

The Effectiveness of Mothers' Compassion Focused Training on Behavioral problems in Their Preschool children with Neuropsychological/Developmental Learning Disabilities

I. Rezaei Oshyani

MA in general psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

A. Yarmohammadian

Associate Professor of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran

H. Farhadi*

Assistant Professor of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Abstract

This study examined the effectiveness of Mothers' Compassion focused training on Behavioral problems in Their Preschool children with neuropsychological/ developmental learning disabilities. This study employed a semi-experimental method and used a pre-test, post-test, and follow up design with experimental and control group. The population consisted of all mothers of pre-school children with neuropsychological/developmental learning disabilities in Mobarakeh Township during academic year of 2016-2017. By using convenience sampling method, 30 of them were selected and randomly were divided in to two experimental groups and one control group (n=15). The tools of this study were the checklist of signs of learning disabilities in pre-school children (Steele, 2004) and the Preschool Children's Behavioral Problems (Shahim & Yousefi, 1999). The experimental group (children's mothers) received 8 sessions of intervention (two session per week for 90 minutes). The participants of both groups responded to questionnaires, before training, at the end of the training 1 months after the end of training (Follow-up). Data was analyzed through multivariate analysis of covariance SPSS 21 Software. The results indicated that the CFT is effective on the reduction of behavioral problems ($F=16.489$, $DF=23$, $P<0.001$) in their pre-school children with neuropsychological/developmental learning disabilities. In addition, this training had significant effects on the reduction of the components behavioral problems (Attention deficit, Fear, and Social behavior) ($F= 40.476$, $DF= 1$, $P<0.001$). Then, it was concluded that Mothers' Compassion focused training can be used a new and effective method for reducing behavioral problems in their pre-school children with neuropsychological/developmental learning disabilities.

Keywords: Mothers' Compassion Focused Training, Behavioral Problems, Neuropsychological / Developmental Learning Disabilities.

اثربخشی آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات

یادگیری عصب روان شناختی / تحولی

ایران رضائی اشیانی^۱، احمد یارمحمدیان^۲، هادی فرهادی^{۳*}

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

irezaei888@gmail.com

۲- دانشیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

a.yarmohamadiyan@edu.ui.ac.ir

۳- استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

farhadihadi@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلالات یادگیری عصب- روان شناختی/تحولی انجام گرفت. بدین منظور یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات یادگیری عصب- روان شناختی/تحولی شهرستان مبارکه در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ بود. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر از آنان انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل چک لیست وارسی نشانه‌های ناتوانی‌های یادگیری کودکان پیش از دبستان استیل (۲۰۰۴) و پرسش‌نامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی شهیم و یوسفی (۱۳۷۸) بود. اعضای گروه آزمایش (مادران کودکان) یک دوره آموزش ۸ جلسه‌ای (هر هفته ۲ جلسه، به مدت ۹۰ دقیقه) دریافت کردند. آزمودنی‌های هر دو گروه، پیش از شروع آموزش، در پایان آموزش و ۱ ماه پس از پایان دوره (در مرحله پیگیری) به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس با نرم افزار spss21 استفاده شد. نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات عصب-روان شناختی/تحولی تأثیر دارد. همچنین بر مؤلفه‌های مشکلات رفتاری (نقص توجه، ترس، رفتار اجتماعی)، ($F=40/476, DF=1, P<0/001$) نیز تأثیر معنی داری داشت. در مجموع مشخص شد آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران ممکن است روشی جدید و مؤثر در کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات عصب-روان شناختی/تحولی باشد؛ زیرا سلامت روانی والدین و کیفیت رابطه آنها در رفتار فرزندانشان تأثیر می‌گذارد.

واژه‌های کلیدی: آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران، مشکلات رفتاری، اختلالات یادگیری عصب-روان شناختی/تحولی

مقدمه

نمی‌شوند و همین امر مشکلات ثانویه‌ای نظیر مشکلات رفتاری را در آن‌ها ایجاد می‌کند. به همین دلیل شناسایی زود هنگام و تشخیص و درمان موانع پیشرفت در یادگیری، ضروری به نظر می‌رسد تا کودکان مستعد، از نخستین سال‌های زندگی شناسایی شوند (گارتلند، استرس نیدر، ۲۰۰۷).

مشکلات عصب روان شناختی در رشد کودکان تأخیر ایجاد کرده و ممکن است در جنبه‌های دیگری از رشد از جمله کارکرد رفتاری آنان نیز تأثیر گذار باشد. مشکلات رفتاری، رفتارهای گوناگون افراطی، مزمن و انحرافی هستند که گستره آن شامل اعمال تهاجمی یا برانگیختگی ناگهانی تا اعمال افسرده و گوشه گیرانه می‌باشد. مشکلات رفتاری کودکان، مشکلاتی شایع و ناتوان کننده هستند که برای خانواده و کودکان، دشواری‌های بسیاری را ایجاد می‌کنند و باعث درماندگی و یا کاهش میزان کارایی فرد در عملکرد فردی و تحصیلی آنها می‌گردد (کافمن^{۱۰}، ۲۰۰۵). اختلالات رفتاری کودکان طیف وسیعی شامل: بیش فعالی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، ترس و اختلال سلوک است که نیازمند تشخیص و مداخله زود هنگام است (کسلر و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۵). در مجموع بین ۱۴ تا ۲۴ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و اختلال‌های رفتاری و هیجانی دست به گریبانند (زنگ^{۱۲}، ۲۰۰۷). مشکلات رفتاری زود هنگام کودکان اغلب پیشایند رشد رفتارهای ضد اجتماعی است. مشکلات رفتاری در حیطه فردی، اجتماعی مشکلات فراوانی را به وجود می‌آورند. کودکان مبتلا به این اختلالات، خانواده، مدرسه و به

ناتوانی‌های یادگیری در کودکان پیش از دبستان را ناتوانی‌های یادگیری عصب روان شناختی/تحوالی می‌نامند. ناتوانی‌های یادگیری عصب روان شناختی/تحوالی شامل آن گروه از مهارتهای پیش نیاز است که کودک برای کسب و یادگیری موضوعات درسی به آنها نیازمند است. این مهارتها شامل مهارت در حرکت، ادراک، ریاضیات، مهارتهای فضایی - دیداری و رشد زبان طی سالهای پیش از دبستان می‌باشد. (کرک و همکاران^۱، ۲۰۰۶). به طور کلی ناتوانی‌های یادگیری به گروهی ناهمگن از اختلالات اطلاق می‌شود که به صورت مشکلات جدی در فراگیری و کاربرد گوش دادن، حرف زدن، خواندن و نوشتن تظاهر می‌کند. این اختلالات احتمالاً منشأ عصب شناختی داشته و دارای یک روند تحولی است که از پیش از دبستان شروع و تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند. بنابراین ایجاد محیط فیزیکی و اجتماعی سالم و مناسب برای این کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (گارتلند، استرس نیدر^۲، ۲۰۰۷). متخصصین بهداشت روان پزشکی، اختلالات یادگیری عصب روان شناختی/تحوالی را شامل اختلالات زیست شناختی/ژنتیکی^۳، اختلالات ادراکی - حرکتی^۴، اختلالات در پردازش بینایی^۵، اختلالات در پردازش شنوایی^۶، اختلالات حافظه^۷ و اختلالات توجه^۸ می‌دانند (دوکر^۹، ۲۰۰۵؛ به نقل از قانعیان و کاظمی زهرانی، ۱۳۹۵). بسیاری از کودکان با ناتوانی‌های یادگیری در زمان مناسب شناسایی

- 1 Kirk et al.
- 2 Gartland & Strosnider
- 3 Biological/Gentic Disorders
- 4 Perceptual-Motor Disorders
- 5 Visual Processing Disorders
- 6 Auditory Processing Disorders
- 7 Memory Disorders
- 8 Attention Disorders
- 9 Dowker

10 Kauffman

11 Kessler et al.

12 Zeng

درد(وولکیند^۲، ۱۹۸۱؛ به نقل از روستایی و همکاران، ۱۳۹۴). مادرانی که سطوح بالایی از استرس و مشکلات هیجانی را تجربه می کنند در مقابله با ایفای نقش والدینی ضعف نشان می دهند و در نتیجه در تربیت کودکان با مشکلاتی مواجه می شوند که افزایش اختلال های رفتاری در کودک را به دنبال خواهد داشت(واترز و همکاران^۳، ۲۰۰۹). روابط متقابل والد و کودک در مرکز توجه آسیب شناسی قرار گرفته است، زیرا تعامل های نامناسب می تواند در کودکان اختلال های هیجانی و رفتاری ایجاد کند (کاپلان و همکاران^۴، ۲۰۱۴).

علاو بر چالش های رفتاری کودکان که متأثر از مسائل عصب روان شناختی و رشدی است. به نظر می رسد خانواده هم در مدیریت این رفتار چالش برانگیز نقشی تعیین کننده داشته باشد. پژوهش هایی که به تأثیر الگوهای خانوادگی در ایجاد مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان پرداخته اند، از یک سو این اختلالات را نوعی واکنش کودک نسبت به نابسامانی خانوادگی دانسته اند(پاندینا و همکاران^۵، ۲۰۰۷). از سوی دیگر به محرک های محیطی نامناسب، مانند عدم پذیرش کودک، عدم محبت و حمایت کافی از طرف والدین مرتبط ساخته اند(بارلو و همکاران^۶، ۲۰۰۲). امروزه در پهنه دیدگاه هایی که کوشش می کنند به فهم بهتر زندگی روانی، تحول عاطفی و چگونگی پدید آیی اختلالات کودکان دست یابند، نظریه هایی که محور اصلی را رابطه مادر_کودک می دانند جایگاه وسیعی دارد(جانستون و ماش^۷، ۲۰۰۱).

تعدادی از پژوهش ها مؤید این نظریه هستند، برای مثال نتایج پژوهش غمخوارفرد و

طور کلی جامعه را با مشکل روبه رو می سازند. زمانی که ظرفیت ها و توانایی این گروه از کودکان ناشناخته بماند و همچنین مداخله مناسب را دریافت نکنند، این مشکلات منجر به نقص عملکرد در زمینه های مختلف زندگی از جمله تحصیلی و روابط بین فردی می شود که در نهایت می تواند به مثابه تهدید برای بهداشت روان کودک باشد تا جایی که او را در برابر آشفتگی روانی - اجتماعی دوره بزرگسالی آسیب پذیر می سازد. به دلیل اثرات سوءای که مشکلات رفتاری بر جای می گذارند و کمبودهایی در حیطه پیش بینی مشکلات رفتاری در پیش از دبستان وجود دارد، پژوهش و تحقیق در این زمینه حائز اهمیت می باشد (کافمن، ۲۰۰۵).

گستره ادبیات پژوهشی مربوط به عوامل خطر ساز مشکلات رفتاری در کودکان، عمدتاً روی عوامل خانوادگی به عنوان پیش بینی کننده های مشکلات رفتاری تمرکز نموده اند. در دهه های اخیر روان شناسان بر روابط کودک با مراقبش تأکید بسیاری کرده اند زیرا باور دارند واکنش های متقابل والدین اساس رشد شناختی - عاطفی کودک را تشکیل و خطر ابتلای کودک به اختلال های روانی را کاهش می دهد(فریک^۱، ۱۹۹۴؛ به نقل از همتی علمدارلو، ۱۳۹۳). سلامت روانی کودک تحت تأثیر بهداشت روانی خانواده می باشد و مادر بیشترین تأثیر را در شکل دهی شخصیت و رفتار کودک دارد. هنگامی که مادر مؤلفه های سلامت روان را داشته باشد، می تواند محیطی غنی و سالم برای کودک خود فراهم کند. بنابراین، توجه به سلامت روان مادران می تواند پیامد های زیادی را برای کودک، خانواده و جامعه داشته باشد. چرا که سلامت روان مادر و اضطراب او تأثیر مستقیمی بر مشکلات رفتاری کودک

2 Wolkind
3 Waters et al.
4 Kaplan et al.
5 Pandina et al.
6 Barlow et al.
7 Johnston & Mash

همکاران (۱۳۹۱)، در زمینه بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب دوره کودکی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار کودک و سبک فرزند پروری مادر نشان داده است که مادران کودکان دارای مشکلات رفتاری، ارتباط گرم و صمیمانه کمتری با فرزندانشان دارند. همچنین در مطالعه انجام شده توسط زلر (۲۰۰۷)، روی ۶۵۲۲ مادر و کودک بین ژانویه ۱۹۹۲ و دسامبر ۲۰۰۲، مشاهده شد که نشانگان افسردگی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان تأثیر می‌گذارد. در گزارشی بیان شده است که کودکان دبستانی دارای والدین با سلامت روانی ضعیف یا با پرخاشگری بالا نسبت به والدین فاقد مشکلات مذکور، تقریباً پنج برابر دارای فرزندانی با مشکلات رفتاری - عاطفی هستند (بیدرمن^۱، ۲۰۰۶). از آنجایی که اگر مادر رابطه خوبی با کودک خود برقرار کند، ممکن است بر بهبود بخشی این کودکان اثر بگذارد و حتی می‌توان گفت که نابسامانی‌های رفتاری مادر بیش از پریشانی‌های عاطفی پدر، موجب اختلال در رفتار فرزندان می‌شود (احدی و بنی جمال، ۱۳۸۸)، بنابراین با توجه به اهمیت دوران کودکی لزوم آموزش مادران در زمینه برخورد مناسب با فرزندان ضروری به نظر می‌رسد.

از جمله فعالیت‌های درمانی و آموزشی که متمرکز بر والد به ویژه مادر می‌باشد، آموزش متمرکز بر مهرورزی است. مهرورزی ارائه نوعی همدلی و فهم غیرقضاوتی نسبت به دردها، رنج‌ها، اشتباهات و ناشایستگی‌های خود است، به نحوی که تجارب تلخ خود را به عنوان بخش بزرگتری از تجارب انسانی ببیند (نف^۲، ۲۰۰۳). اصول پایه در درمان مبتنی بر مهرورزی به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند براساس این یافته‌ها و در راستای

تحقیق‌های انجام گرفته، گیلبرت^۳ (۲۰۰۹) به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد. و در نهایت، نظریه ((درمان مبتنی بر مهرورزی)) را مطرح کرد (گیلبرت، ۲۰۰۹). در درمان مبتنی بر مهرورزی به افراد، می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند درگام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند. سپس نگرش مهرورزانه‌ای به خود داشته باشند. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر «خودارزیابی» افراد، رابطه‌ی افراد با ((خودارزیابی)) آنان تغییر می‌یابد (گیلبرت، ۲۰۱۰). با توجه به تعامل مادر و کودک و اینکه بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان ناشی از نحوه برخورد والدین به ویژه مادر با کودک است لذا تحقیق در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

از آنجا که تحقیقات اندکی در مورد نقش روان‌درمانی و درمان‌های نوپای موج سوم در بهبود نابهنجاری‌های روانی و رفتاری کودکانی که دچار اختلال یادگیری عصب روان شناختی / تحولی هستند صورت گرفته است و این کودکان به علت تأخیرات رشدی ناشی از چالش مغزی ممکن است دچار مشکلات ثانویه‌ای نظیر مشکلات رفتاری شوند، بنابراین عده‌ای بر این باورند که از طریق مدل‌های پزشکی عصب روان شناختی مشکلات رفتاری این کودکان را مورد پیگیری قرار دهند (گارتلند، استرس نیدر، ۲۰۰۷). متخصصین بهداشت روان پزشکی، اختلالات یادگیری عصب روان شناختی / تحولی را شامل اختلالات زیست. اما در این مطالعه پژوهشگر در صدد بررسی مدل محیطی از سیستم خانواده است. با توجه به مطالب گفته شده، این مطالعه با هدف

این کودکان که در معرض این اختلال بودند توسط مربیان تکمیل گردید. بر این اساس، ۳۶ نفر به طور تصادفی از میان کودکانی که نمره بیشتری در پرسش نامه عصب روان شناختی استیل دریافت کردند. و همزمان طبق نظر متخصص روانپزشک و خانواده دارای مشکلات رفتاری نیز بودند، به عنوان ملاک ورود به تحقیق انتخاب شدند، مادران کودکان انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه ۱۸ نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند. مادران دو گروه به دلیل ریزش آزمودنیها در طی جلسات آموزشی به ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) تقلیل پیدا کرد. ملاک های ورود به پژوهش شامل رضایت مادران و همکاری برای شرکت در پژوهش، داشتن کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات یادگیری عصب روان شناختی/تحولی، نداشتن مشکلات روانی و جسمانی دیگر، عدم مصرف دارو یا هیچ مداخله درمانی دیگر در طول آموزش بود. ملاک های خروج از پژوهش شامل عدم همکاری مادران، داشتن غیبت بیش از ۲ جلسه، عدم پاسخ به سؤالات پرسشنامه بود. با توجه به محدودیت های پژوهش نتایج پژوهش حاضر را تنها به جامعه آماری پژوهش (مادران دارای کودکان پیش دبستانی با اختلالات یادگیری عصب روان شناختی/تحولی) می توان تعمیم داد و در تعمیم به بقیه موارد باید احتیاط کامل صورت گیرد.

ابزار سنجش

در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شد.

فهرست و ارسی نشانه های ناتوانی های یادگیری کودکان پیش از دبستان

به منظور غربالگری و انتخاب نمونه های مورد تحقیق از این فهرست استفاده شد. استیل با

بررسی اثر بخشی آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات یادگیری عصب روان شناختی/تحولی انجام شده است. از این رو مسئله اصلی پژوهش حاضر، تعیین میزان اثربخشی آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران بر مشکلات رفتاری (نقص توجه، ترس، رفتار اجتماعی، پرخاشگری) کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات یادگیری عصب روان شناختی تحوّل بود.

روش پژوهش

این پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل و دوره پیگیری بود. متغیر مستقل در طرح پژوهشی، درمان مبتنی بر مهرورزی مادران و متغیر وابسته مشکلات رفتاری بود.

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان پیش دبستانی با اختلالات یادگیری عصب روان شناختی/تحولی شهرستان مبارکه، که کودکانشان در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ در مهد کودک ثبت نام نموده اند بود. با توجه به این که در تحقیق های آزمایشی حداقل حجم نمونه در هر گروه بایستی ۱۵ نفر باشد (گال و همکاران^۱، ۲۰۰۷). نمونه شامل ۳۶ نفر بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که برای انتخاب این کودکان ابتدا از طریق اولیاء و روان شناس مهد کودکها، کودکانی که در معرض این اختلال بودند معرفی شدند، و سپس برای اطمینان از اختلال در آنها چک لیست و ارسی نشانه های ناتوانی های یادگیری کودکان پیش از دبستان استیل^۲ (۲۰۰۴) برای ۷۵ نفر

مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی از طریق تحلیل عاملی با چرخش واریماکس بررسی شده است و گویه‌های این مقیاس بر ۴ عامل نقص توجه، ترس، رفتار اجتماعی و پرخاشگری متمرکز گردیده‌اند که ارزش ویژه برای این عوامل به ترتیب برابر با ۴/۷۸، ۲/۰۲، ۱/۶۰، و ۱/۴۲ گزارش شده است.

روند اجرای پژوهش

در این پژوهش پس از آماده سازی اجرای تحقیق و اخذ نامه از دانشگاه به سازمان بهزیستی و آموزش و پرورش شهرستان مبارکه و موافقت کتبی جهت انتخاب نمونه‌ها از مهد کودکهای این شهرستان نمونه مورد تحقیق به صورت نمونه‌گیری در دسترس از ۳ مهد کودک انتخاب گردید و پس از قرار دادن تصادفی شرکت کنندگان در گروههای آزمایش و کنترل، ابتدا شرکت کنندگان با کمک مدیریت مهد کودکها با روش کار آشنا شدند و بعد از این که فرم رضایت نامه را آگاهانه تکمیل و امضاء کردند، پیش از آزمون بر روی دو گروه آزمایش و کنترل به وسیله مقیاس مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی اجرا شد، سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته دو روز در یکی از مهد کودکهای شهرستان مبارکه تحت درمان مبتنی بر مهرورزی قرار گرفت. ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و دوباره پرسشنامه‌های پژوهش در پایان جلسات در مرحله‌ی پس از آزمون به هر دو گروه داده شد، سپس پس از گذشت یک ماه نیز از هر دو گروه آزمون پیگیری گرفته شد. بسته‌ی آموزشی مبتنی بر مهرورزی براساس فعالیتهای پژوهشی گیلبرت و آیزونر (۲۰۰۴) و گیلبرت (۲۰۰۹) طراحی شد. خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر مهرورزی در جدول ۱ آمده است.

مرور پژوهش‌ها و مقالات در زمینه تشخیص و مداخله زود هنگام کودکان در معرض خطر ناتوانی یادگیری، یک فهرست وارسی (چک لیست) ۲۲ مقوله‌ای برای تشخیص کودکان پیش از دبستان با ناتوانی‌های یادگیری عصب روان شناختی / تحولی پیش از دبستان ساخته است. نمره گذاری این فهرست به صورت درجه بندی است که توسط مربیان تکمیل می‌شود. نمره گذاری این فهرست وارسی به صورت طیف لیکرت (همیشه=۰، گاهی=۱، و به ندرت=۲) می‌باشد. بالاترین نمره در این فهرست ۴۴ است که حاکی از وجود نشانه‌های ناتوانی یادگیری پیش از دبستان است. ضریب همبستگی این ابزار با آزمون نپسی ۰/۷۹ و ضریب پایایی ۰/۹۳ به دست آمده است (عابدی، ۱۳۸۷).

پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی

این پرسشنامه توسط شهیم و یوسفی (۱۳۷۸) تهیه شده است و دارای ۲۴ گویه و ۴ خرده مقیاس نقص توجه، ترس، رفتار اجتماعی، و پرخاشگری است که در مقیاس لیکرت سه درجه‌ای (هرگز=۰، بعضی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲) و سوالات مربوط به بعد رفتار اجتماعی (۲۳، ۲۱، ۱۵، ۱۳، ۲۲، ۱۴) نمره گذاری متفاوتی از سایر سوالات دارند و به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند (بیشتر اوقات=۰، بعضی اوقات=۱، هرگز=۲)، به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. نمره کل از مجموع امتیازات همه سوالات با هم بدست می‌آید. حداقل نمره در این پرسشنامه ۰ و حداکثر نمره ۴۸ است. هر قدر نمره آزمودنی بیشتر باشد معرف آن است که از مشکلات رفتاری بیشتری برخوردار است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۰ و با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین روایی سازه پرسشنامه

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر مهرورزی

جلسه	موضوع	محتوا
جلسه اول	معارفه، پیش آزمون، معرفی برنامه آموزشی	معارفه اعضا و با یکدیگر و برقراری ارتباط اولیه، مرور بر قوانین گروه، توضیح در مورد ساختار و اهداف جلسه، اجرای پیش آزمون و توضیح در مورد ماهیت مهرورزی و اصول آن، ارائه تکلیف: تهیه لیستی از رنجهای خود.
جلسه دوم	آموزش ذهن آگاهی	خلاصه‌ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، اجرای انواع تمرین‌های ذهن آگاهی: (تمرین تنفس، تمرین متمرکز بر شیء، تمرین وارسی و لمس بدن، تمرین خوردن و لمس کردن کشمش)، ارائه تکلیف: شامل چهل دقیقه تمرین‌های ذهن آگاهی در منزل.
جلسه سوم	تمرین مهربانی و مهرورزی	باز خورد جلسه قبل، خلاصه‌ای از جلسات گذشته، اهمیت تربیت ذهن مهربان، احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، اجرای تمرین نقش بازی کردن خود مهربان، آموزش سبک‌ها و روشهای ابراز مهرورزی با استفاده از عبارات (من احساس امنیت می‌کنم، من با خود مهربان هستم، من افکار و احساسات استرس زا را از ذهن خود بیرون می‌کنم) و به کارگیری این روشها در زندگی روزمره، تمرین تصویر سازی از مکان امن، ارائه تکلیف: تمرین‌های ارائه شده در جلسه را در منزل و زندگی روزمره خود انجام دهند.
جلسه چهارم	یافتن جایگاه مهرورزی در خود	مرور تکلیف جلسه قبل، گرفتن بازخورد از روند جلسات، تقویت رفتارهای مهرورزی با خود، تمرین مهربانی کردن با خود با استفاده از عبارات (من تو را دوست دارم و نمی‌خواهم تو رنج بکشی، تمرین مهربانی گرفتن از دیگران) پرورش ذهن مهربانانه، اجرای تمرین دو صندلی، ارائه تکلیف: تکرار این عبارات در زندگی روزانه و همچنین اجرای تکلیف مهربانی کردن با خود و دیگران.
جلسه پنجم	عمیق زندگی کردن	ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، بررسی و کشف موارد مهمی که به زندگی فرد معنا می‌بخشد، انجام تمرین تصویرسازی از یک زندگی پربار و ارزشمند، نامه نوشتن درباره انتقاد مهربانانه از زندگی خود، تمرین استعاره یک روز عالی، ارائه تکلیف: مربوط به روشن شدن موارد مهم برای اعضا گروه.
جلسه ششم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار	ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، آموزش رابطه بین اجزاء فیزیکی، روانی و ذهنی عواطف دشوار و چگونگی تأثیر این اجزاء بر یکدیگر، اجرای تمرین‌های آرامش بخشی فیزیکی و آرام بخشی روانی و فکری، معرفی استدلال منطقی و استدلال مهربانانه، معرفی تجربه حسی مهربانانه، ارائه تکلیف: آرام سازی جسمانی و آرام سازی روانی با تمرین‌های ذهن آگاهانه، همچنین رها کردن ذهن خود از افکار منفی.
جلسه هفتم	تغییر روابط	بازخورد جلسه گذشته، خلاصه‌ای از جلسات گذشته، شناسایی تمام رابطه‌های درد آور قطع شده با خود و دیگران و زمینه سازی برای اتصال این رابطه خود با خود و خود با دیگران، تمرین آشتی با خود، باز گویی ویژگی‌های انسان مهربان، ارائه تکلیف: شناسایی قهر خود با خود و قهر با موقعیت‌ها و قهر با دیگران و تمرین آشتی کردن و رابطه برقرار کردن با این سه نوع رابطه.
جلسه هشتم	قبول و پذیرش زندگی	بازخورد جلسه گذشته، خلاصه‌ای از جلسات قبل، در این جلسه سعی می‌شود تعصبات منفی زندگی را مورد هدف قرار دهد که از طریق تکیه بر چیزهای خوب در زندگی و ویژگیهای خوب در وجود خود بتوانند تعصبات منفی را کاهش دهند و بیشتر از زندگی لذت ببرند، اجرای پس آزمون، جمع بندی نهایی، ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی.

تجزیه و تحلیل داده ها

برای بررسی داده‌های جمع‌آوری شده، داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. داده‌های پژوهش پس از تحلیل آمارتوصیفی با استفاده از شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار و نمودارها و در سطح آمار استنباطی از طریق تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) مورد بررسی قرار گرفت. و به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

برای پژوهش حاضر از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس چند متغیره جهت رعایت پیش فرض‌های

آن از آزمون باکس، لوین و کلموگراف-اسمیرنف استفاده شد. و سپس به منظور بررسی اثر اصلی متغیر مستقل آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران بر متغیر مشکلات رفتاری از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده گردید.

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد مشکلات رفتاری و حوزه فرعی آن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است. طبق نتایج جدول ۲ مشکلات رفتاری و ابعاد آن شامل مشکلات رفتاری و ابعاد آن شامل نقص توجه، ترس، رفتار اجتماعی و پرخاشگری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش بیشتری نسبت به مرحله پیش‌آزمون نشان داده اند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (مشکلات رفتاری) به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

گروه‌ها	متغیر	آزمایش			کنترل		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
مشکلات رفتاری	میانگین	۲۵/۵۳	۱۹/۶	۲۱/۲۷	۲۴/۹۳	۲۴/۲۷	۲۴/۰۷
	انحراف استاندارد	۴/۰۷	۳/۱۸	۳/۳۷	۳/۳۷	۲/۹۱	۲/۶
نقص توجه	میانگین	۷/۹۳	۶/۵۳	۶/۶	۸	۷/۷۳	۷/۸۷
	انحراف استاندارد	۱/۷۱	۱/۲۴	۱/۱۸	۱/۹۳	۱/۸۳	۱/۴۱
ترس	میانگین	۳/۸	۲/۸	۳/۱۳	۳/۵۳	۳/۸	۳/۷۳
	انحراف استاندارد	۰/۹۴	۱/۲۱	۰/۹۲	۰/۹۹	۰/۷۷	۰/۹۶
رفتار اجتماعی	میانگین	۵/۸	۴	۴/۴۷	۵/۵۳	۵/۴	۵/۲
	انحراف استاندارد	۲/۰۰۷	۱/۵۱	۱/۵۵	۱/۴۱	۱/۲۹	۱/۴۲
پر خاشگری	میانگین	۸	۶/۲۷	۶/۸۷	۷/۸۷	۷/۳۳	۷/۲۷
	انحراف استاندارد	۱/۴۶	۱/۴۳	۱/۵۵	۱/۸۱	۱/۶۷	۱/۴۴

توجه به این که آزمون فرضیه‌های این پژوهش نیازمند استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره بود، باید پیش فرض‌های لازم رعایت می‌گردید. نتایج حاصل از بررسی این پیش فرض‌ها در ادامه ارائه شده است. هدف از بررسی پیش فرض نرمال

استفاده از آزمون‌های پارامتریک مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است که در صورت نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر بودن حجم گروه‌ها با رعایت پیش فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد (مولوی، ۱۳۸۶). بر این اساس و با

بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش فرض حاکی از آن است که تفاوت است. مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. بدین منظور از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش در جدول ۳ آمده

جدول ۳. آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت ارزیابی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری					
متغیر	گروه	آماره	معنی داری	متغیر	گروه	آماره	معنی داری	متغیر	گروه	آماره	معنی داری
مشکلات رفتاری	آزمایش	۰/۲	۰/۱۰۹	مشکلات رفتاری	آزمایش	۰/۱۳	۰/۲	مشکلات رفتاری	آزمایش	۰/۲۴۷	۰/۱۵
نقص توجه	آزمایش	۰/۱۸۲	۰/۱۹۳	نقص توجه	آزمایش	۰/۲۴۶	۰/۱۵	نقص توجه	آزمایش	۰/۲۹۹	۰/۰۱
ترس	آزمایش	۰/۲۸۳	۰/۰۲	ترس	آزمایش	۰/۲۳۲	۰/۰۲۸	ترس	آزمایش	۰/۲۲۵	۰/۰۴
رفتار اجتماعی	آزمایش	۰/۱۳	۰/۱۲۸	رفتار اجتماعی	آزمایش	۰/۱۴۶	۰/۲	رفتار اجتماعی	آزمایش	۰/۲۳۴	۰/۰۲۶
پرخاشگری	آزمایش	۰/۲۱۹	۰/۰۵۱	پرخاشگری	آزمایش	۰/۱۶۲	۰/۲	پرخاشگری	آزمایش	۰/۱۷۸	۰/۲
	کنترل	۰/۱۹۶	۰/۱۲۵	کنترل	کنترل	۰/۲۲۱	۰/۰۴۷	کنترل	کنترل	۰/۲۲۶	۰/۰۳۷

توجه به رعایت این پیش فرض، نرمال بودن بیشتر نمره ها و پیش فرض تساوی واریانس ها، تحلیل مورد نظر برای به دست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت. همچنین در رابطه با مؤلفه های مشکلات رفتاری، همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس های نمرات گروه ها در تمام متغیرها به جز رفتار اجتماعی در مرحله پیگیری در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رد نمی شود. یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها در گروه های آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تأیید می گردد ($P > 0/05$).

در جدول ۴ نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس مشکلات رفتاری و مؤلفه های آن ارائه شده است. اساس پیش فرض برابری واریانس بر این است که فرض می شود واریانس نمره های دو گروه در جامعه با هم برابرند و از لحاظ آماری تفاوت معناداری ندارند. برای آزمون این فرضیه از آزمون لوین استفاده شد. همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس های نمرات گروه ها در تمام متغیرها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رد نمی شود. یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها در گروه های آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تأیید می گردد ($P > 0/05$). با

جدول ۴. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های پژوهش مشکلات رفتاری و مؤلفه‌های آن

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	F	معنی داری	F	معنی داری	F	معنی داری
مشکلات رفتاری	۱/۶۱۳	۰/۲۱۵	۳/۰۹۶	۰/۰۸۹	۰/۰۶۸	۰/۷۹۶
نقص توجه	۰/۱۸۶	۰/۶۷	۱/۳۸۸	۰/۲۴۹	۲/۵۳۵	۰/۱۲۳
ترس	۰/۶۶۶	۰/۴۲۱	۰/۹۱۹	۰/۳۴۶	۰/۱۸۹	۰/۶۶۷
رفتاراجتماعی	۲/۱۹۵	۰/۱۵	۲/۶۴۴	۰/۱۱۵	۵/۲۳۶	۰/۰۳
پرخاشگری	۰/۲۵۹	۰/۶۱۵	۱/۸۶۴	۰/۱۸۳	۱/۳۴	۰/۲۵۷

جدول ۵. نتایج آزمون باکس تساوی کواریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته در پس آزمون و پیگیری

ضریب M باکس	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
۸/۹۴۵	۰/۷۵۵	۱۰	۳۷۴۸/۲۰۷	۰/۶۷۳
۶۲/۰۳۹	۱/۱۸۳	۳۶	۲۶۳۸/۰۴۵	۰/۲۱

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره یا مانکوا جهت بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات یادگیری عصب روان شناختی / تحولی در مرحله پس آزمون و پیگیری در جدول ۶ ارائه شده است.

همان گونه که در جدول ۵ دیده می شود، پیش فرض تساوی کواریانس ها یا روابط بین متغیرهای وابسته در این فرضیه تأیید شده است. سطح معنی داری برای مشکلات رفتاری برابر با ۰/۶۷۳ و بیشتر از ۰/۰۵ و برای مؤلفه های آن برابر با ۰/۲۱ و بیشتر از ۰/۰۵ است.

جدول ۶. نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیری تأثیر آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان

متغیر	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	خطا	درجه آزادی سطح معناداری	میزان تأثیر آماری	توان آماری
پیش آزمون مشکلات رفتاری	۰/۳۷۴	۴	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲۶	۰/۹۹۸
گروه	۰/۲۵۹	۴	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱	۱/۰۰۰

متغیرهای پژوهش در دو مرحله پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است. به عبارت دیگر آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران، باعث کاهش متغیرهای مشکلات رفتاری در گروه آزمایش شده است. توان آماری ۱۰۰ درصدی نشان می دهد دقت آماری این آزمون مطلوب است علاوه بر این، حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است.

براساس یافته های به دست آمده در جدول ۶، رابطه بین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری نمرات مشکلات رفتاری معنی دار شده است ($P < 0/01$) با کنترل این رابطه، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P = 0/001$). لذا فرضیه اصلی پژوهش تأیید می شود. نتایج نشان داده است که نزدیک به ۷۴/۱ درصد از تفاوت های فردی در بهبود

جدول ۷. نتایج تحلیل تک متغیری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
نقص توجه	۱۱/۱۴۹	۱	۱۱/۱۴۹	۶/۹۷۸	۰/۰۱۴	۰/۲۲۵	۰/۷۱۷
پیگیری	۹/۶۶	۱	۹/۶۶	۱۱/۳۵۵	۰/۰۰۳	۰/۳۲۱	۰/۸۹۸
ترس	۸/۷۴۹	۱	۸/۷۴۹	۶/۸۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷	۰/۹۳۹
رفتار اجتماعی	۹/۸۶۹	۱	۹/۸۶۹	۱۱/۱۳۴	۰/۰۰۳	۰/۳۱۷	۰/۸۹۳
پیگیری	۴/۴۶۲	۱	۴/۴۶۲	۱۰/۹۷۷	۰/۰۰۳	۰/۳۱۴	۰/۸۸۸
پرخاشگری	۴/۸۵۵	۱	۴/۸۵۵	۳/۲۱۱	۰/۰۸۶	۰/۱۱۸	۰/۴۰۵
پیگیری	۱/۲۸۲	۱	۱/۲۸۲	۱/۱۰۸	۰/۳۰۳	۰/۰۴۴	۰/۱۷۳

بحث

پاره‌ای از پژوهشگران با تأکید بر درمان زود هنگام مشکلات در سنین پایین که خود نوعی پیشگیری محسوب می‌شود، نشان داده‌اند که اگر این مشکلات در سنین پیش دبستانی و سال‌های ابتدای کودکی شناسایی و درمان شوند تا حد زیادی تخفیف می‌یابند و به بهبود عملکرد در زمینه‌های مختلف منجر می‌شود (براتون و همکاران، ۲۰۰۵). در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات یادگیری عصب روان شناختی/تحوّلی انجام گرفت. نتایج بررسی نشان داد که آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات یادگیری عصب روان شناختی/تحوّلی تأثیر دارد. زیرا سلامت روانی والدین بخصوص مادر و کیفیت رابطه آنها با کودکان می‌تواند در مشکلات روانی و رفتاری آنها تأثیر گذار باشد. این نتایج در دوه پیگیری نیز تداوم یافته بود.

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۷، تفاوت میانگین نمرات نقص توجه، ترس و رفتار اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس از آموزش ($P < 0/05$) و در مرحله پیگیری ($P < 0/05$) معنی دار است اما تفاوت دو گروه در میانگین نمرات پرخاشگری در مراحل پس از آموزش و پیگیری غیر معنی دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران، در گروه آزمایش در مرحله پس از آموزش و پیگیری مؤلفه‌های نقص توجه، ترس و رفتار اجتماعی را کاهش داده است. میزان تأثیر این آموزش بر کاهش نقص توجه در مرحله پس از آموزش برابر با ۲۲/۵ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۳۲/۱ درصد است. در حالی که تأثیر آموزش بر ترس در مراحل پس از آموزش و پیگیری برابر با ۳۵/۷ و ۲۲/۳ درصد به دست آمده است. هم چنین تأثیر این آموزش بر کاهش رفتار اجتماعی در مرحله پس از آموزش برابر با ۳۱/۷ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۳۱/۴ درصد است.

روشن و دارای انعطاف است. مقررات خانواده واضح و انعطاف‌پذیر است. محققان معتقدند که کودکان با مشکلات رفتاری، با توجه به گذشته، والدینشان را کمتر مراقبت‌کننده و بیشتر بیش کنترل‌کننده بازگو کردند. نحوه ارتباط والدین با کودکان قوی‌ترین عامل مؤثر بر الگوهای تعاملی خانواده محسوب می‌شود، خصوصاً در دوره‌هایی از زندگی کودکان که تحولات اساسی رشد روانی طی می‌شود.

تحقیقات پیرسون و همکاران^۳ (۲۰۱۳) پیرامون آسیب‌های روانی کودکان نشان می‌دهد که بسیاری از خانواده‌ها از شیوه‌های تربیتی نامطلوب که منشأ ترس، عدم اعتماد، احساس نارضایتی، بدبینی و اضطراب در فرزندان آنها می‌شود استفاده می‌کنند. والدینی که در ارتباطات خود متزلزل، فاقد اطمینان خاطر و بی‌ثباتند، در نحوه تربیت فرزندان با یکدیگر توافق ندارند، از الگوهای فرزندپروری مبتنی بر طرد، حمایت افراطی با اغماض یا تسلط، انضباط دوگانه، سستی موازین اخلاقی، کمال‌جویی‌های غیر منطقی و عصبانیت و بی‌ثباتی عاطفی استفاده می‌کنند، رفتارهای نوروپیک را در کودکان تثبیت می‌کنند و سبب می‌شوند که کودکان از نظر هیجانی و عاطفی نیازمندتر شده و در چنین شرایطی از حس اعتماد و امنیت که اساس تحول هیجانی سالم محسوب می‌شود، ناکام بمانند. از هم‌پاشیدگی سازمان اصلی خانواده ضربه مهلکی به آینده فرزند در اجتماع می‌زند. با توجه به بررسی محقق از پژوهش‌های مختلف، باید گفت که آموزش مهرورزی برای رفع اضطراب‌های حادث از روابط اجتماعی متقابل افراد بکار برده می‌شود و مادران را قادر می‌سازد که محیط را به طریق بهتر زیر نفوذ و کنترل بگیرند و مانع

نتایج بدست آمده در این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش‌های دیگر همسو می‌باشد. از جمله کابلینسکی، کاوالانکا و رندولف^۱ (۲۰۰۶) در پژوهشی که در ارتباط با نقش والدین در مشکلات رفتاری کودکان آمریکا انجام دادند، نشان دادند که نقش والدین، سبک زندگی، تعارضات خانوادگی و افسردگی مادر در پیش‌بینی مشکلات رفتاری کودکان مؤثر است. در والدینی که از تجارب بهتری در پرورش کودک خود بهره‌مند بودند، افسردگی کمتری داشته و سعی در رفع تعارضات خانوادگی داشتند، مشکلات رفتاری کمتری مشاهده شده است.

ایزنبرگ و همکاران^۲ (۲۰۰۱) در تحقیق خود با عنوان تظاهرات عاطفی مادر و مشکلات رفتاری کودکان به این نتیجه دست یافتند که ابراز احساسات مادر به طور مثبت می‌تواند باعث کاهش مشکلات رفتاری در کودک شود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که ویژگی‌هایی چون ضعف‌های شناختی - اجتماعی، استرس و آسیب‌های روانی بر شدت رفتار نامطلوب اثر می‌گذارد. از آنجا که قطعاً خانواده‌ها در پرورش فرزندان خود شیوه‌های فرزندپروری متفاوتی را به کار می‌گیرند، در مجموع و با توجه به نتایج حاصل از پژوهش باید گفت که کارکرد خانواده معمولاً در خانواده‌هایی که پرورش دهنده ثبات و امنیت می‌باشند، مشکلات رفتاری در کودکان آنها کمتر به چشم می‌خورد. در چنین خانواده‌هایی کودکان توانایی بیشتر برای انطباق با تغییرات را دارند و شرایط مناسبی برای رشد آنها فراهم می‌شود. در خانواده با الگوی سالم، اعضای خانواده مورد حمایت همدیگر هستند. انتظارات مربوط به نقش‌های افراد

1 Koblinsky, Kuvalanka, & Randolph

2 Eisenberg et al.

اضطرابهای بی دلیل خویش در برخورد با کودکان نشان شوند.

در تبیین دیگر در خصوص یافته های پژوهش در مورد تأثیر آموزش مهرورزی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان باید گفت که، شیوه های والدین و روشهای انضباطی آنان بی تردید تحت تأثیر خصوصیات شخصیتی و سیستم اعتقادی آنان است. والدین سالم و بالغ در مقایسه با والدین نابالغ و ناسالم معمولاً با حساسیت و مهربانی بیشتری به نیازها و اشارات کودکان توجه می کنند و این نوع فرزندپروری امنیت عاطفی، استقلال، توانش اجتماعی و موفقیت هوشی را تشویق می کند. اعتماد به نفس، احساس اعتماد نسبت به دیگران، این اعتقاد که می توانند بر اوضاع مسلط باشند با گرمی، پذیرش و مفید بودن به حال فرزندانشان همبستگی دارد. مادران افسرده در خانه جوی ایجاد می کنند که خصومت آمیز و مخرب است و در رشد فرزندانشان تأثیرات نامساعد دارد.

در طی این آموزش و انجام تمرینات مهرورزی به خود، مادران با تمایل پیدا کردن نسبت به اصول مهرورزی به خود متوجه شدند که به دیدگاهی غیر قضاوتی به خود دست یابند و مشکلات و رنجهای خود را قابل تحمل تر کنند و نسبت به خود مهربان و شکیباتر باشند. به این ترتیب مادران با پذیرش تجربه های دردناک خود و دست برداشتن از ارزیابی های بیش از حد از تجربه ها به صورت منفی و بد و نادرست به سوی موضع مهربانی به خود هدایت شدند و با توجه به حس مشترکات انسانی اجازه دیدن خود و دیگران را پیدا کردند و همچنین با درک این موضوع که درد و شکست در همه انسانها وجود دارد استرس های بی مورد خود را کاهش دادند. آنها با ذهن آگاهی توانستند با زمان حال و خود و

کودکانشان ارتباط برقرار کنند و به انتقادگری ها اجازه دهند بدون اینکه به غلط اثبات یا باور شوند از ذهن عبور کنند و به این شیوه مادران دست از انتقاد اشتباه و غلط خود در رابطه با وضعیت کنونی کودک خود دست بردارند. آنها به این نتیجه رسیدند که داشتن این دیدگاه خود انتقادی یکی از موارد ایجاد افسردگی در خود و در نتیجه افزایش مشکلات رفتاری در کودکانشان است. آنها توانستند کلمات مشفقانه و مهرورانه را بر زبان جاری کنند و داشتن لحنی گرم، محبت آمیز و محترمانه نسبت به خود را تمرین کنند و در خلال این تمرین ها ایجاد ارتباط با خود مهرورزی و کودکانشان را به عنوان یکی از اهداف خود قرار دادند. انجام تمرین های ذهن آگاهانه برای افزایش شفقت، حس مهربانی و عطف به خود را در مادران جاری ساخت و باعث شد آنها احساس محبت و دلبری بیشتری نسبت به کودکان خود پیدا کنند.

بگی و پارک^۱ (۲۰۱۳)، بیان کردند که درمان و آموزش مادران بر یادگیری، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود، کاهش اضطراب و افسردگی در کودکانشان مؤثر است.

آنچه که در تبیین یافته های مربوط به مؤلفه های مشکلات رفتاری (ترس، نقص توجه، رفتار اجتماعی، پرخاشگری)، می توان به آن اشاره کرد این است که باید به نقش سرمشق گیری و تقلید کودکان در طول زندگی بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی توجه داشت. ثبات ویژگیهای شخصیتی طی سالها، زمینه را برای یادگیری کودکان فراهم می کند. افزایش سطح سلامت روان مادر می تواند تأثیر به سزایی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان داشته باشد. هنگامی که کودک از فراگیری مهارت ها و کفایت اجتماعی باز

زمانی، نمود بیرونی پیدا می‌کند و به صورت مشکلات رفتاری در کودک نمایان می‌شود. بر این اساس در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش و حساسیت نسبت به فضای مطلوب روانی والدین کودکان دارای اختلال یادگیری عصب روان شناختی در کاهش مشکلات این کودکان نقش تعیین کننده دارد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که، نتایج پژوهش حاضر را تنها به جامعه آماری پژوهش (مادران کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات یادگیری عصب روان شناختی / تحوولی) می‌توان تعمیم داد و تعمیم نتایج به بقیه موارد باید با احتیاط کامل صورت گیرد. وجود تحقیقات مشابه داخلی و خارجی، یکی از عواملی است که می‌تواند هر محقق را در مقایسه نتایج خود یاری دهد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه سنی بالاتر و نمونه‌های بزرگتر از کودکان و دانش‌آموزان انجام گیرد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود درمان پذیرش و تعهد با این الگوی درمانی بر روی مشکلات رفتاری این کودکان مقایسه شود.

منابع

- احمدی ح، بنی جمال ش، (۱۳۸۸). روانشناسی رشد. (مفاهیم بنیادی در رشد کودک. با تجدید نظر کلی و اضافات). چاپ دوم، تهران: نشر جیحون، ۸۷-۸۵.
- روستایی م، عابدی ش، خزاعلی خ. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به فلج مغزی ۷ تا ۱۳ ساله با افسردگی مادران. مجله پژوهش در علوم توانبخشی. (۶): ۴۰۱-۴۰۶.

می‌ماند، احساس نابسندگی و نالایق بودن می‌نماید که این مسئله با عوارضی همراه است. بر اساس شواهد، والدین میتوانند فرزندان خود را در انجام تکالیف رشدی یاری کنند و هم می‌توانند به طور ناخواسته آنان را از انجام این تکالیف باز دارند. از آنجایی که مهرورزی به خود در کاهش هیجانات منفی همچون اضطراب، ترس و پرخاشگری نقش مهمی دارد (گیلبرت، ۲۰۰۹)، این آموزش باعث شد تا مادران در طی جلسات آموزشی با انجام تکنیک‌های مهرورزی، مهربانی به خود را بالا ببرند و افزایش مهرورزی به خود باعث افزایش بهزیستی روان شناختی آنان گردید. همچنین آنان طی روند جلسات آموزشی یاد گرفتند با مهرورزی به خود می‌توانند رابطه عمیق تری با کودک خود داشته باشند و این رابطه عمیق تر موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکانشان گردید. از آنجایی که آموزش مهرورزی به مادران در رابطه میان فردی آنها و با کودک خود تأثیر داشت باعث شد که رفتار اجتماعی کودکان نیز تا حدودی بهتر شود. بر اساس مبانی نظری این رویکرد که مهرورزی به خود باعث فعال شدن سیستم ایمنی گردد و فعال شدن سیستم ایمنی باعث کاهش هورمون استرس کورتیزول و افزایش هورمون اکسی توسین هورمون عشق و امنیت می‌گردد (نف، ۲۰۰۷) استرس در مادران تا حدودی کاهش یافت و در نتیجه باعث ارتقاء سلامت روانی آنان گردید که این نیز در نحوه ارتباط بهتر مادر با کودک تغییر ایجاد کرد و سطح اضطراب، ناامنی و ترس را در کودکان کاهش داد.

از آنجایی که مادر و رابطه با کیفیتش برای بهداشت روان و هیجان‌های مثبت کودک نقش بی‌بدیلی را ایفا می‌نماید لذا کودک نیز وارد سردگمی و آشفتگی شناختی می‌گردد. این فرایند در کوتاه

- Barlow, J., parsons J., & Stewart-Brown S. L. (2002). *Systematic review of the effectiveness of parenting programs in the primary and secondary prevention of mental health problems: Health Services Research Unit*. University of Oxford, Department of Public Health, University of Oxford.
- Biederman, J., Petty, C., Hirshfeld-Becker, D. R., et al. (2006). A controlled longitudinal five year follow-up study of children at high and low risk for panic disorder and major depression. *Psychological Medicine*, 36, 52-1141.
- Bratton, S. C., Rain, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of therapy with children: A meta- analistic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research Practice*, 36(4), 90-376.
- Eisenberg, N., Gershoff, E.T., Fabes, R. A., shepard, S. A., Cumberland, A. J., Losoya, S.H., & Murphy, B. C. (2001). Mother's emotional expressivity and children's behavior problems and social competence: Mediation through children's
- Gartland, D., & Strosnider, R. (2007). Learning Disabilities and young children: Identification and Intervention. *Learning Disability Quarterly*, 30, 63, 72.
- Gall M, Gall J, Borg R. Educational research: An introduction. 8nd ed. New York: Pearson Education; 2007: 385-9.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-209.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507-516.
- Johnston, C., & Mash, E. (2001). Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendation for future research.
- شهیم س، یوسفی ف. (۱۳۷۸). پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی (فرم والد). *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۹ : ۱۹-۳۲.
- عابدی ا، ملک پورم، مولوی ح، عریضی ح، امیری ش. (۱۳۸۷). مقایسه ویژگیهای عصب روان شناختی کودکان خردسال با ناتوانیهای یادگیری عصب روان شناختی/تحوّلی و عادی پیش از دبستان. *پژوهش در حیطه کودکان استثنائی*، ۱۸:۸-۱.
- غمخوار فرد ز، امراللهی م، آزاد فلاح پ. (۱۳۹۱). بررسی پیش بینی کننده های اضطراب دوره کودکی بر اساس طرحواره های ناسازگار کودک و سبک های فرزند پروری مادر. *مجله علوم رفتاری*. ۶: ۲۵۳-۶۲.
- قانعیان م، کاظمی زهرانی ح. (۱۳۹۵). بررسی شیوع اختلالات خواب و اختلالات یادگیری عصب روانشناختی در کودکان پیش از دبستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۶(۶): ۲۴-۵۰۱.
- مولوی ح. (۱۳۸۶). *راهنمای عملی SPSS در علوم رفتاری*، چاپ سوم. اصفهان: انتشارات پویش اندیشه. ۲۳۸-۳۲۰.
- همتی علمدارلوق، حسین خانزاده ع، ارجمندی م، تیموری آسفیچی م. (۱۳۹۳). نقش سبک فرزند پروری مادران در پیش بینی مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی با کم توانی ذهنی. *مجله تعلیم و تربیت استثنائی*، ۱۴(۳): ۱۰-۱.
- Bagbay, M., & park. T. (2013). Child behavior problems and parental mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with Autism. *Journal of Intellect Disability Research*, 47(4), 37-231.

- children with autism in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 73-367.
- Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., et al. (2013). Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: Risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA psychiatry*, 70(12), 1312-1319.
- Steele, M. (2004). Making The Case for Early Identification and Intervention for Young Children at Risk for Learning Disabilities. *Children Education Journal* 32(2), 75-79.
- Waters, S. F., Virmani, E. A., Thompson, R. A., Meyer, S., Raikes, H. A., & Jochem, R., (2009). Emotion regulation and attachment: Unpacking two constructs and their association. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 37-47.
- Zeller, J. L. (2007). Maternal depressive symptoms, father's involvement, and the trajectories of child problem behaviors in a US National Sample. *J Am Med Assoc*, 298(11), 1262.
- Zeng, G. (2007). *An exploratory investigation of the internalizing problem behavior among children from kindergarten to third grade*. A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for PHD degree, University of Pennsylvania.
- Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Kaplan, S., Cortina, J., Ruark, G. I. A., Port, K., & Nicolaidis, V. (2014). The role of organizational leaders in employee emotion management: A theoretical model. *The Leadership Quarterly*, 25(3), 63-80.
- Kauffman, J. M. (2005). Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of children and Youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Psychiatry*, 8, 27-35.
- Kirk, S.A., Gallagher, J.J., Anastasiow, & N.J, Coleman, M. R. (2006). *Educating exceptional children*. Boston: Houghton Mifflin.
- Koblisky, S. A., Kuvalanka, A. K., Rndolph, S. M. (2006). Social Skill and behavior problem of urban, African American Preschoolers: Role of parenting practices, family conflict, and Maternal Depression. *Journal of American or the psychiatry*, 76, 554.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-Compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
- Pandina, G. J., Bossie, C. A., Youssef, E., Zhu, Y., Dunbar, F. (2007). Risperidone improves behavioral symptoms in