

The effect of behavioral parent training on alleviation of depression symptoms and improving parenting styles of mothers with ADHD children

Kordestani D. *PhD*[✉], Khalili-Sadrabad A. *MSc*¹, Salari M. *MSc*², Amiri M. *MSc*³,
Motavallipor A. *MSc*⁴

[✉] *Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran*

¹ *Department of Psychology, Faculty of Humanities, Imam Reza University, Mashhad, Iran*

² *Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Tehran University, Tehran, Iran*

³ *Department of Exceptional child Psychology, Faculty of Psychology and Education,
Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran*

⁴ *Department of Exceptional child Psychology, Faculty of Psychology and Education,
Tehran University, Tehran, Iran*

Received: 2013.2.9

Accepted: 2014.4.9

Abstract

Introduction: The purpose of current study was to investigate the effect of training behavior modification methods on depression relief and improvement of parenting style of mothers with ADHD children.

Method: The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test design accompanied by control group. To do so, 24 mothers of children with ADHD were selected using accessibility sampling and then divided into control and experimental groups. Both groups filled out parenting style scale, Beck's depression scale, and Conners' parent rating scale for ADHD. In the next step, the experimental group received behavior modification training for 9 sessions of ninety minutes while the mothers in control group went on with normal procedure. At the end of the instructional term, both groups filled out before-mentioned questioners as post-test. Covariance analysis was used for analysis of data.

Result: The results of covariance analysis showed that instruction of behavior modification methods decreased authoritarian and neglectful parenting scores ($P < 0/05$) and increased authoritative parenting scores. It also reduced depression symptoms ($P < 0/05$) among mothers in experimental group, in comparison with the control group.

Conclusion: Findings of research showed that behavioral training of mothers improves their parenting style and prevents rising confusion in parent-child relationships and also emotional problems in mothers of children with ADHD.

Keywords: Behavioral Parent Training, ADHD, Parenting Style, Depression

تاثیر آموزش رفتاری والدین در کاهش نشانه های افسردگی و بهبود شیوه های والدگری مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی

داود کردستانی[✉]، افسر خلیلی صدرآباد^۱، سید مصطفی سالاری^۲، محسن امیری^۳، عباس متولی پور^۴

[✉]گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۱گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه امام رضا، مشهد، ایران

^۲گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۳گروه روانشناسی کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

^۴گروه روانشناسی کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۲۱

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر آموزش رفتاری والدین به مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در کاهش نشانه های افسردگی و بهبود شیوه های والدگری این مادران است.

روش: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. از اینرو تعداد ۲۴ نفر از مادرانی که فرزندانشان دارای این اختلال تشخیص داده شده بودند به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل همتا سازی شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه های، شیوه های والدگری، افسردگی بک و مقیاس درجه بندی کانرز والدین برای اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بود. آموزش رفتاری والدین در قالب ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای در گروه آزمایشی اجرا شد. در پایان، دو گروه پرسشنامه های مذکور را به عنوان پس آزمون تکمیل کردند. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: تحلیل نتایج بیانگر تاثیر کاربندی آزمایشی بر کاهش نمره های شیوه های والدگری خودکامه و سهل گیر مادران و افزایش نمره شیوه والدگری مقتدرانه آنان بود، همچنین این تحلیل نشانگر تاثیر کاربندی در کاهش، افسردگی والدین گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل بود.

نتیجه گیری: به طور کلی یافته ها نشان می دهند که آموزش رفتاری به مادران، شیوه های والدگری مادران را بهبود بخشیده و از به وجود آمدن آشفتگی در روابط والد-فرزند و همچنین مشکلات هیجانی در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی پیشگیری می نماید.

کلیدواژه ها: آموزش رفتاری والدین، اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، شیوه های والدگری، افسردگی

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی یکی از اختلال های رایج دوران کودکی است که وجه مشخصه آن نارسایی توجه نامتناسب با سطح تحول، تکانشگری و بیش فعالی است [۱]. نسبت قابل توجهی از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی علاوه بر علائم این اختلال، رفتار نافرمانی مقابله‌ای، پرخاشگری، مشکلات سلوک و مشکلات برون‌ریزانه دیگر را نیز از خود بروز می‌دهند [۲]. برآوردهای مربوط به شیوع اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بسته به ملاک‌های تشخیصی به کار رفته بین ۲ تا ۱۶ درصد متفاوت است [۳]. همچنین بر اساس آخرین مطالعه همه گیر شناسی، نیز شیوع این اختلال در ۲۶۶۷ کودک دختر و پسر، ۷-۱۲ ساله در دامنه بین ۳ درصد تا ۶ درصد در شهر تهران بیان شده است [۴].

از سوی دیگر این اختلال که با مشکلات متعدد رفتاری، تحصیلی، اجتماعی و هیجانی همراه است، فرایند سازگاری والدین با کودک را در خانواده با مشکل روبه رو می‌کند، که این مشکلات همراه با هم می‌توانند تاثیر زیادی بر عملکرد روانی- اجتماعی والدین و فرزندان داشته باشد [۵، ۶]. علاوه بر این حضور کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در خانواده درخواست های اضافی را بر والدین این کودکان تحمیل می‌کند و باعث افزایش تنیدگی، فشار روانی و انواع مشکلات روانشناختی از قبیل افسردگی و خلق منفی در این والدین می‌شود [۷].

از دیگر سو نظریه پردازانی همچون بتلهایم در توضیح علت شناسی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی از نظریه آسیب پذیری-تنیدگی استفاده کرده‌اند. این نظریه پرداز اعتقاد دارد که فزون کنشی وقتی گسترش پیدا می‌کند که عوامل زمینه ساز اختلال با یک شیوه والدگری مستبدانه ناکارآمد همراه می‌شوند. در این وضعیت کودک، قادر نیست از فرامین والدین پیروی کند و والدین مستبدانه تر و سختگیرتر می‌شوند تا فرزندان شان را مهار کنند و این چرخه بارها و بارها تکرار می‌شود تا کودک را به سمت اختلال سوق دهد [۸].

رابطه بین شیوه‌های والدگری و رفتارهای والدینی با مشکلات رفتاری کودکان به اثبات رسیده است، به عنوان مثال /سمارت در سال (۲۰۰۱) در پژوهشی در یافته است که چگونگی تعامل والد-کودک اغلب به عنوان پیش بینی کننده‌ای برای مشکلات رفتاری کودکان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. تعاملهایی که معمولاً همراه با خصومت متقابل، بدبینی، مهار بیش از حد و خشونت هستند در بسیاری از آسیب شناسی‌های دوران کودکی دخالت دارند [۹].

دیگر پژوهش‌های انجام شده نیز به این نتایج دست یافته‌اند که سطوح بالای مشکلات برون ریزانه کودکان با سطوح بالای افسردگی و والدگری سختگیرانه در والدین و سطح پایین کنترل رفتاری مناسب کودکان در خانواده همراه است، به صورتی که

مدیریت رفتاری نامناسب کودکان به عنوان قسمتی از رفتار های والدین و به صورت اخص استفاده از سبک والدگری خودکامه با مشکلات سلوکی در کودکان ارتباط دارد [۱۰]. سایر پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند شیوه های والدگری کنترل گرانه والدین به صورت قابل ملاحظه‌ای پیشبینی کننده سطوح بالای رفتار های برون ریزانه و سطوح پایین خود تنظیمی هیجانی در کودکان است [۱۱، ۱۲].

از دیگر سو افسردگی در چنین والدینی با رفتار های برون ریزانه کودکان در ارتباط بوده و به صورت چند عاملی بر رفتار های کودکان تاثیر می‌گذارد [۱۰، ۱۳، ۱۴]. می‌توان گفت که افسردگی والدینی، اغلب اوقات نتیجه روابط قهر آمیز و سختگیرانه والدین با کودکان و عدم شکل دهی مناسب رفتار کودک از سوی والدین است، اگر چه این نکته نیز حائز اهمیت است که تجربیات ناموفق والدین در مدیریت رفتاری کودکان و احساس عدم صلاحیت و قابلیت در ایفای نقش والدگری نیز یکی از دیگر عواملی است که موجب به وجود آمدن علائم افسردگی در این والدین می‌گردد [۱۴]. از دیگر سو اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی به عنوان یکی از اختلال‌های رفتاری برون ریزانه بر تعامل کودکان با والدینشان و نیز شیوه پاسخ دهی والدین به کودک تاثیر می‌گذارد. والدین این کودکان کمتر به آن‌ها پاسخ مناسب می‌دهند، منفی‌گراترند و کمتر کودکانشان را راهنمایی و هدایت می‌کنند [۱۵].

اینکه این مشکلات والدین و خانواده را بتوان به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی کودک اسناد داد، دارای شواهد آشکاری نیست و رابطه علمی مستقیمی در این خصوص یافت نشده است اما شواهد همبستگی فراوانی حاکی از آن هستند که باری که مراقبت از این کودکان بر دوش والدین تحمیل می‌کند فرایند بهنجار والدگری را به گونه‌ای مخدوش می‌کند که بر کارکرد تربیتی آن‌ها اثر منفی بر جای می‌گذارد [۱۵].

این والدین علاوه بر اینکه خود را از لحاظ نقش والدگری دارای مهارت و دانش کمتر می‌بینند [۱۶]، استرس قابل ملاحظه‌ای نیز در مورد نقش‌های والدگری خود تجربه می‌کنند [۱۷] و این امر بخصوص هنگامی که خصیصه‌های نافرمانی مقابله‌ای حضور دارند بیشتر مشهود است [۱۸، ۱۹]، نتایج پژوهشی بیانگر این امر است که اگر چه رفتارهای منفی و مناسب مادران نسبت به فرزند مبتلا به این اختلال، نشانه‌ها و علائم اختلال را تشدید می‌کند ولی صرفاً دلیل ایجاد آن نیست [۲۰]، پس می‌توان نتیجه گرفت که این روابط نامناسب و آشفتنگی های روانشناختی بین والدین و کودک بیش فعال به صورت یک دور باطل رخ می‌دهد که باید برای تصحیح آن‌ها اقداماتی صورت پذیرد [۲۱]، از این رو توجه به درمان های روانی- اجتماعی از قبیل آموزش رفتاری والدین، به دلیل ویژگی های منحصر به فرد خود بسیار مورد توجه قرار گرفته است.

در این نوع درمان، اصلاح رفتار در محیط منزل و توسط والد

روش

این مطالعه یک پژوهش شبه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این تحقیق شامل مادران کودکانی است که برای درمان اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی فرزندشان در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ در شهر ازنبا به مرکز درمانی اختلالات ویژه مراجعه کرده بودند. با توجه به ماهیت و نوع تحقیق تعداد ۲۴ نفر از این مادران (۱۲ نفر در گروه آزمایشی و ۱۲ نفر در گروه کنترل) انتخاب شدند و در نتیجه روش نمونه گیری به صورت نمونه در دسترس و انتساب تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل به صورت گروه های همتا شده (بر اساس سن و میزان تحصیلات مادر) انجام پذیرفت. یافته های توصیفی پژوهش نشان دادند که میانگین گستره سنی کودکان این مادران در گروه آزمایش ۹/۲۵ و در گروه کنترل ۹/۳۰ سال و میانگین سنی مادران گروه آزمایش ۳۲/۶۰ و گروه کنترل ۳۲/۴۰ بود. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه عبارت بودند از:

پرسشنامه شیوه های والدگری: در این پژوهش از پرسشنامه شیوه های فرزند پروری رابینسون، ماندلکو، الس و هارت [۲۹] استفاده شد. این پرسشنامه ۳۲ گویه ای توسط والدین تکمیل و دارای یک طیف پنج درجه ای است. این پرسشنامه سه شیوه فرزند پروری مقتدرانه، خود کامه و سهل گیر را می سنجد. علیزاده و آندریس اعتبار درونی برای مقیاس اقتداری در کودکان عادی ایرانی را ۰/۹، برای مقیاس استبدادی ۰/۷۸ و سهل گیر ۰/۷۰ گزارش داده اند [۳۰]. یوسفی [۳۱] نیز اعتبار آن را ۰/۷۶ به دست آورده است.

پرسشنامه افسردگی بک: مقیاس افسردگی بک یک مقیاس ۲۱ سوالی است که شدت نشانه های افسردگی را در اندازه های چهار درجه ای لیکرت از نمره ۰ تا ۶۳ با توجه به علائم جسماتی، رفتاری و شناختی افسردگی می سنجد [۳۲]. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش شدت نشانه های افسردگی محسوب می شود و پایایی و روایی آن در پژوهش های متعدد مورد تایید قرار گرفته است [۳۳]. از هنگام تدوین این مقیاس تا کنون، ارزیابی های بسیاری توسط پژوهشگران انجام گرفته است. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته اند. همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۳، مقیاس افسردگی زونگ ۰/۷۶ و مقیاس افسردگی MMPI، ۰/۷۶ بوده است. ضریب آلفای کرنباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ در جمعیت ایالت متحده و ضریب آلفای کرنباخ ۰/۹۱ و ضریب اعتبار ۰/۹۴ در نمونه ایرانی محاسبه شده است [علی باقی، ۲۰۰۴ نقل از حمید، ۱۳۹۰]. در پژوهش حمید [۳۴] ضرایب آلفای کرنباخ، ۰/۸۶ و ضریب تصنیف، ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضرایب اعتبار این مقیاس با استفاده از آلفای کرنباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

انجام می شود. همچنین این نوع درمان باعث افزایش جنبه های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی می شود و در پرتو اطلاعات جدیدی که والدین در این نوع درمان نسبت به مشکلات کودک خود پیدا می کنند بهتر می توانند در درمان کودک خود همکاری بنمایند. از دیگر سو نشان داده شده است رفتار درمانی بالینی به شکل آموزش والدین و مداخله های کلاسی در مورد این کودکان منجر به بهبود موارد متعددی در خانه و مدرسه گشته است [۲۲، ۲۳]. آموزش والدین در درمان نافرمانی کودکان مورد حمایت تجربی کافی قرار گرفته است [۲۴، ۲۵]، اما مطالعات بسیار کمی به صورت اختصاصی اثر بخشی این رویکرد را در درمان همه جانبه این والدین و کودکان مورد بررسی قرار داده اند، که به برخی از آنها اشاره خواهد شد.

در یک تحقیق آزمایشی با هدف بررسی کارآمدی برنامه آموزش کنترل استرس به والدین دانش آموزان بیش فعال، نتایج تحقیق حاکی از آن بود که شرکت در این برنامه برای مادران کودکان فزون کنش مزیت های زیادی دارد ولی تاثیرات کمتری بر پدران دارد. این محققان نشان دادند که شرکت مادران در این برنامه سبب کاهش معناداری در استرس آنها شد و باعث بهبود در سبک های والدی آنها گردید [۲۶]. در پژوهشی که با هدف مقایسه کارآمدی رفتار درمانی چند بعدی و دارو درمانی کنترل شده با برنامه ای مرکب از این دو روش در کاهش استرس والدین انجام گرفته بود. نتایج این پژوهش نشان داد که هر سه شیوه به طور قابل ملاحظه ای باعث کاهش شیوه های منفی سرپرستی و استرس والدی شدند ولی روش تلفیقی نتایج بهتری از روش تک بعدی داشت [۲۷].

علاوه بر این پس از ارزیابی برنامه های گروهی آموزش والدین، محققان به این نتیجه رسیدند که والدینی که این آموزش ها را دریافت کرده بودند، با فرزندان خود کمتر به صورت آمرانه رفتار می کردند و دید بهتری نسبت به آنها پیدا کرده بودند و روابط والد-فرزندی در این خانواده ها به طور قابل ملاحظه ای بهبود پیدا کرده بود [۲۸]. لذا با توجه به اهمیت مقوله آموزش رفتاری والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی و با در نظر گرفتن این مطلب که پژوهش های مختلف بعضاً دارای نتایج متفاوتی با یکدیگر بوده اند، از این رو این وضعیت باعث بوجود آمدن سوالاتی در ذهن پژوهشگر در رابطه با این امر گردیده است که آیا آموزش روش های اصلاح رفتار به مادران دارای کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بر بهبود سبک های والدگری این والدین موثر است؟ و آیا این آموزش به مادران این کودکان، در کاهش افسردگی آنان تاثیر دارد؟ تا بدین وسیله راه برای شناخت هر چه بیشتر راهبردهای مداخله ای جهت مواجهه با مشکلات این والدین هموارتر گردد.

گزارش شده است. روایی سازه فرم‌های کانرز با استفاده از روش های تحلیل عوامل، به دست آمده است. توانایی این پرسشنامه در تمایز افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی از عادی و دیگر گروه‌های بالینی، قویاً تایید شده است [۳۶]. دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی از طریق، مصاحبه تشخیصی روانپزشک و روانشناس و پرسشنامه کانرز [۳۵] شناسایی شده بودند. در هر دو گروه، پیش‌آزمونی برای تعیین شیوه‌های والدگری و افسردگی مادران اجرا و سپس گروه آزمایشی طی نه جلسه نود دقیقه‌ای آموزش داده شد. محتوای برنامه از برنامه آموزش والدین بارکلی [۳۷]، اقتباس شده بود. بسته آموزش والدین بارکلی در بسیاری از پژوهش‌ها مورد استفاده قرار گرفته و کارایی آن به عنوان یک بسته آموزشی در حیطه رفتار درمانی مورد تایید قرار گرفته است [۲۵، ۳۸]. لازم به ذکر است که پس از پایان آموزش، مجدداً متغیرهای مذکور اندازه‌گیری شدند.

مقیاس درجه بندی کانرز والدین (فرم تجدید نظر شده): این مقیاس متداول ترین مقیاس درجه بندی اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی از نگاه والدین است [۳۵]. این پرسشنامه دارای ۲۷ سوال می‌باشد که توسط مادران تکمیل می‌شود و دارای ۴ زیر مقیاس مخالفت جویی، مشکلات شناختی/ بی توجهی، بیش‌فعالی و شاخص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی می‌باشد. نمره خام آزمودنی در هر زیر مقیاس از مجموع درجه بندی‌های والدین از (۰ تا ۳) در عبارات مربوط به آن زیر مقیاس محاسبه می‌شود و سپس بر اساس سن و جنس او به نمرات معیار T تبدیل می‌شود. نمره معیار مساوی یا بیشتر از ۶۵ معمولاً نشانگر مشکلات قابل توجه بالینی در آن زیر مقیاس می‌باشد. محدوده سنی مورد استفاده در مقیاس‌های کانرز، ۳ تا ۱۷ سال است. و این مقیاس استانداردسازی شده با فرم چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی هماهنگ است [۳۵]. ضریب اعتبار درونی با دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰

جدول ۱. محتوای برنامه آموزش رفتاری والدین

جلسه اول: در این جلسه اطلاعات ضروری در مورد ماهیت، شیوع، سیر، پیش‌آگهی، سبب شناسی و درمان کارآمد این اختلال به والدین ارائه شد.
جلسه دوم: در این جلسه زمینه لازم برای توضیح در مورد اصول شکل‌گیری رفتار و ضرورت رعایت اصول مدیریت رفتار فراهم شد. و اصول کلی مدیریت رفتار همچون تقویت مثبت، تقویت تفکیکی مورد توضیح قرار گرفت.
جلسه سوم: در این جلسه بر نقش و اهمیت توجه والدین بر رفتارهای کودک تأکید شد و علاوه بر آن تکنیک‌های کلامی و استفاده از جمله‌های مثبت و اصول توجه به رفتار مثبت و همچنین نادیده انگاری رفتارهای نامناسب آموزش داده شد.
جلسه چهارم: در این جلسه، توجه مثبت به فرمان برداری از دستور والدین و نیز پیروی از مقررات خانواده مورد بحث قرار گرفت.
جلسه پنجم: به آموزش روش اقتصاد پته‌ای پرداخته شد.
جلسه ششم: استفاده از روش جریمه و روش محروم‌سازی آموزش داده شد.
جلسه هفتم: مدیریت رفتار در موقعیت‌های عمومی آموزش داده شد.
جلسه هشتم: بهبود رفتار کودک در مدرسه از سوی خانه مطرح شد و با آموزش ثبت رفتارهای مثبت کودک در منزل و روش‌های امتیاز دهی به این رفتارها خاتمه پذیرفت.
جلسه نهم: در این جلسه نیز مروری کوتاه بر آموخته‌های آن‌ها از کل برنامه شد و سپس چگونگی مقابله با مشکلات در آینده مورد بحث قرار گرفت.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی مربوط به زیر مقیاس‌های پرسشنامه شیوه‌های والدگری افسردگی بین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۲۴/۴۱	۳/۱۷
شیوه والدگری خودکامه	کنترل	۲۱/۳۳	۲/۷۰
پس‌آزمون	آزمایش	۱۷/۷۵	۳/۸۱
شیوه والدگری خودکامه	کنترل	۲۱/۴۱	۲/۸۱
پیش‌آزمون	آزمایش	۲۳/۱۶	۲/۹۱
شیوه والدگری سهل‌گیر	کنترل	۲۲/۵۰	۲/۷۱
پس‌آزمون	آزمایش	۱۵/۴۱	۲/۷۵
شیوه والدگری سهل‌گیر	کنترل	۲۲/۱۸	۲/۹۳
پیش‌آزمون	آزمایش	۲۵/۶۶	۲/۳۴
شیوه والدگری مقتدرانه	کنترل	۲۶/۸۳	۲/۶۵
پس‌آزمون	آزمایش	۳۴/۵۰	۳/۱۱
شیوه والدگری مقتدرانه	کنترل	۲۶/۳۳	۳/۰۸
پیش‌آزمون	آزمایش	۳۳/۴۱	۲/۸۴
افسردگی	کنترل	۳۳/۶۶	۲/۷۷
پس‌آزمون	آزمایش	۲۳	۲/۹۲
افسردگی	کنترل	۳۸/۶۶	۲/۵۳

یافته‌ها

والدگری مقتدرانه ($F=0/225$ و $p > 0/05$) و افسردگی مادران ($F=0/377$ و $p > 0/05$) معنادار نیست، از این‌رو، می‌توان گفت که این پیش فرض رعایت شده است. از دیگر مفروضه‌های این آزمون همگنی واریانس‌هاست که برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون، از آزمون همگنی واریانس‌های لون استفاده شد. آزمون لون محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنادار نبود، [پس آزمون‌ها؛ سبک والدگری خود کامه ($F=1/55$ و $p > 0/05$)، سبک والدگری سهل‌گیر ($F=1/42$ و $p > 0/05$)، سبک والدگری مقتدرانه ($F=0/41$ و $p > 0/05$) و افسردگی مادران ($F=1/57$ و $p > 0/05$)] بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تایید شد از این‌رو با توجه به برقراری مفروضه‌های اصلی این آزمون، می‌توان از این آزمون آماری استفاده کرد.

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس آزمون زیر مقیاس‌های سبک‌های والدگری خودکامه [$F(1, 21) = 46/37$ و $P < 0/001$] سهل‌گیر [$F(1, 21) = 84/62$ و $P < 0/001$] و مقتدرانه [$F(1, 21) = 46/31$ و $P < 0/001$] بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، میانگین نمرات پس آزمون سبک‌های والدگری خودکامه و سهل‌گیر به صورت معناداری کمتر از گروه کنترل است و نمره شیوه والدگری مقتدرانه به صورت معناداری در پس آزمون بیشتر از گروه کنترل است.

از آنجا که طرح پژوهش در این مطالعه طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است، جهت تجزیه و تحلیل آماری یافته‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد [۳۹]. به عبارت دیگر، جهت بررسی اثر آموزش رفتاری والدین بر بهبود شیوه‌های والدگری و کاهش نشانه‌های افسردگی در مادران در پژوهش حاضر از تحلیل کواریانس استفاده شد، که نتایج هر یک به صورت جداگانه در جداول زیر آمده است. در جدول ۲ شاخص‌های آماری نمرات دو گروه در زیر مقیاس شیوه‌های والدگری و افسردگی ارائه شده است.

همانطور که از محتوای جدول ۲ مشاهده می‌شود در مرحله پیش آزمون میانگین‌های دو گروه یکسان می‌باشد ولی در مرحله پس آزمون (بعد از اجرای متغیر مستقل) تفاوت زیادی مشاهده می‌شود. با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کواریانس استفاده شد، این نوع تحلیل دارای مفروضه‌هایی است که از جمله مفروضه‌های تحلیل کواریانس همگنی شیب‌های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش آزمون) و متغیرهای وابسته است، که در این پژوهش شیب‌های خط رگرسیونی در تمامی متغیرهای مورد مطالعه موازی بودند. در این مطالعه تعامل گروه و پیش آزمون برای متغیرهای سبک والدگری خودکامه ($F=0/153$ و $p > 0/05$)، سبک والدگری سهل‌گیر ($F=0/608$ و $p > 0/05$)، سبک

جدول ۳. تحلیل کواریانس جهت مقایسه نمرات پس آزمون شیوه‌های والدگری در دو گروه

مجدور اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منابع تغییرات	زیر مقیاس‌ها
۰/۶۴	۰/۰۰۱	۳۸/۲۹	۱۶۰/۹۲۰	۱	۱۶۰/۹۲۰	پیش آزمون	
۰/۶۸	۰/۰۰۱	۴۶/۳۷	۱۹۴/۸۸	۱	۱۹۴/۸۸	گروه	شیوه والدگری
-	-	-	۴/۲۰	۲۱	۸۸/۲۴۷	خطا	خودکامه
-	-	-	-	۲۴	۹۵۳۴	کل	
۰/۶۴	۰/۰۰۱	۱۷/۰۱	۷۹/۹۴۳	۱	۷۹/۹۴۳	پیش آزمون	
۰/۸۰	۰/۰۰۱	۸۴/۶۲	۳۹۷/۴۷۲	۱	۳۹۷/۴۷۲	گروه	شیوه والدگری
-	-	-	۴/۶۹	۲۱	۹۸/۶۴	خطا	سهل‌گیر
-	-	-	-	۲۴	۹۴۷۱	کل	
۰/۰۹۸	۰/۱۴	۲/۲۹	۲۰/۸۲۰	۱	۲۰/۸۲۰	پیش آزمون	
۰/۶۸	۰/۰۰۱	۴۶/۳۱	۴۲۰/۹۰۳	۱	۴۲۰/۹۰۳	گروه	شیوه والدگری
-	-	-	۴/۰۸۸	۲۱	۱۹۰/۸۴۷	خطا	مقتدرانه
-	-	-	-	۲۴	۲۲۸۱۶	کل	

جدول ۴. نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس جهت مقایسه نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه

مجدور اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منابع تغییرات	مقیاس
۰/۲۲	۰/۰۲۱	۶/۱۹۰	۳۷۱/۴۸۷	۱	۳۷۱/۴۸۷	پیش آزمون	افسردگی
۰/۸۷	۰/۰۰۱	۱۴۵/۴۴	۸۸۰/۸۲۵	۱	۸۸۰/۸۲۵	گروه	
-	-	-	۶/۰۵	۲۱	۱۲۷/۱۸۰	خطا	
-	-	-	-	۲۴	۲۴۴۵۴	کل	

اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در ارتباط با والدین و بخصوص مادر به وجود می‌آید و ادامه پیدا می‌کند، بنابراین آموزش روش‌های درست رفتار به مادران این چنین کودکانی که بیشترین زمان را با آن‌ها می‌گذرانند و آموزش رویکردهای منظم تقویتی و تنبیهی به آنان، احتمال کاهش شیوه‌های والدگری نامناسب را در این مادران بالا برده است. همچنین بیشتر این مادران در تلاش برای اداره رفتار ناکام کننده این اختلال، سبک‌های والدینی خشن و منفی را اتخاذ می‌کنند و چون مهارت‌های توجه در شکل دادن رفتار کودکان حایز اهمیت هستند، این حوزه از آموزش رفتاری والدین، شامل تغییر دادن شیوه‌ای که بر اساس آن مادران به کودکانشان توجه می‌کنند نیز می‌شود که از این راستا این امر بر بهبود شیوه‌های والدگری این والدین تاثیر گذار بوده است.

از دیگر سو تحلیل نتایج نشان داد که آموزش رفتاری والدین بر کاهش افسردگی مادران گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل تاثیر داشته و به دنبال آن علائم افسردگی و آشفتگی‌های هیجانی مادران گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری یافته است. همسو با نتیجه پژوهش حاضر، در مورد اثر بخشی آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران در کاهش افسردگی‌شان، بسیاری از پژوهشگران [۴۲، ۴۳] بر اثر بخشی این روش در کاهش مشکلات هیجانی این مادران تاکید کرده اند [۴۴، ۴۵].

پژوهش‌های پیشین [۱۰، ۴۶] رابطه بین مشکلات هیجانی والدین با مشکلات رفتاری کودکان را به اثبات رسانده اند. و چنین بیان داشته اند که مشکلات هیجانی والدین بستگی بسیار زیادی با مشکلات رفتاری کودکان این والدین داشته است. تحقیقات دیگر نیز نشان داده‌اند والدین کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی غالباً در کنترل رفتار کودک با مشکل مواجه هستند و اغلب از لحاظ سبک‌های تربیتی خود بیش از حد دستوری و منفی عمل می‌کنند که همین امر باعث عدم کارایی روش‌های می‌شود که آن‌ها برای کنترل رفتار کودک خود به کار می‌گیرند، که این امر می‌تواند با ارائه آموزش‌های لازم مورد بازبینی و تصحیح قرار گیرد [۵، ۳۸].

می‌توان گفت که با ارائه این آموزش‌ها بر رابطه والد و کودک تاکید شده و این نکته که ممکن است اعمال و خلق و خوی والدین، رفتار کودک را تحت تاثیر قرار دهد مورد توجه قرار می‌گیرد. برای مثال وقتی تلاش‌های مادران برای تغییر رفتارهای اغتشاش گرایانه کودک ناموفق است، والدین ممکن است احساس کنند که فایده‌ای ندارد و یا این کودک آن‌ها هرگز تغییر نخواهد کرد، و این احساسات بر رابطه والد و کودک تاثیر گذاشته و از انجام کوشش در جهت ایجاد رفتارهای مناسب در کودکان بکاهدند. با آگاه شدن بر چنین فرایندی بسیاری از ناامیدی‌های این مادران در کاهش مشکلات کودکانشان کاهش یافته و راه برای اثرمندی هر چه بیشتر این مداخله رفتاری

به عبارتی می‌توان گفت آموزش رفتاری والدین به صورت معناداری باعث افزایش استفاده از شیوه والدگری مقتدرانه در گروه آزمایشی شده و استفاده از دو شیوه دیگر را کاهش داده است.

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس آزمون مقیاس افسردگی ($P < 0.001$ و $F(1, 21) = 145/44$) بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، میانگین نمرات پس آزمون افسردگی به صورت معناداری کمتر از گروه کنترل است، به عبارتی می‌توان گفت آموزش رفتاری والدین و استفاده از فنون رفتاری کنترل کودکان به صورت معناداری توانسته است از آشفتگی‌های هیجانی و خلقی در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی پیشگیری به عمل آورده و افسردگی را در مادران گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل کاهش دهد.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی آموزش رفتاری والدین بر افسردگی و بهبود شیوه‌های والدگری مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی انجام شد، زیرا بسیاری از نظریه پردازان همچون بارکلی معتقدند که اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در بافت‌های اجتماعی متجلی می‌شود و نخستین بافت اجتماعی کودک خانواده است [۲۰].

یافته‌های پژوهش نشان دادند که آموزش رفتاری مادران در بهبود شیوه‌های والدگری آنان موثر بوده است. به عبارتی شیوه‌های والدگری خودکامه و سهل‌گیر کاهش یافته و شیوه والدگری مقتدرانه افزایش یافته است، این یافته‌ها نشانگر اثر بخش بودن این نوع مداخله‌ها در کاهش مشکلات ارتباطی بین این والدین و کودکانشان و همچنین بهبود شیوه‌های تربیتی و والدگری این مادران است. یافته‌های فوق با یافته‌های سایر پژوهشگران مبنی بر اثر بخش بودن آموزش رفتاری والدین در کاهش شیوه والدگری نامناسب و همچنین تصحیح این شیوه‌های در والدین این کودکان همسو می‌باشد [۴۰].

در این راستا می‌توان گفت که ارائه آموزش‌هایی در مورد علل، خصیصه‌ها، و همچنین فنون مدیریت رفتار کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی به این قبیل والدین باعث بهبود عملکرد رفتاری و شیوه‌ای تربیتی این افراد و به طبع آن کاهش مشکلات رفتاری فرزندان‌شان می‌شود [۴۱]. منبع دیگر تغییر شیوه‌های والدگری این والدین آشنایی این افراد با ماهیت اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی و همچنین آشنایی آن‌ها با اصول برقراری ارتباط با فرزندان‌شان باشد که باعث شده دیدشان نسبت به فرزندان‌شان تغییر کند و رفتارهای او را بهتر درک کنند و با او بهتر ارتباط برقرار نمایند. دومین منبع، تغییر ناتوانی واقعی یا تصویری والدین در درک احساسات و یا نیازهای فرزندان‌شان است. از آنجا که بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به این

جامعه پژوهش نیز محدود بود. پژوهش‌های دیگر می‌توانند روش آموزش رفتاری والدین را در تعداد جلسات بیشتر با موضوعات متنوع‌تر و در نمونه‌ای بزرگتر مورد بررسی قرار دهند. علاوه بر این در این پژوهش الزامات اخلاقی در پژوهش نیز رعایت گشت به عنوان مثال کسب رضایت آگاهانه در کلیه تحقیقاتی که بر روی آزمودنی انسانی انجام می‌گیرد ضروری است. در تحقیق حاضر نیز تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش رضایت آگاهانه داشتند و کسب رضایت آگاهانه فارغ از هر گونه اجبار، تهدید، تطمیع و اغوا انجام گرفت.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران بر خود فرض می‌دانند، از تمام عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را همراهی کردند تشکر به عمل آورده و لازم بذکر است که این مقاله مستخرج از طرح "تاثیر آموزش رفتاری والدین بر کاهش نشانه های افسردگی و بهبود شیوه‌های والدگری مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی و کاهش رفتارهای برون ریزانه این کودکان" می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه پیام نور استان لرستان انجام شده است.

منابع

1. American, Psychiatric, Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders—IV TR(DSM-IVTR), 4th ed-Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Sadock B, Sadock V, Kaplan H. Synapses of Psychiatry (ninth edition). Philadelphia: Lippincott the William and willkins; 2009.
3. Goldman L, Genel M, Bezman R, slanetz P. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. J Am Med Assoc. 1998; 279:1100-7.
4. Khoshabi K, Poretamad H. Prevalence of ADHD in school age children. Research Report. University of Social Welfare and Rehabilitation Science. 2003.
5. Mirzaiyan B, Ahadi H, Sharifi H, Azad H. Effect of training child control skills in the decline symptoms ADHD and depression mothers. Sci Res psychol. 2006; 29:81-102.
6. Bakhshayesh A, Dehghan-Zardeini R. Effectiveness of problem solving skill training on reducing of behavioral problems among students. J Behav Sci. 2014; 7(4):347-53.[Persian]
7. Bussing R, Gary F, Mills T, Garvan C. Cultural variations in parental health beliefs, knowledge, and information sources related to attention-deficit/hyperactivity disorder. J Fam Issues. 2007; 28:291-318.
8. Davison C. Abnormal psychology. New York : John Wiley. 2005.
9. Hollenstein T. Rigidity in parent-child interaction and the developmental of externalizing and internalizing early childhood. J Abnorm child Psychol. 2004;32(4):595-607.
10. Gartstein M, Fagot B. Parental depression, parenting and family adjustment, and child effortful

هموارتر گشته است. از این رو به نظر می‌رسد با ارائه این آموزش‌ها از سردرگمی والدین در برخورد با مشکلات رفتاری فرزندشان کاهش یافته و با احساس کارآمدی بالا در برخورد با فرزندشان توانسته اند از بار آشفتگی روانشناختی حاصل از داشتن کودک با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بکاهند.

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ با سایر پژوهش‌ها بر سودمندی کار بالینی مبتنی بر آموزش های رفتاری به والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی تاکید دارد. با این حال پژوهش حاضر با محدودیت های چندی مواجه بوده است که به آن‌ها اشاره می‌گردد. به دلیل محدودیت زمانی و همچنین مشکل در دسترسی دوباره به آزمودنی‌ها از پیگیری نتایج به دست آمده صرف نظر شد. پژوهش‌هایی که قادر باشند پس از پایان دوره آموزشی، شدت مشکلات را با فواصل زمانی متفاوت ارزیابی کنند، می‌توانند اثربخشی این روش را در طول زمان مشخص سازند. این پژوهش به لحاظ تعداد جلسات‌های برگزار شده، تعداد افراد شرکت کننده در گروه آزمایش و کنترل و

- control: Explaining externalizing behaviors for preschool children. Applied Dev Psychol. 2003; 24(2):143-77.
11. Rubin K, Burgess K, Dwyer K, Hastings P. Predicting preschoolers externalizing behaviors from toddler temperament, conflict, and maternal negativity. Dev Psychol. 2002; 39:164-76.
 12. Ghanbari S, Nadali H, Moosavi Ps. Relationship between parenting styles and internalizing symptoms in children. J Behav Sci. 2009; 3(2):167-72.[Persian]
 13. Weaver C, Shaw D, Dishion T, Wilson M. Parenting self-efficacy and problem behavior in children at high risk for early conduct problems: The mediating role of maternal depression. Infant Behav Dev. 2008; 31:594-605.
 14. Downey G, Coyne J. Children of depressed parents: An integrative review. Psychol Bull. 1990; 108:50-76.
 15. Anastopoulos A, Shaffer S. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Inc. Eugend walker & Michael, C. Roberts. Handbook of Clinical child Psychiatry. Canada: John Wiley & Sons; 2001.
 16. Johnston C, Jassy J. Attention deficit hyperactivity disorder and oppositional/conduct problem: Link to parent –child interaction. J Canadian Academ Child Adolescent Psychiatr. 2007; 16:74-9.
 17. Kordestani D, Radmanesh H, salari M, Amiri M, Farhoodi F. Investigating the effectiveness of training behavior modification methods to mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder on decreasing parenting stress and enhancing their children's behavioral performance. J Behav Sci. 2013; 7(3):263-70.[Persian]

18. Essau C. Child and Adolescent Psychopathology. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2006.
19. Fossum S, Morch W, Handegard B, Drugli M, Lassen B. Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and Mediators of treatment outcome: Health and Disability. *Scandinavian J Psychol.* 2009; 50:173-81.
20. Barkley R. Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents. New York: Guilford Press; 2000.
21. LaForett D, Murray D, Kollins S. Psychosocial treatments for preschool-aged children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Dev Disabil Res Rev.* 2008;14:300-10.
22. Fabiano G, Pelham W, Coles E, Gnagy E, Chornis-Tuscano A, O'Connor B. A meta-analysis of behavior treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev.* 2008;52:1-12.
23. Nixon R. Treatment of behavior problems in preschoolers: A review of parent training program. *Clin Psychol Rev.* 2002; 22:525-46.
24. Greenhill L, Osman B. Ritalin: Theory & practice. USA: Mary Ann Libert; 2000.
25. Lundahl B, Risser H, Lovejoy M. A Meta analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev.* 2006; 26:86-104.
26. Treacy L, Tripp G, Baird A. Parent Stress Management Training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Behav Ther.* 2005; 36:223-33.
27. Wells K, Epstein J, Hinshaw S, Conners C, Klaric J, Abikoff B, et al. Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): An Empirical Analysis In The MTA Study. *J Abnorm Child Psychol.* 2008; 28(6):543-53.
28. Pisterman S, Firestone P, Mcgrath P, Goodman J, Webster I, Mallory R, et al. The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. *Canadian J Behav Sci.* 1992;24:41-58.
29. Robinson C, Mandelcom B, Olsen S, Hart C. The parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ). In B. F. Perlmutter, J. Touliatos, & G. W. Holden (Eds.), *Handbook of family measurement techniques: Vol. 3. Instruments & index* (pp. 319-321); 2001.
30. Alizadeh H, Andries C. Interaction of Parenting Style and Deficit Hyperactivity Disorder in Iranian Parents. *Child Fam Behav Ther.* 2002; 24:37-52
31. Yosefi A. Relationship between parenting style with social skills in the esfarayen city student [Dissertation]. Tehran: Allameh-Tabatabaie; 2011. [Persian]
32. Fathi-Ashtiani A. Psychological Test. Personality assessment and mental health. Tehran: Besat Publication; 2010. [Persian]
33. Beck A, Steer R, Garbin M. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev.* 1998; 8:77-100.
34. Hamid N. The effect stress management training in depression, anxiety and infertility in the women. *Behav Sci J.* 2012:141-51. [Persian]
35. Goldstein S, Goldstein M. Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for Practitioner, 2nd ed. New York: Wiley; 1998.
36. Zargarinejad G, Dost RYY. Impact parent training in behavioral problem children with ADHD (single subject study). *Psychological Stud J.* 2008; 2:29-48 [Persian].
37. Barkley R. Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent training, 2nd ed. Guilford, New York; 1997.
38. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook of diagnosis and treatment, 2nd ed. New York: The Guilford Press; 1998.
39. Homan H. research methodology in behavioral science. Tehran: Samt publication; 2008. [Persian]
40. Matos M, Bauermeister J, Bernal G. Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Fam Process.* 2009; 48:233-52.
41. Danforth J, Harvey E, Ulaszek W, Mckee T. The outcome of group parent training for families of children with attention deficit hyper activity disorder and defiant aggression behavior. *J Behav Ther Experim Psychiatr.* 2006; 37:188-205.
42. Weinberg A. Parent training for Attention-deficit hyperactivity disorder: Parent and child outcome. *J Clin Psychol.* 1999; 55(2):907-13.
43. Ghanizadeh A, Shahrivar F. The effect of parent management training on children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Mental Health.* 2005; 17:31-4.
44. Oliver P, Guerin DW, Coffman J. Big five parental personality traits, parenting behaviors, and adolescent behavior problems: A mediation model. *Pers Individ Diff.* 2009;47:631-6.
45. Turner K, Sander M. Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple Positive Parenting Program system approach. *Aggression Violent Behav.* 2006;11:176-89.
46. Gimpel G, Holland M. Emotional and Behavioral Problems of Young Children: Effective Interventions in the Preschool and Kindergarten Years. New York: Guilford Press; 2002.