

## مقاله‌ی پژوهشی

# اثربخشی آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده‌ی کودک

### خلاصه

**مقدمه** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی برنامه‌ی والدگری مثبت بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده‌ی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه در خانواده‌های ترکمن انجام شد.

**روش کار:** در این کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۲، ۲۲ نفر از مادران دارای کودک بیش‌فعال/نقص توجه در شهرستان کلاله از استان گلستان و به طور تصادفی به دو گروه آموزش والدگری مثبت در هشت جلسه (۱۰ نفر) و گروه شاهد (۱۲ نفر) تقسیم شدند. داده‌ها توسط پرسش‌نامه‌ی چک‌لیست رفتاری کودکان که توسط والدین گزارش داده می‌شد، جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ و آزمون‌های تحلیل کوواریانس، تی مستقل و مجذور خی، تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** در گروه آزمون، کودکان کاهش معنی‌داری ( $P < 0/004$ ) را در مشکلات برونی‌سازی شده نسبت به گروه شاهد نشان دادند. برنامه‌ی والدگری مثبت، توانست اندازه اثر متوسطی را ایجاد کند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به این که به نظر می‌رسد آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان موثر است، اجرای این برنامه‌ی آموزشی در کنار درمان دارویی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه توصیه می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه، برونی‌سازی، والدگری

مثبت

آناهیتا خدابخشی کولایی

گروه روان‌شناسی مشاوره، عضو هیات علمی  
دانشگاه خاتم، تهران، ایران

عبدالستار شاهی

کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی  
و توان‌بخشی، تهران، ایران

\*علی نویدیان

دانشیار مرکز تحقیقات سلامت بارداری دانشگاه  
علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

لیلی مصلی‌نژاد

گروه بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی  
چهرم، چهرم، ایران

\*مؤلف مسئول:

گروه پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات  
سلامت بارداری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان،  
میدان مشاهیر، زاهدان، ایران

alinavidian@gmail.com

تاریخ وصول: ۹۳/۱/۲۱

تاریخ تایید: ۹۳/۸/۲۰

### پی‌نوشت:

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته مشاوره است که با تایید دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است. نویسندگان ضمن بیان عدم وجود تعارض منافع، از مدیران کلینیک‌های روان‌پزشکی شهرستان کلاله و تمامی مادرانی که در پژوهش شرکت کرده‌اند، سپاسگزاری می‌کنند.

## مقدمه

در کودکان از طریق افزایش دانش، توانایی، مهارت‌ها و اعتماد و تدبیر والدین دارای کودک ۲ تا ۱۳ ساله است (۶،۷).  
با توجه به این که اکثر شکایات والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی رفتارهای پرخاشگرانه و قانون‌شکنی آن‌ها در مدرسه و خانه است و از طرف دیگر اثربخشی برنامه‌ی والدگری مثبت در فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف که پژوهش‌های مختلف آن را تایید کردند، این پژوهش نیز با هدف بررسی اثر آموزش گروهی برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران دارای کودک اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و رفتارهای برونی‌سازی شده در این کودکان، اجرا شده است.

## روش کار

جامعه‌ی آماری این کارآزمایی بالینی شامل تمام مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است که جهت درمان، به کلینیک‌های روان‌پزشکی شهرستان کلاله در سال ۱۳۹۲ مراجعه کردند. از این مراکز درمانی به صورت نمونه‌گیری غیر تصادفی، ۳۰ نفر (بر اساس پرونده‌ی روان‌پزشکی) انتخاب و از آن‌ها خواسته شد تا چک‌لیست رفتاری کودکان<sup>۳</sup> (CBCL) را تکمیل نمایند، از این تعداد، مادران ۲۴ کودک که نمرات مشکلات برونی‌سازی شده‌ی آن‌ها در چک‌لیست رفتاری کودکان در موقعیت مرزی به سمت بالینی بودند ( $T > 60$ )، به صورت مساوی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. از افراد گروه آزمون یک نفر به دلیل غیبت بیش از یک جلسه از برنامه کنار گذاشته شد و یک نفر دیگر به دلیل دوری مسافت از ادامه‌ی حضور در جلسات آموزشی انصراف داد، به این ترتیب تعداد افراد گروه آزمون به ۱۰ نفر کاهش یافت. به گروه آزمون به مدت ۸ جلسه برنامه‌ی والدگری مثبت به صورت گروهی آموزش داده شد (۶ جلسه حضوری و ۲ جلسه تلفنی) در این مدت مادران گروه شاهد هیچ آموزشی دریافت نکردند و فقط کودک آن‌ها داروی تجویز شده از سوی روان‌پزشک را مصرف می‌نمود. در پایان دوره‌ی آموزش پس از گذشت یک هفته دوباره چک‌لیست رفتاری کودکان در شرایط یکسان و هم‌زمان توسط هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون تکمیل شد. محتوای جلسات آموزشی از برنامه‌ی والدگری مثبت نوشته‌ی ساندرز اقتباس شده است. در ادامه به خلاصه‌ای از محتوای جلسات آموزشی پرداخته شده است.  
محتوای جلسات آموزشی برنامه‌ی والدگری مثبت ساندرز (۱۹۹۹، ۲۰۰۳):  
جلسه‌ی اول: بیان قوانین کار گروهی، اخذ تعهد و ایجاد فضای درمانی، معرفی اصول پنج‌گانه‌ی برنامه‌ی والدگری مثبت  
جلسه‌ی دوم: تشویق رفتارهای مطلوب کودکان، آموختن رفتارها و

رابطه‌ی والد-کودک نقش مهمی در آسیب‌پذیری یا معطف شدن کودکان دارد. این رابطه در نگاهی وسیع‌تر تحت تاثیر خصوصیت کودکان (مثلاً جنس، خلق و خو، وضعیت زیست‌شناختی کودک) قرار می‌گیرد و در کنار خصوصیات والدین، خانواده‌ها و محیط، سیر رشد کودک را پیش‌بینی می‌کند (۱). تولد نوزادی با نارسایی‌های رشدی یا نوزادی با مشکلات رفتاری بیش از حد طبیعی مربوط به ویژگی‌های رشدی کودک، ساختار خانواده را مختل نموده و موجب بروز تنش‌هایی در وظایف والدگری می‌شود. از جمله مشکلات رفتاری که تاثیرات مخربی بر والدین دارد، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup> است. این کودکان قادر به کنترل فعالیت‌های‌شان در مواقعی که باید آن‌ها را محدود کنند نیستند. آن‌ها بیش از حد جنب و جوش دارند، آرام نمی‌نشینند و داریم در حال حرکت هستند، نمی‌توانند آرام بازی کنند و اغلب در دست‌ها و پاها حالت بی‌قراری دارند. هم‌چنین، این اختلال می‌تواند بر کارکردهای کودک در زمینه‌های تحصیلی، ارتباط با همسالان و رشد وی تاثیرگذار باشد (۲). به دلیل تعدد و تنوع مشکلات این کودکان در حوزه‌های مختلف جسمی، روانی، تحصیلی و اجتماعی رویکردهای درمانی مختلف ارائه شده است. از جمله‌ی این درمان‌ها می‌توان به دارودرمانی، درمان‌های رفتاری و آموزش والدین اشاره کرد. اما دارودرمانی به تنهایی بر عملکرد آشفته‌ی خانواده و مشکلات رفتاری کودک موثر نیست و جوابگوی نگرانی‌های والدین نخواهد بود. هیچ دارویی نمی‌تواند به کودک آموزش دهد که چگونه پرخاشگری و قانون شکنی خود را جبران کند (۳). هم‌چنین اختلاف نظر در مورد استفاده از داروهای محرک در درمان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، عدم موفقیت در سنجش و آشکار نمودن تغییرات سازگار پس از قطع دارو و این حقیقت که ۲۰ الی ۳۰ درصد کودکان دچار این اختلال واکنش مثبتی نسبت به داروهای محرک ندارند (۴)، ضرورت توجه به برنامه‌های آموزشی را ایجاب می‌کند. ترکیب دارودرمانی با مداخله‌هایی از قبیل مداخله‌های خانواده و آموزش والدین که رفتارهای اجتماعی و فعالیت‌های علمی را تقویت می‌کنند، رویکرد درمانی بسیار موثری محسوب می‌شود (۵). از میان برنامه‌های آموزش والدگری، برنامه‌ی والدگری مثبت، راهکاری حمایتی برای خانواده و والدگری در زمینه‌ی سلامت عمومی است که توسط ساندرز<sup>۲</sup> و همکارانش توسعه یافته است. هدف این برنامه پیشگیری از مشکلات شدید رشدی، عاطفی و رفتاری

مهارت‌های جدید

<sup>۱</sup>Attention Deficient/Hyperactivity Disorder

<sup>۲</sup>Sanders

## نتایج

در مادران گروه آزمون حداقل و حداکثر سن ۲۲ و ۳۸ سال (میانگین و انحراف معیار  $21/0 \pm 33/2$  سال) و در گروه شاهد حداقل و حداکثر سن ۲۱ و ۴۲ سال (میانگین و انحراف معیار  $21/86 \pm 32/2$  سال) بود. آزمون آماری تی مستقل نشان داد بین دو گروه از نظر سن تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $P=0/07$ ). از نظر شغل در مادران گروه آزمون به ترتیب ۳۰ درصد و ۷۰ درصد و در مادران گروه شاهد ۴۱/۶ درصد و ۵۸/۴ درصد شاغل و غیر شاغل بودند. آزمون آماری مجذور خی نشان داد که دو گروه از نظر شغلی با هم تفاوت معنی داری ندارند ( $P=0/65$ ). هم چنین نتایج در خصوص سطح تحصیلات نشان داد در گروه آزمون به ترتیب ۸۰ درصد و ۲۰ درصد و در مادران گروه شاهد ۸۳/۳ درصد و ۱۶/۷ درصد سطح تحصیلات دیپلم و پایین تر و بالاتر از دیپلم داشتند. آزمون آماری مجذور خی نشان داد بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات، تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $P=0/82$ ).

با توجه به جدول ۱، میانگین نمره رفتار برونی سازی گروه آزمون در پیش آزمون برابر با  $26/40$  است، این مقدار با توجه به نمرات هنجار شده آزمون CBCL در ایران در دامنه  $T > 75$  قرار می گیرد که نشان دهنده مشکلات رفتاری در سطح بالینی است (۹). در مورد گروه شاهد نیز میانگین مقیاس برابر  $28/42$  است که نشانگر قرار گرفتن مشکلات برونی سازی کودکان در دامنه بالینی است. میانگین نمره گروه آزمون در پیش آزمون خرده مقیاس رفتار پرخاشگرانه برابر با ۱۹ است و نمره  $T$  معادل با این مقدار برابر با ۸۴ است که در دامنه نمرات بالینی قرار می گیرد. در مورد خرده مقیاس قانون شکنی، میانگین نمرات پیش آزمون دو گروه آزمون و شاهد به ترتیب برابر  $7/40$  و  $8/17$  است که در دامنه مشکلات بالینی است.

میانگین نمره برونی سازی در پس آزمون گروه آزمون  $12/7$  و در گروه شاهد  $25/83$  است که نشان می دهد نمره آزمون در گروه آزمون کاهش یافته است. در خرده مقیاس پرخاشگری نیز نمره گروه آزمون  $12/7$  کمتر از گروه شاهد  $17/83$  است. میانگین خرده مقیاس قانون شکنی  $5/40$  نیز در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد (۸) کاهش نشان می دهد.

با توجه به مقدار  $F$  و  $t$ ، مشاهده می شود که میانگین نمره رفتار برونی سازی گروه آزمون و شاهد در پیش آزمون از لحاظ آماری معنی دار نیست ( $P=0/55$ ). این تفاوت در خرده مقیاس های مشکلات برونی سازی یعنی پرخاشگری و قانون شکنی (به ترتیب  $P=0/65$  و  $P=0/54$ ) نیز از لحاظ آماری معنی دار نیست لذا می توان نتیجه گرفت که آزمودنی ها پیش از اجرای مداخله از این لحاظ، همگون هستند.

جلسه سوم: مدیریت رفتارهای مشکل ساز، ایجاد اصول والدگری مثبت و بررسی و معرفی نمودارهای رفتاری

جلسه چهارم: برنامه ریزی، راهنمایی های نجات خانواده، توسعه اصول والدگری، طرح ریزی فعالیت های زندگی روزمره

جلسه پنجم: بررسی فضای خانواده و شناسایی موقعیت های دردسرساز در خانواده

جلسه ششم: مدیریت رفتارهای مشکل ساز، تمرین آماده سازی و آموزش والدین برای جلسات تلفنی

جلسه هفتم: رسیدگی به مشکلات مطرح شده از سوی والدین، تشویق والدین به مرور اهداف و پیشرفت های درمانی و تشویق والدین به ارایه راهکارهای جدید

جلسه هشتم: تمرین مهارت های حل مسئله برای مدیریت مشکلات رفتاری کودکان در آینده و تجلیل و سپاسگزاری به خاطر شرکت در جلسات (۶، ۷).

بزرار پژوهش

چک لیست رفتاری کودکان: این چک لیست بر مبنای رویکرد نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ<sup>۱</sup> است. این نظام شامل مجموعه ای از فرم ها برای سنجش آسان و مقرون به صرفه شایستگی ها، کنش یا کارکرد انطباقی و مشکلات عاطفی-رفتاری است. در نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ برای به دست آوردن اطلاعات از ۳ منبع والدین، معلم و خود کودک از مقیاس درجه بندی رفتار، استفاده می شود. این مقیاس ها به ترتیب عبارتند از چک لیست رفتاری کودکان، پرسش نامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. این مقیاس ها را آخنباخ بر اساس شیوه های آماری مانند تحلیل عوامل، پرورش داده و به دو عامل کلی که آن ها را در اصطلاح درونی سازی و برونی سازی می نامد دست یافته است (۸). این آزمون با جامعه ایرانی منطبق و برای این جمعیت هنجاریابی شده است. در این پژوهش جهت سنجش مشکلات برونی سازی از سؤالات مربوط به مقیاس مشکلات برونی سازی فرم سیاهه رفتاری کودک، استفاده شد. این مقیاس خود شامل دو خرده مقیاس رفتارهای قانون شکنانه و پرخاشگرانه است. برای برآورد ثبات زمانی مقیاس برونی سازی ضریب همبستگی بین نمرات دو اجرا استفاده شد که برای کل آزمون  $0/97$  و برای خرده مقیاس های رفتار قانون شکنانه و پرخاشگرانه به ترتیب  $0/84$  و  $0/92$  به دست آمد. اعتبار این مقیاس با استفاده از ضریب همسانی درونی کرونباخ در نمونه اولیه  $30$  نفری مقدار برابر با  $0/73$  محاسبه گردید (۹). داده ها پس از جمع آوری با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و به کمک آزمون های تحلیل کوواریانس، تی مستقل و مجذور خی مورد تحلیل قرار گرفتند.

<sup>1</sup>Achenbach System of Empirically Based Assessment

برنامه‌ی والدگری مثبت ( $F=10/67, P<0/004$ ) پس از تعدیل میانگین‌های دو گروه بر اساس نمره‌ی پیش آزمون، از لحاظ آماری معنی‌دار است. ملاحظه‌ی میانگین‌های دو گروه (جدول ۱) نشان می‌دهد که نمرات گروه آزمون در پس آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش یافته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت، مشکلات برونی‌سازی را کاهش می‌دهد.

به منظور بررسی تاثیر آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بر مشکلات برونی‌سازی در کودک و تعدیل اثر پیش‌آزمون بر نمره‌های پس‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ نشان داده شده است. چنان که در جدول ۲ مشاهده می‌شود،  $F$  محاسبه شده برای اثر پیش‌آزمون (۲/۷۲) از لحاظ آماری معنی‌دار نیست. به بیان دیگر نمره‌های پس‌آزمون تحت تاثیر نمره‌های پیش‌آزمون قرار نگرفته است اما اثر

### جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشکلات برونی‌سازی فرم سیاه‌ی رفتار کودک

دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه

t	F	گروه شاهد				گروه آزمون				مشکلات برونی‌سازی
		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
-۰/۴۶	۳/۲۴	۵/۶۷	۱۷/۸۳	۴/۴۵	۲۰/۲۵	۳/۸۳	۱۲/۷	۸/۱۳	۱۹	پرخاشگری
-۰/۶۳	۰/۲۶	۳/۰۷	۸	۳/۰۷	۸/۱۷	۱/۵۷	۵/۴۰	۲/۵۴	۷/۴	قانون‌شکنی
-۰/۶۱	۱/۶۴	۷/۱۹	۲۵/۸۳	۵/۸۳	۲۸/۴۲	۴/۴۸	۱۸/۱۰	۹/۵۲	۲۶/۴۰	نمره‌ی کل

چنان که در جدول ۳ دیده می‌شود،  $F$  محاسبه شده برای اثر برنامه‌ی والدگری مثبت بر هر دو مولفه‌ی مشکلات برونی‌سازی یعنی قانون‌شکنی ( $F=7/100$ ) و پرخاشگری ( $F=6/92$ ) تاثیر داشته است. با توجه به میانگین دو گروه که در جدول ۱ آورده شده بود، گروه آزمون در هر دو مولفه‌ی قانون‌شکنی (۵/۴۰) و پرخاشگری (۱۲/۷) میانگینی کمتر نسبت به گروه شاهد به دست آورده است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت باعث کاهش مشکلات قانون‌شکنی و پرخاشگری شده است. هم‌چنین مشاهده می‌شود که  $F$  محاسبه شده برای اثر پیش‌آزمون بر مولفه‌های رفتار برونی‌سازی (قانون‌شکنی و پرخاشگری) از لحاظ آماری معنی‌دار نیست. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون گروه آزمون تحت تاثیر نمرات پیش‌آزمون قرار نگرفته است. مقادیر مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی برای مولفه‌های قانون‌شکنی و پرخاشگری به ترتیب ۲۷ درصد و ۲۷ درصد واریانس را تبیین می‌کند.

### بحث

استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که مشکلات برونی‌سازی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به صورت معنی‌داری ( $F=10/67, P<0/004$ ) در اثر روش آموزش والدگری مثبت کاهش یافته است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های بودنمان<sup>۱</sup> و همکاران<sup>۲</sup> (۱)، بور<sup>۲</sup>

### جدول ۲- تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نمره‌های پس‌آزمون

مشکلات برونی‌سازی با آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت با نمره‌های همپراش پیش‌آزمون

منبع	df	SS	MS	F	$\eta^2$
پیش‌آزمون	۱	۹۳/۹۶	۹۳/۹۶	۲/۷۲	۰/۱۲۵
برنامه‌ی والدگری	۱	۳۶۸/۸۷	۳۶۸/۸۷	*۱۰/۶۷	۰/۳۶
خطا	۱۹	۶۵۶/۶۱	۳۴/۵۶		
کل	۲۲	۱۲۰۳۵			

مقدار مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که حدود ۳۶ درصد واریانس مشکلات برونی‌سازی از طریق آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت، تبیین می‌شود. به منظور بررسی اثر آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت بر مولفه‌های مشکلات برونی‌سازی (رفتارهای پرخاشگرانه و قانون‌شکنانه) از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

### جدول ۳- تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمره‌های پس‌آزمون

مولفه‌های برونی‌سازی با آموزش نمره‌های همپراش پیش‌آزمون

منبع	خرده‌مقیاس‌ها	df	SS	MS	F	$\eta^2$
پیش‌آزمون	پرخاشگری	۱	۴۰/۶۱۵	۴۰/۶۱۵	۱/۷۳	۰/۰۸۴
	قانون‌شکنی	۱	۱۱/۰۲۴	۱۱/۰۲۴	۱/۸۴	۰/۰۸۰
برنامه‌ی والدگری	پرخاشگری	۱	۱۶۲/۳۲	۱۶۲/۳۲	۶/۹۲*	۰/۲۶۷
	قانون‌شکنی	۱	۴۱/۸۰	۴۱/۸۰	۷/۰۰**	۰/۲۶۹
خطا	پرخاشگری	۱۹	۴۴۵/۱۵	۲۳/۴۳	-	-
	قانون‌شکنی	۱۹	۱۱۳/۳۷	۵/۹۷	-	-

<sup>۱</sup>Bodenmann

<sup>۲</sup>Bor

والد نیز تاثیر مطلوبی گذاشته و سبب کاهش مشکلات نافرمانی و قانون‌شکنی می‌شود.

یکی از تبیین‌های دیگر برای اثربخشی برنامه‌ی والدگری مثبت بر کاهش مشکلات برونی‌سازی این است که یکی از مشخصه‌های افراد مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی، شناخت تحریف شده‌ی آن‌ها از دنیای پیرامون و ناعادلانه دانستن این محیط است. همین عامل نیز به عنوان عامل شناختی تاثیرگذار در بروز رفتارهای ایذایی آن‌ها دخیل است (۱۹). برنامه‌ی والدگری مثبت، روش‌های القای خودپنداره‌ی مثبت به فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی را از طریق آموزش مهارت‌های تشویق کردن، تخصیص وقت با کیفیت برای کودکان و هم‌چنین افزایش مسئولیت‌پذیری فرزند، آموزش می‌دهد. در این راهکارها با کاهش تحریف شناختی، افزایش پذیرش در رابطه‌ی والد-کودک، باعث کاهش مشکلات پرخاشگری و قانون‌شکنی کودکان شده است.

در ارتباط با مولفه‌های رفتارهای برونی‌سازی یعنی رفتارهای پرخاشگری و قانون‌شکنی نتایج نشان دادند که آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی باعث کاهش این مشکلات در کودکان شده است.

رفتارهای تکانشگری، بیش‌فعالی و بی‌توجهی که با عنوان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مشخص می‌شوند، اغلب بر روابط والد-کودک آسیب می‌رسانند و فشارهای روانی را در والدین کودکان درای چنین اختلالی افزایش می‌دهند (۵). به مرور زمان ممکن است والدین راهکارهای والدگری ناسازگارانه و دارای نتیجه‌ی منفی را جهت مقابله با این مشکلات به کار ببرند که این راهکارها ممکن است موجب وخیم‌تر شدن و ابقای این مشکلات شود (۷). بنابراین آموزش والدین یکی از شیوه‌های بسیار موثر در تغییر شیوه‌های والدگری و در نتیجه درمان و کنترل اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است. علاوه بر این، برای تبیین اثربخشی آموزش والدین در کاهش مشکلات پرخاشگری و قانون‌شکنی کودکان مبتلا به این اختلال، احتمالی وجود دارد که یک جو تعارض‌آمیز و مستبدانه وجود داشته باشد که انگیزه‌ی کودک را از توجه و تمرکز بر دستورات والدین، کاهش دهد. در نتیجه با استفاده از آموزش شیوه‌های والدگری به مادران ممکن است با کاهش مخالفت از سوی کودکان به دلیل شیوه‌های کنترل رفتار که در آن پیامدهای مطلوب و نامطلوب برای رفتار کودک، با همکاری خود کودک تعیین می‌شود، به توسعه‌ی مهارت‌های اجتماعی که معیاری برای پیشرفت مهارت‌های کنترل تکانه و توجه در کودک محسوب می‌شود، بیانجامد. بر اساس نظریه‌ی رفتاری پاترسون و سالدانا<sup>۴</sup>، نحوه‌ی شکل‌گیری تعاملات قهرآمیز بین والدین و کودکان مبتلا

و همکاران (۱۰)، پیسترمن<sup>۱</sup> و همکاران (۱۱)، بارکلی<sup>۲</sup> و همکاران (۱۲)، هو<sup>۳</sup> و همکاران (۱۳) که در آن به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی آموزش دادند و کاهش مشکلات رفتاری را در کودکان مشاهده کردند، هم‌خوان است. هم‌چنین در ایران نیز فتحی (۱۴) و قنبری (۱۵) به نتایج مشابهی دست یافتند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که همان‌طور که بارکلی (۱۲) عقیده داشت که اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، اختلال در بازداری پاسخ است یعنی کودک مبتلا به این اختلال نمی‌تواند پاسخ‌های خود نسبت به محرک‌ها را به تاخیر بیندازد. اهمیت برنامه‌ی آموزش والدگری در این است که با استفاده از شیوه‌هایی از قبیل در نظر گرفتن پیامدهای نامطلوب برای رفتارهای تکانشی از قبیل پرخاشگری و قانون‌شکنی، در نظر گرفتن پیامدهای مطلوب برای رفتارهای درست، اهمیت تاخیر در تصمیم‌گیری را که برای انجام کارکردهای اجرایی حل مسئله از قبیل تفکر و نظم‌دهی به هیجان‌ها در مقابل دیگران را مورد تاکید قرار می‌دهد. با استفاده از مهارت‌هایی که در این برنامه به والدین آموزش داده می‌شود این است که والدین می‌توانند به کودکان خود بازداری پاسخ را، همان‌طور که برای رفتارهای فرمان‌بری آن‌ها، پیامدهای مثبت تعیین می‌کنند، از طریق تعیین پیامدهای سازگار و قابل پیش‌بینی برای رفتار تکانشی کودک، به او بیاموزند (۱۶). از آن جا که مشکلات برونی‌سازی کودکان در این پژوهش، بر اساس گزارش والدین (مادران) بود، نگرش آن‌ها در مورد رفتار، ارتباط و مشکلات رفتاری کودکان‌شان در تکمیل پرسش‌نامه تاثیرگذار است. از سوی دیگر یکی از مهم‌ترین فواید تشکیل جلسات گروهی آموزش والدین تغییر نگرش است. در حقیقت نگرش والدین شرکت‌کننده، به علت آشنا شدن با سایر مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و هم‌چنین آشنایی هر چه بیشتر با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، تغییر می‌کند (۱۷). به این ترتیب مادران در خلال جلسات گروهی آموزش از طریق بحث درباره‌ی مشکلات رفتاری فرزندان‌شان درمی‌یابند که بسیاری از این مشکلات رفتاری در بین تمامی والدین حاضر که درگیر با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هستند، مشترک و مشابه است. در نتیجه از میزان احساس عدم صلاحیت و عدم کفایت در نقش والدگری در آن‌ها کاسته شده و با اعتماد به نفس بیشتری نقش والدگری خود را اجرا می‌کنند.

در نتیجه با تغییر نگرش والدین درباره‌ی خصوصیات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، درک آن‌ها از رفتارهای ناپه‌نجان فرزندان‌شان تغییر کرده و پذیرش آن‌ها بالاتر می‌رود (۱۸). همین مسئله به خودی خود و به نحو متقابل می‌تواند در بهبود نسبی ارتباط کودک با

<sup>1</sup>Pisterman

<sup>2</sup>Barkley

<sup>3</sup>Ho

<sup>4</sup>Peterson and Saldana

الگوپرداری و یادگیری مشکلات سلوک در این کودکان می‌شود. با ارایه‌ی برنامه والدگری مثبت در کنار دارو درمانی، والدین به راهکارهای صحیح و کارا در مواجهه با مشکلات رفتاری کودک پیدا می‌کنند و با تدبیری از پیش اندیشیده سعی در کنترل رفتارهای ناگهانی و مستبدانه‌ی خود در هنگام عصبانیت و ناکامی کرده و از این طریق کنترل هیجانات منفی را نیز به طور عملی و بر مبنای نظریه‌ی یادگیری اجتماعی به خود انتقال می‌دهند و به این ترتیب از افزایش بروز مشکلات برونی‌سازی شده از قبیل پرخاشگری و قانون‌شکنی جلوگیری می‌کنند. با توجه به این که برنامه‌ی والدگری مثبت مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی است، در خلال جلسات آموزشی به والدین می‌آموزد که چگونه می‌توان تعامل مثبت‌تری با کودک برقرار کرد و از حجم رفتارهای منفی و تعارضات داخل نظام خانواده کاست (۲۲).

### نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌ی این پژوهش، آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده‌ی کودکان موثر است. بنابراین اجرای این برنامه‌ی آموزشی در کنار درمان دارویی به منظور کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا و در نهایت افزایش آسایش و رفاه کودک، والدین و خانواده‌ها توصیه می‌شود.

به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، به این صورت است که هنگامی که یکی از والدین از کودکی درخواستی می‌کند، کودک در مقابل این درخواست مثلاً با فریاد زدن، مقاومت می‌کند. در ادامه، والد درخواست خود را با تهدید، التماس و یا برخورد فیزیکی تکرار می‌کند و کودک نیز به مقاومتش می‌افزاید. چنان چه والد قبل از پذیرش درخواست از سوی کودک تسلیم شود، مقاومت کودک باز هم افزایش پیدا می‌کند. پس از آن شدت مقاومت کودک بیشتر می‌شود و در آینده تعاملات قهرآمیزی را به وجود می‌آورد که به نوبه‌ی خود پاداش بیشتری برای رفتار ایدایی و پرخاشگری کودک محسوب می‌شود (۲۰).

احتمال پیدایش چنین تعاملی در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی وجود دارد زیرا پذیرش و همکاری فوری از سوی کودک، نامعمول است. چنان که بارکلی<sup>۱</sup> (۱۲) بر این عقیده است که میزان بحث و جدل کودکان عادی با بزرگترها ۲۱ درصد اوقات روز است ولی این میزان در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ۷۲ درصد است (۲۱). در حقیقت با توجه به خصیصه‌ی بارزی هم‌چون اختلالات رفتاری تکانشگری در کودکان دارای این اختلال، مشاهده‌ی رفتارهای مهارگسیخته و پرخاشگرانه‌ای که والدین آن‌ها به هنگام اعمال یک نظام ناکارآمد تنبیه و تهدید در خانه به کار می‌برند زمینه‌ساز

<sup>۱</sup>Barkley

### References

1. Bodenmann G, Cina A, Ledermann T, Sanders MR. The efficacy of the triple p-positive parenting program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions. *Behav Res Ther* 2008; 46(4): 411-27.
2. Pundir M, Nagarkar AN, Panda NK. Intervention strategies in children with cochlear implants having attention deficit hyperactivity disorder. *J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71(1): 985-8.
3. Pelham WE, Foster EM, Robb JA. The economic impact of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *J Pediatr Psychol* 2007; 7(2): 711-27.
4. Danfort JA, Anderson LP, Barkley RA. Observation of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2006; 11(6): 703-27.
5. Pelham WE, Wheeler T, Chronis A. Empirically supported psychological treatment for ADHD. *J Clin Child Psychol* 1992; 27(1): 190-205.
6. Sanders MA. Triple p-positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. *Australian e-journal for development of mental health* 2003; 2(3): 11-12.
7. Sanders MA. Triple p-positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavioral and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999; 2(2): 71-90.
8. Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles: An integrated system of multi-informant assessment Burlington, VT: University of Vermont. Research Center for Children, Youth and Families, 2001: 1-13.
9. Minaie A. [Guideline measurement system based on the experience of school-based Achenbach (ASEBA) compliance and standardization. *Research on exceptional children* 2006; 19(1): 529-58. (Persian)
10. Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effects of the Triple p-positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 30(1): 571-87.

11. Pister S, Firestone P, McGrath P, Goodman JT, Webster I, Mallory R, et al. The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. *Am J Orthopsychiatry* 1992; 62(1): 397-408.
12. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research. Criteria: An 8 prospective follow-up study. *J Am Acad Child Psychiatry* 1990; 29(1): 546-57.
13. Ho TP, Chow V, Fung C, Leung K, Chiu KY, Yu G, et al. Parent management training in a Chinese population: Application and outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(9): 1165-72.
14. Fathi N. [Parent management training program in reducing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder]. MS. Dissertation. Tehran: Tehran Psychiatric Institute, 1996: 120-47. (Persian)
15. Ghanbari S. [The effectiveness of behavioral parent training to decrease externalized behavioral problem in 7-9 years old children]. MS. Dissertation. Tehran: Shahid Beheshti University, College of education sciences and psychology, 2006: 55-62. (Persian)
16. Khodabakhshi Koolae A. [Patterns and projects, family therapy and parent training: A practical guide to solving behavior problems in children and adolescents]. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Jungle; 2012: 76-82. (Persian)
17. Fischer M. Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychol* 1990; 19: 337-46.
18. Rowshandbin M. [Effectiveness of group positive parenting program on parenting stress among mothers of 4 to 10 year ADHD children]. MS. Dissertation. Tehran: Shahid Beheshti University, College of psychology and behavioral sciences, 2006: 122-7. (Persian)
19. Frolich J, Dopfner M, Berner W, Lenmkull G. Treatment effects of combined cognitive behavioral therapy with parent training in hyperkinetic syndrome. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2003; 51(6): 476-93.
20. Peterson L, Saldana L. Accelerating children's risk for injury: Mother's decisions regarding common safety rules. *J Intellect Med* 1996; 19: 317-31.
21. Kratochwill TR, Morris RJ. [Clinical child psychology]. Naeenian MR. (translator). Tehran: Roshd; 2005: 19-33. (Persian)
22. Kazdin AE. Parent management training: Evidence, outcomes, issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(10): 1349-56.