفید به کودک) و تمرین این راهبردها با ایفای نقش در گروه	آموزش تکنیک تقویت مثبت	توضیح در مورد تقویت مثبت، توضیح دادن جدولی از تقویت مثبت به والدین و تکمیل آن (در صورت مشاهده‌ی رفتار مناسب، رفتار کودک را تقویت کند)
۳	ارتقای رشد کودک ۲	آموزش راهبردهایی برای افزایش رفتارهای مثبت (تحسین توصیفی، فراهم کردن فعالیت‌های سرگرم‌کننده و غیره) و آموزش این‌که چه وقت و چگونه می‌توان این آموزش‌ها را به کار بست	آموزش وقفه انداختن در تقویت و نادیده گرفتن	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، وقفه انداختن در تقویت (در صورت مشاهده رفتار نامناسب براساس قوانین گذشته)، تمرین و تکرار والدین در منزل
۴	ارتقای رشد کودک ۳	آموزش راهبردهایی مانند آموزش اتفاقی، تکنیک پرسیدن، گفتن، انجام دادن و غیره به والدین برای یاددهی رفتارها و مهارت‌های جدید به کودک	مرور موارد آموخته‌شده	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، طرح توجه کردن و نادیده گرفتن

جلسه	آموزش والدگری مثبت		آموزش مدیریت والدین	
	اهداف	محتوا	اهداف	محتوا
۵	مدیریت رفتار ناکارآمد ۱	آموزش درباره‌ی پیامدهای منفی تنبیه و راهبردهایی برای مقابله با سوء رفتار کودک. این روش‌ها شامل قانون گذاشتن، بحث مستقیم، دستور دادن مستقیم و روشن و نادیده گرفتن است	آموزش شکل‌دهی رفتار	توضیح شکل‌دهی رفتار خاص، تمرین به والدین، بررسی رفتار کودک از طرف معلم و والدین
۶	مدیریت رفتار ناکارآمد ۲	آموزش راهبردهای جایگزین تنبیه به شکل پیشرفته (شامل پیامد منطقی، محروم‌سازی و زمان ساکت) برای مقابله‌ی مؤثر با رفتارهای نامناسب	مرور و اصلاح آموزه‌های والدین	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، بررسی و حل مسئله، بحث کردن در مورد چگونگی مقابله با مشکلات کودک
۷	مدیریت رفتار ناکارآمد ۳	آموزش سه برنامه‌ی کاربردی، شامل برنامه‌ی روزانه‌ی پیروی، برنامه‌ی تصحیح رفتار و چارت رفتاری با هدف مدیریت سوء رفتار کودک توسط والدین به صورت روزانه	اصلاح رفتار	حضور کودک و پدر و مادر، اصلاح رفتار هریک از آنها
۸	از پیش برنامه‌ریزی کردن	آموزش شناسایی موقعیت‌های پرخطر و آموزش به کارگیری راهبردهایی در قالب تکنیک‌های فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده در موقعیت‌های پرخطر (در خانه و خارج از آن). همچنین ارائه‌ی رهنمودهایی برای بقاء و دوام خانواده	آموزش در مقابل رفتارهای نامطلوب	چگونگی رفتار کردن در مقابل رفتارهای نامطلوب کودکان و گذاشتن عواقب خاص
۹			آموزش روش‌های تنبیه و پاداش	چگونگی سرزنش (مجازات) و این‌که چگونه در مقابل رفتارهای اجتماعی، کودک را تقویت کنند
۱۰ و ۱۱			هماهنگی بین والدین در رفتار	توافق کردن والدین در مورد چگونگی رفتار کردن با کودک خود
۱۲			آموزش گفت و گو با کودک	مهارت گفت و گو کردن با کودک، تمرین‌ها و برنامه‌های خاصی به والدین داده و مروری بر هریک از جلسات انجام می‌شود

شیوه‌ی اجرا

به منظور اجرای پژوهش حاضر، ابتدا مجوزهای لازم جهت اجرای پژوهش از آموزش و پرورش گرفته شد و با مراجعه به مدارس معرفی شده توسط آموزش و پرورش و تکمیل پرسش‌نامه‌ی کانرز توسط معلمان سه پایه‌ی تحصیلی (چهارم، پنجم و ششم) هر دبستان، کسانی که نمره‌ی بالایی در آزمون اختلال‌های رفتاری داشتند را فهرست کرده و سپس برای اجرای مداخله از والدین آنها دعوت به عمل آمد. نمونه‌ی مورد نظر بر حسب شرایط ورود و خروج، انتخاب شد و نمونه‌ها به صورت تصادفی در گروه‌های آموزش والدگری مثبت (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای)، آموزش مدیریت والدین (۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و گروه گواه (بدون آموزش) جای دهی شدند. همچنین جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدای انجام پژوهش، اهداف این مطالعه برای والدین بیان شد و رضایت کامل آنها برای شرکت در پژوهش جلب شد همچنین

به افراد شرکت‌کننده اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از این پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار گرفته و برای تولید مستندات علمی استفاده شده و کاملاً محرمانه باقی می‌ماند. در نهایت گروه گواه در فهرست انتظار برای دریافت مداخله قرار گرفتند.

روش تجزیه و تحلیل

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول شماره‌ی ۲، آماره‌های توصیفی متغیر مشکلات رفتاری، به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده است.

جدول ۲، شاخص‌های توصیفی اختلال‌های رفتاری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های پژوهش

خرده مقیاس	گروه	وضعیت	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلکز	P
اختلال سلوک	آزمایش ۱ والدگری مثبت	پیش‌آزمون	۱۵/۸۰	۵/۴۵	۰/۹۷۶	۰/۷۱۰
		پس‌آزمون	۷/۰۰	۳/۵۹	۰/۹۱۲	۰/۳۰۲
اختلال یادگیری	آزمایش ۱ والدگری مثبت	پیگیری	۶/۹۰	۳/۲۴	۰/۹۱۴	۰/۲۱۲
		پیش‌آزمون	۴/۳۰	۱/۲۵	۰/۹۰۵	۰/۲۷۸
مشکلات روان‌تنی	آزمایش ۱ والدگری مثبت	پس‌آزمون	۲/۱۰	۱/۷۹	۰/۹۵۸	۰/۲۱۴
		پیگیری	۲/۶۰	۱/۷۱	۰/۹۰۱	۰/۳۰۵
بیش‌فعالی تکانشگری	آزمایش ۱ والدگری مثبت	پیش‌آزمون	۶/۲۰	۳/۱۱	۰/۹۳۵	۰/۷۰۱
		پس‌آزمون	۳/۶۰	۲/۳۶	۰/۹۱۹	۰/۷۳۵
اضطراب انفعال	آزمایش ۱ والدگری مثبت	پیگیری	۴/۳۰	۱/۵۶	۰/۸۱۵	۰/۰۶۸
		پیش‌آزمون	۵/۰۰	۱/۹۴	۰/۹۴۴	۰/۳۲۴
	آزمایش ۱ والدگری مثبت	پس‌آزمون	۲/۳۰	۱/۴۹	۰/۹۰۱	۰/۳۵۷
		پیگیری	۲/۴۰	۱/۳۴	۰/۸۹۵	۰/۴۱۲
	آزمایش ۱ والدگری مثبت	پیش‌آزمون	۸/۷۰	۲/۴۵	۰/۹۲۱	۰/۶۱۲
		پس‌آزمون	۴/۶۰	۲/۵۹	۰/۹۱۲	۰/۳۲۲
	آزمایش ۱ والدگری مثبت	پیگیری	۴/۷۰	۲/۵۴	۰/۹۴۱	۰/۲۱۴

خرده مقیاس	گروه	وضعیت	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلکز	P
اختلال سلوک	آزمایش ۲ (مدیریت والدین)	پیش‌آزمون	۱۳/۰۰	۵/۳۹	۰/۹۲۴	۰/۲۳۴
		پس‌آزمون	۹/۶۰	۵/۰۸	۰/۹۰۱	۰/۳۰۴
		پیگیری	۸/۹۰	۳/۸۴	۰/۹۳۴	۰/۵۰۵
اختلال یادگیری	آزمایش ۲ (مدیریت والدین)	پیش‌آزمون	۳/۹۰	۲/۰۲	۰/۸۹۷	۰/۶۴۱
		پس‌آزمون	۳/۶۰	۲/۱۱	۰/۹۱۵	۰/۷۱۴
		پیگیری	۳/۱۰	۱/۵۹	۰/۹۱۵	۰/۰۹۸
مشکلات روان‌تنی	آزمایش ۲ (مدیریت والدین)	پیش‌آزمون	۷/۱۰	۲/۱۸	۰/۹۰۴	۰/۳۱۲
		پس‌آزمون	۴/۹۰	۲/۵۱	۰/۹۴۷	۰/۴۱۲
		پیگیری	۵/۰۰	۲/۷۰	۰/۹۳۴	۰/۴۲۴
بیش‌فعالی تکانشگری	آزمایش ۲ (مدیریت والدین)	پیش‌آزمون	۴/۳۰	۱/۸۸	۰/۸۰۹	۰/۷۲۷
		پس‌آزمون	۳/۱۰	۱/۹۱	۰/۹۲۲	۰/۷۰۵
		پیگیری	۳/۰۰	۱/۶۹	۰/۹۳۵	۰/۲۱۲
اضطراب انفعال	آزمایش ۲ (مدیریت والدین)	پیش‌آزمون	۸/۵۰	۳/۶۲	۰/۹۱۴	۰/۲۷۸
		پس‌آزمون	۶/۳۰	۳/۲۳	۰/۹۴۸	۰/۳۲۴
		پیگیری	۵/۱۰	۲/۳۳	۰/۹۰۱	۰/۳۱۵
اختلال سلوک	گواه	پیش‌آزمون	۸/۵۰	۲/۴۱	۰/۹۱۲	۰/۷۰۲
		پس‌آزمون	۹/۹۰	۳/۱۰	۰/۸۱۹	۰/۴۰۲
		پیش‌آزمون	۱/۹۰	۱/۲۸	۰/۹۲۲	۰/۰۹۸
اختلال یادگیری	گواه	پس‌آزمون	۲/۲۰	۱/۲۲	۰/۹۳۵	۰/۳۰۲
		پیش‌آزمون	۴/۸۰	۲/۰۴	۰/۹۱۴	۰/۷۱۴
		پس‌آزمون	۵/۲۰	۲/۴۴	۰/۹۰۱	۰/۳۲۴
مشکلات روان‌تنی	گواه	پیش‌آزمون	۳/۰۰	۰/۸۱	۰/۸۹۷	۰/۲۲۱
		پس‌آزمون	۳/۱۰	۰/۷۳	۰/۹۰۸	۰/۲۱۴
		پیش‌آزمون	۴/۲۰	۱/۸۷	۰/۹۱۲	۰/۵۰۵
اضطراب انفعال	گواه	پس‌آزمون	۴/۵۰	۱/۳۵	۰/۹۲۱	۰/۶۱۲

خرده مقیاس‌های اختلال‌های رفتاری در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر چندانی نداشته است.

جهت بررسی مقایسه‌ی اثربخشی آموزش والدگری مثبت و آموزش مدیریت والدین بر اختلال‌های رفتاری کودکان، از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. در ابتدا مفروضه‌های تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون شاپیرو ویلکز نشان داد، توزیع باقیمانده‌ها در متغیرهای وابسته نرمال می‌باشد ($P > 0/05$). نتایج آزمون لوین نشان

جدول شماره‌ی ۲ شاخص‌های توصیفی اختلال‌های رفتاری کودکان را در گروه‌های پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در گروه والدگری مثبت، میانگین خرده مقیاس‌های اختلال‌های رفتاری در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. در گروه تحت آموزش مدیریت والدین، میانگین خرده مقیاس‌های اختلال‌های رفتاری در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است و در گروه گواه میانگین

که رابطه‌ی بین این مؤلفه‌ها معنادار است ($p < 0/05$) نتایج تحلیل کواریانس نشان داد مقدار آماره‌ی لامبدا در سطح $0/01$ معنادار است ($0/269 = \lambda$ و $f = 3/33$ و $p < 0/01$ و $0/481 =$ اندازه اثر)، بدین معنا که حداقل در یکی از خرده مقیاس‌های متغیر اختلال‌های رفتاری کودکان در بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد. بنابراین به بررسی نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی پرداخته شد. در جدول شماره‌ی ۳، نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون با پس‌آزمون متغیر اختلال‌های رفتاری گزارش شده است.

داد، مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش، برقرار است ($P > 0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس نیز نشان داد، مفروضه‌ی همگنی ماتریس واریانس کواریانس برقرار است ($p > 0/05$). مفروضه‌ی همگنی شیب خط رگرسیون با اثر تعامل پیش‌آزمون و متغیر وابسته اختلال‌های رفتاری کودکان در گروه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که نتیجه‌ی به دست آمده معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ در نتیجه، داده‌ها از مفروضه‌ی همگنی شیب رگرسیون پشتیبانی می‌کنند. نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه‌ی بین مؤلفه‌های اختلال‌های رفتاری کودکان نشان داد

جدول ۳ مقایسه‌ی تفاضل نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون خرده مقیاس‌های متغیر رابطه‌ی والد کودک در سه گروه آموزش والدگری مثبت، مدیریت والدین و گواه

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اختلال سلوک	پیش‌آزمون	۱۹/۸۰	۱	۱۹/۸۰	۱/۵۲	۰/۲۳۰	۰/۰۶۵
	عضویت گروهی	۱۳۱/۹۴	۲	۶۵/۹۷	۵/۰۷	۰/۰۱۵	۰/۳۱۶
	خطا	۲۸۶/۱۱	۳۷	۱۳/۰۰	-	-	-
اختلال یادگیری	پیش‌آزمون	۱۳/۷۱	۱	۱۳/۷۱	۱/۰۵	۰/۳۱۶	۰/۰۴۶
	عضویت گروهی	۷/۲۶	۲	۳/۶۳	۱/۵۷	۰/۲۳۰	۰/۱۳۵
	خطا	۵۰/۷۷	۳۷	۲/۳۰	-	-	-
مشکلات روان‌تنی	پیش‌آزمون	۳۲/۱۹	۱	۳۲/۱۹	۶/۳۷	۰/۰۱۹	۰/۲۲۵
	عضویت گروهی	۱۲/۱۶	۲	۶/۰۸	۱/۲۰	۰/۳۱۹	۰/۰۹۹
	خطا	۱۱۱/۱۵	۳۷	۵/۰۵	-	-	-
بیش‌فعالی تکانشگری	پیش‌آزمون	۱۲/۴۹	۱	۱۲/۴۹	۸/۹۵	۰/۰۹۰	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۱۲/۶۲	۲	۶/۳۱	۴/۵۲	۰/۰۲۳	۰/۲۹۱
	خطا	۳۰/۶۹	۳۷	۱/۳۹	-	-	-
اضطراب انفعال	پیش‌آزمون	۳۰/۶۹	۱	۳۰/۶۹	۰/۰۸۵	۰/۷۷۳	۰/۰۰۴
	عضویت گروهی	۴/۵۰	۲	۲/۲۵	۰/۴۲۱	۰/۶۶۲	۰/۰۳۷
	خطا	۱۱۷/۶۲	۳۷	۵/۳۴	-	-	-

معنادار می‌باشد. میزان اندازه‌ی اثر نشان می‌دهد ۳۱ درصد از تغییرات اختلال سلوک، ۱۳ درصد از تغییرات اختلال یادگیری، ۹ درصد از تغییرات مشکلات روان‌تنی، ۲۹ درصد از تغییرات

با توجه به جدول شماره‌ی ۳، نمرات پس‌آزمون در خرده‌مقیاس‌های اختلال سلوک و بیش‌فعالی تکانشگری ($P < 0/05$)، در بین گروه‌های آزمایشی و گواه دارای تفاوت

بیش فعالی تکانشگری و ۳ درصد از تغییرات اضطراب انفعال، کدام گروه‌ها معنادار است از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده ناشی از عضویت گروهی است. برای این‌که بدانیم تفاوت بین شد.

جدول ۴) تفاوت میانگین‌ها و دامنه‌ی اطمینان تفاوت‌ها به تفکیک گروه‌های پژوهش

مولفه	گروه‌ها (I)	گروه‌ها (J)	تفاوت (I-J)	انحراف استاندارد	معناداری	دامنه پایین	دامنه بالا
اختلال سلوک	آموزش والدگری مثبت	آموزش مدیریت والدین	-۴/۰۱	۱/۹۴	۰/۰۵۲	-۸/۰۵	۰/۰۳۲
	گواه	آموزش والدگری مثبت	-۷/۳۴	۲/۳۲	۰/۰۰۵	-۱۲/۱۵	-۲/۵۲
	آموزش مدیریت والدین	گواه	-۳/۳۳	۲/۰۵	۰/۰۴۹	-۷/۵۹	-۰/۹۳۴
اختلال یادگیری	آموزش والدگری مثبت	آموزش مدیریت والدین	-۱/۴۴	۰/۸۲۱	۰/۰۹۲	-۳/۱۵	۰/۲۵۵
	گواه	آموزش والدگری مثبت	-۱/۱۰	۰/۹۷۸	۰/۲۷۱	-۳/۱۳	۰/۹۲۴
	آموزش مدیریت والدین	گواه	۰/۳۴۳	۰/۸۶۶	۰/۶۹۶	-۱/۴۵	۲/۱۳
مشکلات روان‌تنی	آموزش والدگری مثبت	آموزش مدیریت والدین	۰/۰۰۸	۱/۲۱	۰/۹۹۵	-۲/۵۱	۲/۵۲
	گواه	آموزش والدگری مثبت	-۱/۸۷	۱/۴۴	۰/۲۰۹	-۴/۸۷	۱/۱۲
	آموزش مدیریت والدین	گواه	-۱/۸۸	۱/۲۸	۰/۱۵۶	-۴/۵۶	۰/۷۷۷
بیش فعالی تکانشگری	آموزش والدگری مثبت	آموزش مدیریت والدین	-۱/۲۴	۱۰/۶۳۹	۰/۰۶۵	-۲/۵۶	۰/۰۸۲
	گواه	آموزش والدگری مثبت	-۲/۲۷	۰/۷۶۱	۰/۰۰۷	-۳/۸۴	-۰/۶۹۳
	آموزش مدیریت والدین	گواه	-۳/۰۲	۰/۶۷۳	۰/۰۴۱	-۲/۴۲	-۰/۳۶۹
اضطراب انفعال	آموزش والدگری مثبت	آموزش مدیریت والدین	-۱/۰۰	۱/۲۵	۰/۴۳۱	-۳/۵۹	۱/۵۹
	گواه	آموزش والدگری مثبت	-۱/۲۱	۱/۴۸	۰/۴۲۵	-۴/۲۹	۱/۸۷
	آموزش مدیریت والدین	گواه	-۰/۲۰۹	۱/۳۱	۰/۸۷۵	-۲/۹۴	۲/۵۲

می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت ضمن اثربخشی هر دو روش آموزشی، هر دو اثربخشی یکسانی بر اختلال‌های رفتاری کودکان در خرده مقیاس اختلال سلوک و بیش‌فعالی تکانشگری داشته‌اند.

برای این‌که بدانیم آموزش والدگری مثبت و مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان در مرحله‌ی پیگیری مؤثر بوده است، از آزمون تی همبسته استفاده شد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد، همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش برقرار است ($p > ۰/۰۵$)؛ بنابراین نتایج آزمون t با فرض برابری واریانس‌ها در جدول شماره‌ی ۵ ارائه شده است.

جدول شماره‌ی ۴ نشان می‌دهد، در خرده مقیاس‌های متغیر مشکلات رفتاری، تفاوت بین گروه‌های آزمایشی معنادار نمی‌باشد ($P > ۰/۰۵$). بدین معنا که آموزش والدگری مثبت و مدیریت والدینی تأثیر یکسانی بر خرده مقیاس‌های اختلال‌های رفتاری کودکان داشته است، ولی تفاوت بین گروه‌های آزمایشی با گروه گواه در خرده مقیاس‌های اختلال سلوک و بیش‌فعالی تکانشگری معنادار است. سطح معناداری اختلاف بین گروه آزمایشی والدگری مثبت با گروه گواه در متغیرهای اختلال سلوک و بیش‌فعالی تکانشگری، ۰/۰۱ و سطح معناداری اختلاف بین گروه آزمایشی مدیریت والدینی با گروه گواه در متغیرهای اختلال سلوک و بیش‌فعالی تکانشگری، ۰/۰۵

جدول ۵) نتایج آزمون t برای مقایسه‌ی متغیرها در گروه‌های تحت آموزش

گروه	تعداد	تفاوت میانگین بین دو مرحله‌ی پس‌آزمون - پیگیری	انحراف استاندارد	آماره‌ی تی	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
والدگری مثبت	۱۵	-۲/۸۰	۵/۴۹	-۱/۶۱	۱۴	۰/۱۴۱
مدیریت والدین	۱۵	۳/۲۰	۱۰/۶۶	۰/۹۴۹	۱۴	۰/۳۶۷

پیگیری نیز ثابت مانده است؛ بدین معنا که در اثر آموزش والدگری مثبت و مدیریت والدین اختلال‌های رفتاری کودکان کاهش داشته است. بنابراین می‌توان گفت که بعد از یک ماه تأثیرات آموزش والدگری مثبت و مدیریت والدین در کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان ادامه داشته است.

همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۵ ملاحظه می‌شود در هر دو گروه تحت آموزش والدگری مثبت و مدیریت والدین، تفاوت بین اختلال‌های رفتاری کودکان در مرحله پس‌آزمون پیگیری معنادار نمی‌باشد. با توجه به جداول آمار توصیفی و میانگین‌ها، می‌توان گفت تغییرات حاصل شده در مرحله‌ی پس‌آزمون در مرحله‌ی

بحث و نتیجه‌گیری

با فرزندانشان می‌شود، به گونه‌ای که علت این رفتارها را کمتر ناشی از لجبازی و نافرمانی عمدی کودک خود می‌دانند (۷). آموزش والدگری مثبت باعث افزایش آگاهی والدین در مهار عواطف‌شان، اصلاح شیوه‌های پاداش و تنبیه، اصلاح نگرش والدین درباره‌ی والدگری و شیوه‌های مهار رفتار کودک شده و از این طریق تأثیر مثبت در کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان ایجاد کرده است و باعث می‌شود درک مادران از بذر رفتاری‌ها و مشکلات روان‌شناختی فرزندانشان بالا برود و در نتیجه بر کاهش تعارض والد - فرزندی و مشکلاتی مشابه، کمک شایان توجهی می‌کند و والدین احساس می‌کنند در تربیت فرزند خود لایق‌تر و موفق‌تر هستند و از این رو کمتر در ارتباط با فرزند خود دچار تعارض می‌شوند. همچنین این شیوه به مادران کمک می‌کند تا با فرزندان خود تعاملات خوبی داشته باشند و سبب کاهش اختلال‌های رفتاری می‌شود (۱۲). توانمندسازی تربیتی والدین به مهارت‌های والدینی، آشنایی آنها با تأثیراتی که شیوه‌های والدگری می‌تواند بر مشکلات کودک داشته باشد، کاهش تعارضات والدین، و افزایش اعتماد به خود در والدین می‌تواند باعث کاهش اختلال‌های رفتاری در فرزندان شود.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش مدیریت والدین سبب کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات قاسمی،

هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی اثربخشی آموزش والدگری مثبت و مدیریت والدین بر اختلال‌های رفتاری کودکان بود. نتایج نشان داد که آموزش والدگری مثبت بر کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان مؤثر است. که این یافته با نتایج کلارک و همکاران (۱۷) و باقری، سجادیان و قمرانی (۲۲) هم‌سو است. در تبیین این یافته، می‌توان گفت برنامه‌ی والدگری مثبت می‌تواند از طریق تقویت رفتارهای مثبت کودکان به وسیله مادر، الگوسازی والدگری مناسب، تلفیق سطح دانش و توانایی مادران، ایجاد تعاملات مؤثر والد کودک، فراهم آوردن حمایت اجتماعی و ارتقاء سطح خودکارآمدی والدینی مادر، باعث کاهش اختلال‌های رفتاری کودک شود (۱۵). ارتباط والد-کودک در آسیب‌شناسی و درمان اختلال‌های خلقی و رفتاری کودک نقش مهمی می‌تواند داشته باشد؛ به ویژه زمانی که والدین با مسأله‌ی تنش‌آوری مانند پرورش و تربیت روبه‌رو هستند، هر چقدر توانایی آنها در مدیریت مشکلات اضطرابی و خلقی بیشتر باشد، باعث کاهش اختلال‌ها در فرزندان آنها خواهد شد (۹). همچنین تغییراتی که در نگرش مادران نسبت به رفتارهای فرزندانشان به دنبال در اختیار داشتن اطلاعات و افزایش آگاهی آنها در خصوص اختلال رفتاری ایجاد شده است، سبب تغییرات در رفتار آنها

هیجانی در کودکان شده است (۲۴).

در مقایسه‌ی اثربخشی این دو روش، نتایج نشان داد که هر دو روش بر کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان تأثیر یکسانی دارند. همچنین در مرحله‌ی پیگیری ثابت مانده است. در این زمینه، پژوهشی که هر دو روش را مقایسه کند یک مورد دیده شده که بدون مرحله‌ی پیگیری بود. این یافته با نتایج مطالعه عیسی نژاد (۲۶) ناهم‌سو است. این نتیجه را این‌گونه می‌توان تبیین کرد که آموزش مدیریت والدین از لحاظ محتوا، شیوه‌ی اجرا و جامعه‌ی هدف تشابه زیادی با روش والدگری مثبت دارد و بخش‌هایی از فرایند آنها مشترک بوده و هر دو روش والدگری مثبت را آموزش می‌دهند (۲۷). در ضمن هر دو برنامه‌ی آموزشی مبنی بر اصول یادگیری اجتماعی هستند. آموزش مدیریت والدین و والدگری مثبت بر اعمال والدین در مقابل رفتار کودکان تأکید دارند به‌گونه‌ای که به جای تنبیه و مجازات سخت از محرومیت و سکوت و در مقابل رفتار مناسب کودک از تقویت مثبت استفاده می‌کنند. در نتیجه تأثیر مشابهی بر کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان دارند.

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که هر دو مداخله‌ی آموزش والدگری مثبت و آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان تأثیر یکسانی دارند و در مرحله‌ی پیگیری نیز ادامه داشته است و هر دو از کارایی لازم بر کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان برخوردارند. در همین راستا، نتایج مطالعه‌ی حاضر، حاکی از عدم وجود تفاوت مشخص در میزان اثربخشی والدگری مثبت و مدیریت والدین بر کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت در انتخاب و حجم نمونه اشاره کرد. همچنین ویژگی‌های شخصیتی والدین، وضعیت مالی خانواده، تعداد فرزندان و این‌که کودک مبتلا فرزند چندم خانواده است، تحت کنترل قرار نگرفته است. همچنین به خاطر محدود بودن شرکت‌کنندگان به پایه‌ی سوم، چهارم و پنجم دبستان، از تعمیم نتایج پژوهش به سایر پایه‌ها و مقاطع تحصیلی باید احتیاط کرد. در همین راستا به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی، با حجم نمونه‌ی بیشتر انجام شود و نیز سایر پایه‌ها و مقاطع تحصیلی را بررسی کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای طراحی شود که به

نوری، و عابدی زرین (۲۸) و ریچاردسون (۳۳) هم‌سو است؛ یکی از تبیین‌های احتمالی در مورد یافته پژوهش حاضر، مبتنی بر ویژگی‌های ذاتی این روش آموزشی است. برنامه‌ی آموزشی والدین به روش‌هایی اشاره دارد که به اولیا آموزش داده می‌شود تا با کودکان خود به طور صحیح رفتار کنند. در این روش ابتدا والدین در مورد شیوع و سبب شناسی اختلال کودک خود، آگاهی می‌یابند. چنین اطلاعاتی کمک می‌کند تا نگرانی‌های والدین درباره‌ی مشکلات کودکشان کاهش یابد. در مرحله‌ی بعد، والدین با برنامه‌ی آموزش مدیریت والدین آشنا می‌شوند. سپس والدین به اهمیت ارتباط والد - فرزند و اصول مهار رفتار و نقش عوامل تنش‌آور خانواده در تداوم مشکلات کودک، آگاهی می‌یابند (۲۹). آموزش مدیریت والدین یادگیری مهارت‌های شیوه‌ی رفتار با کودک را می‌آموزد، به‌گونه‌ای که باعث جلوگیری از رفتارهای انحرافی، تحول رفتار اجتماعی، و عملکرد انطباقی میان افراد می‌شود. زمانی که والدین در مقابل رفتارهای انحرافی کودک از مجازات و نادیده گرفتن رفتار نامطلوب و تقویت رفتارهای مطلوب و شکل‌دهی رفتار خاص استفاده کنند، باعث کاهش مشکلات رفتاری هیجانی و بهبود رفتار مطلوب کودک در اجتماع و خانواده می‌شود (۲۵). آموزش والدین و آموزش کودکان می‌تواند به عنوان ابزاری مؤثر در جهت تغییر و جهت‌دهی رفتار کودکان به کار گرفته شود. ویژگی‌های خاص برنامه‌های آموزشی حاضر، از جمله آموزش شیوه‌های والدگری و آشنایی با مشکلات کودکان می‌تواند مبین تأثیرات درمانی باشند. بنابراین می‌توان گفت که آموزش مدیریت والدین باعث کاهش اختلال‌های رفتاری در کودکان شده است. برای تبیین این یافته باید توجه داشت اختلال‌های رفتاری و هیجانی روی رفتار والدین و افراد مختلف تأثیر دارد و آموزش والدین در واقع به ایجاد و بسط رفتار اجتماعی، جلوگیری از رفتار انحرافی، سازش یافتگی با محیط و افراد دیگر و شکل‌دهی رفتار کودکان می‌پردازد. این آموزش به دلیل توجه به برنامه‌های رفتاری همچون آگاهی والدین از نشانه‌ها و علل و روش‌های درمان آن، تنبیه مناسب هنگام مشاهده‌ی رفتار نامناسب، تقویت هنگام مشاهده‌ی رفتار مناسب، و همچنین با اعمال قوانین برای کودکان و نحوه اجرای دستورات لازم باعث کاهش اختلال‌های رفتاری و

References

1. Azizi M, Monirpoor N. Prediction of behavioral disorders based on parenting styles in children with learning disabilities. J Except Educ. 2018; 2 (151) :9-16. [Persian].
2. Mazurek MO, Sohl K. Sleep and behavioral problems in children with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2016; 46(6): 1906-1915.
3. Sanner CM, Neece CL. Parental Distress and Child Behavior Problems: Parenting Behaviors as Mediators. J Child Fam Stud. 2018; 27(2) : 591-601.
4. Hunt TK, Slack KS, Berger LM. Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. Child Abuse Negl. 2017; 67: 391-402.
5. Franco C, Amutio A, López-González L, Oriol X, Martínez-Taboada C. Effect of a mindfulness training program on the impulsivity and aggression levels of adolescents with behavioral problems in the classroom. Front Psychol. 2016; 7:1385:1-8.
6. Sanders M, Every Parent : A Positive Approach to Children's Behaviour. Shams N. (Persian translator). tehran: zehnaviz; 2010
7. Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. Exceptional learners: an introduction to special education (14th Ed). Published by Pearson Education, Inc, 2018.
8. Saberi Rad A, Heydari H, Davoudi H. Effectiveness of parenting program based on Barkley model on interaction of mother-child with behavioral disorder. CECIRANJ. 2019;10(2):177-188. [Persian].
9. Wakimizu R, Fujioka H, Iejima A, Miyamoto S. Effectiveness of the Group-Based Positive Parenting Program with Japanese Families Raising a Child with Developmental Disabilities: A Longitudinal Study. J Psychol Abnorm Child. 2014; 3:1
10. Alipour A, Asemi Z, Hosseini Yazdi SA. Comparison of the effectiveness of three intervention methods neurofeedback, parental management training and combination therapy on reducing symptoms of conduct disorder in children. J Appl Psychol. 2015; Vol. 8, 4(32): 79-94. [Persian].
11. Pickering JA, Sanders MR. Reducing child maltreatment by making parenting programs available to all parents: A case example using the Triple P-Positive Parenting Program. Trauma Violence Abuse. 2016; 17(4): 398-407.

مقایسه‌ی ارتباط بین جلسات درمانی و اثرگذاری مداخلات
پردازد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولان اداره آموزش و پرورش مخصوصاً
کارشناس پژوهش که هماهنگی با مدارس جهت آموزش
و پژوهش را انجام دادند و همچنین از کادر اداری و مربیان
مدارس و افراد نمونه که در اجرای این طرح به ما کمک کردند
تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی
نداشته است.

12. Farshad MR, Najarpourian S, Shanbedi F. The Effectiveness of the Positive Parenting Education Based on Sanders' Approach on Happiness and Parent-Child Conflict of Students. *J Child Ment Health*. 2018;5 (1):59-67. [Persian].
13. Lohan A, Mitchell AE, Filus A, Sofronoff K, Morawska A. Positive parenting for healthy living (Triple P) for parents of children with type 1 diabetes: Protocol of a randomised controlled trial. *BMC Pediatr*. 2016;16(1): 158-166.
14. Talei A, Tahmasian K, vafai, N. Effectiveness of Positive Parenting Program Training on Mothers' Parental Self-Efficacy. *JFR*. 2011; 7(3):311-323. [Persian].
15. Keown LJ, Sanders MR, Franke N, Shepherd M. The Whānau POU Toru: a randomized controlled trial (RCT) of a culturally adapted low-intensity variant of the triple P-Positive parenting program for Indigenous Māori families in New Zealand. *Prev Sci*. 2018; 19(7): 954-965.
16. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to promoting competent parenting. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*. 2003;2 (3):127-143.
17. Clark JE, Frick PJ. (2018). Positive parenting and callous-unemotional traits: their association with school behavior problems in young children. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018; 47(sup1): 242-254.
18. Ruane A, Carr A. Systematic Review and Meta-analysis of Stepping Stones Triple P for Parents of Children with Disabilities. *Fam Process*. 2019;58 (1): 232-46.
19. Zemp M, Milek A, Cummings EM, Cina A, Bodenmann G. How couple-and parenting-focused programs affect child behavioral problems: A randomized controlled trial. *J Child Fam Stud*. 2016; 25(3): 798-810.
20. Morawska A, Tometzki H, Sanders M. An Evaluation of the Efficacy of a Triple p-positive parenting program podcast series. *JDBP*. 2014;35(2):128-37.
21. Lachman JM, Cluver LD, Boyes ME, Kuo C, Casale M. Positive parenting for positive parents: HIV/AIDS, poverty, caregiver depression, child behavior, and parenting in South Africa. *AIDS care*. 2014; 26(3): 304-313.
22. bagheri M, sajjadian I, ghamarani A. The Effectiveness of the Group Positive Parenting Training Program on Behavior Problems of Child and Anhedonia of the Mothers of Educable Mental Retarded Children. *JPEN*. 2019; 5(3) :8-16. [Persian].
23. Shirini Bonab M, Seyed Mousavi PS, Panaghi L. Comparison of the effect of child-parent relationship therapy (cppt) and parent management training (pmt) on nutritional problems in children 3 to 6 years. *J Child Ment Health*. 2020;6 (4):71-80. [Persian].
24. Isazadegan A, Ebrahimzade K, Sepas L, Zeynalpour F. A Meta-Analysis of the Effect of Parental Management Training on Behavioral and Emotional Problems in Iranian Children. *jcmh*. 2019; 6 (3) :78-88. [Persian].
25. Forehand R, Lafko N, Parent J, Burt KB. Is parenting the mediator of change in behavioral parent training for externalizing problems of youth? *Clin Psychol Rev*. 2014; 34(8): 608-619.
26. Isanejad O, Xandan F. Comparing the effect of positive parenting program training (Triple P) and parent management training (PMT) on parenting styles and emotional-behavioral problems in children. *JCR*. 2017;16 (62):98-125. [Persian].
27. Kazdin AE. Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents: Oxford University Press; 2008.
28. Ghasemi N, Nori L, Abdi Zarrin S. The Effect of Parent Management Training (PMT) on the Reduction of Behavioral Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Child Ment Health*. 2019;6 (2):1-12. [Persian].
29. Bayrami M, Abdollahi E, Hashemi nosrat abad T. The effectiveness of parent management training on improvement of attention deficit hyperactivity disorder in children with epilepsy: single subject study. *RJMS*. 2017; 24(157): 90-98. [Persian].
30. Belali R, Agha Yousefi AR. The effectiveness of parent education program in reducing children's behavioral problems. *J Appl Psychol*. 2012; Vol. 5, 4(20): 59 - 73. [Persian].
31. Turner KM, Richard M, Sanders MR. Randomised clinical trial of a group parent education programme for Australian Indigenous families. *J Paediatrics Child Health*. 2007; 43(6): 429-437.
32. Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006; 37(3):188-205.
33. Richardson J, Joughin C. Parent-training programmes for the management of young children with conduct disorders. London: Royal College of Psychiatrists. 2002.

34. Stergiakouli E, Thapar A, Smith GD. Association of acetaminophen use during pregnancy with behavioral problems in childhood: evidence against confounding. *JAMA Pediatr.* 2016; 170 (10): 964-970.
35. Shahim S, Yousefi F, A. S. Standardization and psychometric properties of Conner's Teacher Rating Scale form. *JESP.* 2007;14 (1,2):1-26. [Persian].
36. Shahayian A, Shahim S, Bashash L, Yousefi F. Standardization, Factor Analysis and Reliability of Short form for parents Of Conners Grading Scale for children 6 to 11 years in Shiraz city. *Q j psychol studies Alzahra university.* 2007; 3 (3):97 - 120. [Persian].
37. Aliakbari Dehkordi MA, Kakojouibari AA, Mohtashami T, Yekdelehpour N. The effect of positive parenting program on parenting stress of mothers with impaired hearing children. *Aud Vest Res.* 2015;23 (6):66-75. [Persian].