

## مقاله‌ی پژوهشی

## تأثیر درمانی آموزش چندرسانه‌ای فرزندپروری به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال

## بی‌اعتنایی مقابله‌ای در مشهد

## خلاصه

**مقدمه:** تعامل والدین در بهداشت روانی کودکان موثر است. سبک فرزندپروری، مجموعه نگرش‌های ایجادکننده‌ی جو هیجانی برای بروز رفتارهای والدین با کودک است. پژوهش حاضر به منظور تعیین اثر آموزش چندرسانه‌ای فرزندپروری به والدین در درمان کودکان مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (ODD) انجام شده است.

**روش کار:** در این مطالعه‌ی کارآزمایی ۴۵ نفر از مادران دارای کودکان ۱۰-۳ ساله‌ی مبتلا به ODD در مشهد در سال ۱۳۸۹ وارد مطالعه و به طور تصادفی ساده به سه گروه تقسیم شدند. به گروه اول آموزش رو در رو (PMT) و به گروه دوم، مطالب آموزشی در قالب نرم‌افزاری به صورت آموزش چندرسانه‌ای (M-PMT) ارائه شد. گروه سوم، گروه شاهد (در نوبت درمان) بودند. ارزیابی با آزمون کانرز و ارزیابی فرزندپروری بامریند، قبل و بعد از زمان مداخله سنجیده شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و آزمون‌های آنووا، کروسکال-والیس، آزمون تی زوجی و من‌ویتنی تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** روش M-PMT بر بهبود مشکلات سلوک ( $P=0/03$ )، یادگیری ( $P=0/04$ )، بیش‌فعالی ( $P=0/01$ )، رفتار تکانه‌ای ( $P=0/02$ ) و اضطراب ( $P=0/01$ ) کودکان موثر بود، ولی در مشکلات جسمی-روانی ( $P=0/2$ ) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. بهبود مشکلات سلوک در گروه M-PMT و PMT اختلاف معنی‌داری نداشت ( $P=0/1$ ). در بهبود رفتارهای تکانه‌ای و اضطراب M-PMT موثرتر از PMT بود (به ترتیب  $P=0/009$  و  $P=0/02$ ) ولی میزان کاهش بیش‌فعالی در گروه PMT بهتر بود ( $P=0/03$ ).

**نتیجه‌گیری:** شیوه‌ی نوین آموزش به روش چندرسانه‌ای بر بهبود مشکلات یادگیری، بیش‌فعالی، رفتار تکانه‌ای و اضطراب کودکان موثر بود، البته در رفتارهای تکانه‌ای و اضطراب روش چندرسانه‌ای و در بیش‌فعالی روش آموزش رو در روی والدین، پاسخ بهتری داشت.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، چندرسانه‌ای،

فرزندپروری

پیمان هاشمیان

استادیار روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

\*نماینده جراحی

استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات اعتیاد، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

پریا حیرانی

دانشیار روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

\*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، میدان آزادی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی

jarahil@mums.ac.ir

تلفن: ۰۵۱۱۸۸۲۹۲۶۲

تاریخ وصول: ۹۱/۴/۱۲

تاریخ تایید: ۹۱/۱۱/۲۴

## بی‌نوشت:

این پژوهش در سایت کارآزمایی‌های بالینی با کد IRCT201202299175N1 به ثبت رسیده و با تایید و حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری مادران و خانواده‌ها در اجرای این طرح سپاسگزاری می‌گردد.

*Original Article***Effectiveness of multimedia-parent management training on treatment of children with oppositional defiant disorder in Mashhad, Northeastern part of Iran****Abstract**

**Introduction:** Engagement of parents affects children's mental health. Parenting styles are psychological constructs representing behaviors and attitudes in child rearing. This study was aimed to assess the efficacy of multimedia-parent management training (M-PMT) in treatment of children with oppositional defiant disorder (ODD).

**Materials and Methods:** In this random control trial conducted in Mashhad in 2010, 45 mothers of 3-10 year old ODD children participated. They divided into three groups by simple random allocation. We provided the first group with parent management training (PMT) and the second group with M-PMT through software containing educational instruction. The third group was considered as control group. Bamerind and Conner's parenting questionnaires were applied before and after the intervention. Data was analyzed by SPSS 16 software and ANOVA, Kruskal-Wallis, paired t-test and Man-Whitney tests.

**Results:** M-PMT improved learning ( $P=0.04$ ), behavioral disturbances ( $P=0.03$ ), hyperactivity ( $P=0.01$ ), impulsivity ( $P=0.02$ ) and anxiety ( $P=0.01$ ) without significant impact on psychosocial problems ( $P=0.2$ ). The effectiveness of M-PMT and PMT in conduct disorders were not different ( $P=0.2$ ). M-PMT was more effective than PMT in reducing impulsivity and anxiety ( $P=0.02, 0.009$ ), whereas PMT diminished more efficiently ( $P=0.03$ ).

**Conclusion:** New instructions of M-PMT improve learning, hyperactivity, impulsivity and anxiety in ODD. In comparison with PMT, M-PMT is more effective in reducing impulsivity and anxiety; however, PMT improves hyperactivity more efficiently.

**Keywords:** Multimedia, Oppositional defiant disorder, Parenting, Training

*Peiman Hashemian*

Assistant professor of child and adolescent psychiatry, Psychiatry and Behavioral Research Center, Mashhad University of Medical Sciences

\**Lida Jarahi*

Assistant professor of community medicine, Addiction Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences

*Paria Hebrani*

Associate professor of child and adolescent psychiatry, Psychiatry and Behavioral Research Center, Mashhad University of Medical Sciences

**\*Corresponding Author:**

Department of community medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Azadi Sq., Mashhad, Iran  
jarahil@mums.ac.ir

Tel: +985118829262

Received: Jul. 02, 2012

Accepted: Feb. 12, 2013

**Acknowledgement:**

This study was registered in Iranian clinical trials site with code of IRCT201202299175N1 and approved and financially supported by Mashhad University of Medical Sciences. The authors had no conflict of interest with the results.

**Vancouver referencing:**

Hashemian P, Jarahi L, Hebrani P. Effectiveness of multimedia-parent management training on treatment of children with oppositional defiant disorder in Mashhad, Northeastern part of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2013; 15(2): 502-9.

## مقدمه

خانواده، نخستین پایگاهی است که پیوند بین کودک و محیط اطراف او را به وجود می‌آورد. ارتباط والدین و فرزندان از جمله موارد مهمی است که سال‌ها نظر صاحب‌نظران و متخصصان تعلیم و تربیت را به خود جلب کرده است. در خانواده، نگرش‌ها، اخلاق و روحیات کودک شکل گرفته و اجتماعی می‌شود (۱). هر خانواده‌ای شیوه‌های خاصی را در تربیت فردی و اجتماعی فرزندان خویش به کار می‌گیرد که این شیوه‌های فرزندپروری، متاثر از عوامل مختلف از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی خانواده و جامعه می‌باشد (۱).

سبک فرزندپروری، مجموعه‌ای از نگرش‌های والدین نسبت به کودکان است که منجر به ایجاد یک محیط هیجانی می‌شود که در آن محیط، رفتارهای والدین بروز می‌نمایند. این رفتارها هم دربرگیرنده‌ی رفتارهای مشخص است که از طریق آن رفتارها، والدین به وظایف والدینی خود عمل می‌کنند و هم رفتارهای غیر مرتبط با اهداف والدینی است که شامل ژست‌ها، تغییر در تن صدا یا بیان هیجان‌های غیر ارادی می‌باشد. در واقع، فرزندپروری فعالیتی پیچیده و دربرگیرنده‌ی رفتارهای خاصی است که نگرش و رفتار کودک را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱، ۲).

شیوه‌های فرزندپروری، یک عامل تعیین‌کننده و اثرگذار در آسیب‌شناسی روانی و رشد کودکان است، بهداشت روانی کودکان به شیوه‌ی تعامل والدین با آن‌ها بستگی دارد (۴-۲). بحث در مورد هر یک از مشکلات فرزندان بدون در نظر گرفتن نگرش‌ها، رفتارها و شیوه‌های فرزندپروری والدین تقریباً غیر ممکن است. تاثیر محیط خانواده بر رشد کودک اغلب از طریق مشاهده‌ی تعامل والد-فرزند مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این مشاهدات معمولاً ویژگی‌های رفتاری والدین به وسیله‌ی دو بعد، ارزیابی می‌شود که شامل پذیرش به معنای حمایت و پرورش عاطفه‌ی مثبت بین والدین و کودک و کنترل به معنای رفتارهای هدایتگر، بازدارنده یا تسهیل‌کننده‌ی کودک توسط والدین است (۵-۱).

شیوه‌های متفاوت فرزندپروری بر حسب دو عامل محبت و کنترل پدر و مادر، در چهار دسته عنوان شده‌اند، نوع

فرزندپروری قدرت‌طلبانه یا کنترل زیاد و محبت کم که در آن والدین، سخت‌گیری نسبت به فرزندان را بهترین شیوه‌ی تربیتی و ضامن موفقیت کودک می‌دانند. کودکانی که دارای والدین قدرت‌طلب باشند، شخصیت فردی خود را از دست می‌دهند، استقلال لازم را به دست نمی‌آورند و در شرایطی که نیازمند تصمیم‌گیری باشند، دچار اضطراب می‌گردند (۵-۱). در فرزندپروری آسان‌گیر، کنترل والدین، کم و محبت ایشان زیاد است که در آن، والدین عشق و محبت بیش از اندازه بدون اعمال کنترل‌های لازم را ابراز می‌دارند. در حقیقت تشویق و تنبیه شیوه‌ای است که کودک توسط آن بین آن چه درست و آن چه نادرست است، فرق قایل می‌شود و ارزش‌های فرهنگی را فرا می‌گیرد، لذا اگر شرایط ایجاد شود کودک به تنبیه نیاز دارد (۵-۲).

والدین در نوع فرزندپروری غافلانه، کنترل و محبت کمی به کودک دارند. در این شیوه، زندگی برای کودک، بی‌ارزش و بی‌ثمر می‌شود. کودک احساس طردشدگی، تنهایی و درماندگی خواهد کرد که ممکن است باعث کاهش اعتماد به نفس، افسردگی، پرخاشگری، قطع عضو شده و حتی به خودکشی او بیانجامد اما در فرزندپروری موقت، کنترل زیاد و محبت زیاد والدین در قالب تشویق کودک برای رفتارهای پسندیده و تنبیه به خاطر اعمال ناپسندش اعمال می‌شود و این والدین، رفتار سازگار و هم‌خوانی در ارتباط با فرزندان‌شان دارند (۴-۲).

کودکان به طور طبیعی بیشتر از این که عقلانی و منطقی باشند هیجانی و احساسی هستند و رشد صحیح شخصیت کودک از ترکیب هماهنگ این دو حالت، صورت می‌گیرد. هنگامی که والدین رفتار فرزند را کنترل کنند، او درک می‌کند که کنترل کردن برای یک زندگی اجتماعی آرام، کاملاً ضرورت دارد و از سویی عشق و محبت، ضرورت قطعی برای رشد سالم فرزند است (۴-۱). البته والدین برای انجام پرورش فرزند و درک نیاز به این هماهنگی‌ها، نیاز به آموزش دارند و شیوه‌های مختلف آموزشی به این منظور به کار گرفته شده‌اند. در حال حاضر شیوه‌های نوین‌تر آموزشی با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری، آموزش‌های اینترنتی و آموزش‌های

مقابله‌ای بودند به صورت نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه پس از رضایت به شرکت در مطالعه، داشتن توانایی و علاقه‌مندی به شرکت در برنامه و داشتن حداقل تحصیلات دیپلم در مادر بود. مادران با تحصیلات دبیرستان، افراد با مشکلات عصبی روانی و ابتلای هم‌زمان کودک به بیماری‌های طبی یا عقب‌ماندگی و مشکلات روانی همراه دیگر، از مطالعه خارج شدند.

عدم عقب‌ماندگی ذهنی برای کودکان ۳ تا ۵ ساله بر اساس مصاحبه و پرسش‌نامه‌ی سنین و مراحل<sup>۳</sup> (ASQ) و برای کودکان ۵ تا ۱۰ ساله، مصاحبه و آزمون ماتریس‌های پیش‌رونده‌ی ریون<sup>۴</sup> بررسی شد. حجم نمونه‌ی مورد نیاز با استفاده از فرمول مقایسه‌ی دو میانگین (قبل و بعد) و با توجه به نتایج مطالعه‌ی مقدماتی با در نظرگیری آلفا ۰/۰۵ و بتا ۰/۲، در هر گروه ۱۵ نفر تعیین و در مجموع ۴۵ نفر وارد مطالعه شدند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی ساده به سه گروه مداخله به صورت آموزش والدین<sup>۵</sup> (PMT)، مداخله به صورت M-PMT و گروه در نوبت درمان (گروه شاهد) تقسیم شدند. به مادران در گروه PMT آموزش رو در رو و به گروه M-PMT فیلم جلسات آموزشی همراه با مطالب آموزشی در قالب نرم‌افزار آموزشی چندرسانه‌ای همراه با توضیحات کامل داده شد. این فرصت در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داشت که در صورتی که سؤال یا مشکل خاصی داشتند بتوانند با روان‌پزشک کودک، تماس بگیرند.

زمان مداخله، ۴ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته در هر هفته بود که در هر جلسه یک موضوع فرزندپروری توسط مدرس واحد به مادران ارائه می‌شد. در جلسه‌ی اول، تعیین انتظارات و تعریف انواع فرزندپروری، آموزش قاطعیت، محبت صحیح و نحوه‌ی درست دستور دادن، در جلسه‌ی دوم ویژگی‌های زمان مفید، همدلی و روش درست آموزش دادن عنوان شد. در جلسه‌ی سوم به بحث در مورد مقررات و نحوه‌ی درست و انواع تشویق و تنبیه و در جلسه‌ی چهارم به هماهنگی‌ها، برنامه‌ی منظم

چندرسانه‌ای والدین<sup>۱</sup> (M-PMT) برای درمان مشکلات روان‌شناختی در دسترس وجود دارد و در مطالعات مختلف بررسی و اثربخشی آن‌ها برای درمان افسردگی (۸-۶)، اضطراب (۱۰،۹)، مدیریت رفتارها و مشکلات رفتاری-احساسی کودکان (۲۰-۱۱)، بیش‌فعالی (۱۸)، اختلال سلوک (۲۱)، بهبود ارتباط والدین با فرزندان (۲۵-۲۲) و شناخت‌درمانی (۲۸-۲۶) ذکر شده است.

یکی از مشکلات روان‌شناختی کودکان، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای<sup>۲</sup> (ODD) است که الگوی پایدار و عودکننده‌ی رفتار منفی کارانه‌ی توأم با بی‌اعتنایی، نافرمانی و خصمانه نسبت به اولیای قدرت توصیف می‌شود. این اختلال در عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی، اختلال ایجاد نموده و منجر به احساس بی‌کفایتی و افسردگی آنان می‌گردد.

تقریباً ۲۴ درصد از کودکان ارجاع شده برای درمان اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی ملاک‌های تشخیصی لجبازی-نافرمانی یا اختلال سلوک را نیز دارند (۳۰،۲۹). با توجه به اهمیت آموزش فرزندپروری در درمان لجبازی-نافرمانی کودکان و این که این بیماری از شایع‌ترین مشکلات روان‌پزشکی کودک می‌باشد و با توجه به عدم دسترسی بسیاری از افراد به روان‌پزشک کودک و نوجوان، تهیه‌ی لوح فشرده‌ی آموزشی موثر، می‌تواند خدمت بزرگی به این بیماران داشته باشد و در این طرح به این سؤال پاسخ داده می‌شود که آیا تاثیر آموزش چندرسانه‌ای مشابه آموزش رو در رو می‌باشد و این مطالعه به منظور تعیین اثر آموزش چندرسانه‌ای فرزندپروری بر والدین در درمان کودکان مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای انجام شده است.

## روش کار

در این مطالعه از میان مراجعه‌کنندگان به درمانگاه روان‌پزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ مشهد در سال ۱۳۸۹، توسط روان‌پزشک کودک و نوجوان، از مادرانی که کودکان ۱۰-۳ ساله‌ی آن‌ها بر اساس ملاک‌های چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی دچار اختلال بی‌اعتنایی

<sup>3</sup>Ages and Stages Questionnaire

<sup>4</sup>Raven's Progressive Matrices Test

<sup>5</sup>Parent Management Training

<sup>1</sup>Multimedia-Parent Management Training

<sup>2</sup>Oppositional Defiant Disorder

## نتایج

در این مطالعه مادران ۴۵ کودک شامل ۲۴ پسر و ۲۱ دختر (۵۴٪ پسر و ۴۶٪ دختر) شرکت نمودند. دامنه‌ی سنی کودکان ۱۰-۳ سال با میانگین سنی ۶/۵ سال بود. از نظر تحصیلات، بیشترین مادران شرکت‌کننده (۷۵٪) دارای مدرک دیپلم، ۱۲ درصد کاردانی و ۱۳ درصد کارشناسی و به بالا بودند. میانگین سنی کودکان در گروه مداخله‌ی PMT، مداخله‌ی M-PMT و گروه در نوبت درمان (گروه شاهد) به ترتیب ۶/۷ و ۶/۳ و ۶/۵ سال بود که اختلاف معنی‌داری با هم نداشتند ( $P=0/1$ ).

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون را در زیرمقیاس‌های آزمون کانرز در سه گروه شرکت‌کننده نشان می‌دهد. مداخله‌ی PMT بر بهبود مشکلات سلوک ( $P=0/02$ )، یادگیری ( $P=0/04$ )، رفتارهای تکانه‌ای ( $P=0/009$ ) و بیش‌فعالی ( $P=0/008$ ) به طور معنی‌داری موثر بود. هم‌چنین مداخله‌ی M-PMT در بهبود مشکلات سلوک ( $P=0/03$ )، رفتارهای تکانه‌ای ( $P=0/02$ )، اضطراب ( $P=0/01$ )، یادگیری ( $P=0/04$ ) و هم‌چنین بیش‌فعالی ( $P=0/01$ ) به طور معنی‌داری اثر داشت.

نتایج مطالعه نشان داد که مداخله‌ی PMT در کاهش اضطراب ( $P=0/1$ ) و علائم جسمی-روانی ( $P=0/6$ ) تاثیر قابل توجه نداشت. هم‌چنین مداخله‌ی M-PMT در بهبود علائم جسمی-روانی ( $P=0/2$ ) اثر معنی‌داری را نشان نداد. کاهش نمرات گروه شاهد تنها در مورد بیش‌فعالی، معنی‌دار بود ( $P=0/04$ ) و در سایر حیطه‌ها تفاوت معنی‌دار آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ مشاهده نشد.

با استفاده از آزمون Post-Hoc بین میزان کاهش مشکلات سلوک در گروه PMT و M-PMT اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ( $P=0/1$ ) ولی میزان کاهش رفتارهای تکانه‌ای در گروه M-PMT به طور معنی‌داری بیشتر از گروه PMT بود ( $P=0/009$  و  $P=0/002$ ). کاهش بیش‌فعالی در گروه PMT با آزمون من‌ویتنی به طور معنی‌داری بهتر از گروه M-PMT بود ( $P=0/03$ ).

در این مطالعه پس از انجام مداخله‌ی مورد نظر، نتایج آزمون فرزندپروری قبل و دو ماه پس از مداخله در گروه PMT

روزانه و موقعیت‌های پرخطر پرداخته شد. قبل و بعد از مداخله، ارزیابی‌ها با استفاده از آزمون ارزیابی فرزندپروری دینا بامریند<sup>۱</sup> و آزمون کانرز<sup>۲</sup> سنجیده شد.

**الف- پرسش‌نامه‌ی شیوه‌های فرزندپروری بامریند:** جهت بررسی مدل‌های نفوذ و شیوه‌های فرزندپروری ساخته شده است و اعتبار و روایی آن در مطالعات مختلف تایید شده است (۳۱-۳۳). پرسش‌نامه‌ی بامریند شامل ۳۰ جمله می‌باشد که شیوه‌ی سهل‌گیرانه، مستبدانه و شیوه‌ی قاطع و اطمینان‌بخش را در قالب ده جمله و در مقیاس ۵ گانه‌ی لیکرت می‌سنجد (۳۲). میزان پایایی پرسش‌نامه‌ی بامریند با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۶ برای شیوه‌ی استبدادی، ۰/۷۸ برای شیوه‌ی قاطع و اطمینان‌بخش و ۰/۸۱ برای شیوه‌ی سهل‌گیر گزارش شده است (۳۲). در ایران برای اولین بار، اسفندیاری فرم اصلی را ترجمه و برای تعیین اعتبار آن اصلاحات و اضافاتی را به عمل آورده و در نتیجه‌ی بررسی خود، پرسش‌نامه را دارای اعتبار خوب گزارش نموده است (به نقل از ۳۱)، هم‌چنین میزان پایایی برای شیوه‌ی سهل‌گیر ۰/۶۹، شیوه‌ی استبدادی ۰/۷۷ و برای شیوه‌ی اقتدار منطقی ۰/۷۳ به دست آمده است. در مطالعات دیگر نیز محاسبه‌ی ضریب پایایی این پرسش‌نامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بوده است که ضریب قابل قبولی می‌باشد (به نقل از ۳۱).

**ب- آزمون کانرز:** مشکلات کودکان را در زمینه‌ی اضطراب، مشکلات رفتاری و بیش‌فعالی می‌سنجد و حساسیت و اختصاصی بودن آن ۰/۷۱ است (۳۲، ۳۳). انجام مطالعات با استفاده از آزمون کانرز در ایران نیز اعتبار و پایایی مناسب داشته است و همسانی درونی ۰/۴۱ تا ۰/۶۷ و همبستگی آزمون مجدد تا ۰/۸۲ گزارش شده است (۳۴).

مادران گروه شاهد، درمان رایج را دریافت می‌کردند و در پایان مطالعه در صورتی که به نتیجه‌ی درمان مناسبی نرسیده بودند برای درمان به شیوه‌ی جدید راهنمایی می‌شدند. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و آزمون‌های آنووا، کروسکال‌والیس، آزمون تی زوجی و من‌ویتنی تحلیل شدند.

<sup>1</sup>The Diana Bamrynd Parenting Style Questionnaire

<sup>2</sup>Conner's Test

هیچ یک از دو گروه، تفاوت معنی داری در میانگین نمرات آزمون قبل و پس از مداخله مشاهده نشده است.

### بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش والدین با مداخلات درمانی آموزش چندرسانه‌ای فرزندپروری و آموزش رو در رو به مدت چهار جلسه با وجود آن که نتوانست بر بهبود و تغییر سبک الگوهای فرزندپروری موثر باشد، ولی بر بهبود مشکلات سلوک، یادگیری، بیش‌فعالی، رفتار تکانه‌ای و اضطراب کودکان موثر بود. هم‌چنین در مطالعه‌ی حاضر مداخله‌ی درمانی M-PMT در مشکلات جسمی روانی اثر قابل توجهی نداشت و در مورد بهبود اختلال سلوک کودکان در گروه مداخله M-PMT و PMT تفاوت زیادی مشاهده نشد که این موارد ممکن است به دلیل کافی نبودن ساعات آموزشی بوده باشد. با لحاظ همین ساعات مداخله‌ی آموزشی، مشاهده شد که روش M-PMT در بهبود رفتارهای تکانه‌ای و کاهش اضطراب موثرتر از PMT بود.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که روش‌های تربیتی والدین اثرات طولانی بر رفتار، عملکرد، انتظارات و در نهایت بر شخصیت افراد در آینده دارند، مثلاً والدین سخت‌گیر مانع پیشرفت و خلاقیت کودک می‌شوند، والدینی که اجازه نمی‌دهند کودک ابراز وجود کند مانع بروز استعدادها بالقوه‌ی او می‌شوند و در نتیجه، این قبیل کودکان در آینده، افرادی روان‌آزرده و پرخاشگر خواهند شد (۵-۲). والدین مستبد و قدرت‌طلب دارای فرزندانی هستند که از نظر خویشتن‌داری در سطح متوسط قرار دارند ولی تا حدود زیادی گوشه‌گیر بوده و به دیگران بی‌اعتنایی می‌کنند (۶-۳).

در گروه M-PMT ( $P=0/2$ ) و گروه شاهد ( $P=0/7$ ) تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند و در مقایسه در سه گروه تحت مطالعه از نظر روش‌های فرزندپرورانه‌ی سهل‌انگارانه، استبدادی و قاطعانه، تفاوت قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشد ( $P=0/1$ ).

### جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس

آزمون در زیرمقیاس‌های آزمون کانتز در گروه‌های شرکت‌کننده

گروه‌های شرکت‌کننده	میانگین نمره‌ی		P
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
آموزش سلوک	۱۵±۴/۴	۱۲/۵±۴/۰	۰.۰۳
چندرسانه‌ای یادگیری	۷/۸±۳/۲	۶/۸±۲/۶	۰.۰۴
والدین علائم جسمی-روانی	۵/۲±۱/۳	۴/۶±۱/۰	۰.۰۲
رفتارهای تکانه‌ای	۱۰±۲/۸	۸/۰±۲/۶	۰.۰۲
اضطراب	۸/۵±۲/۰	۷/۲±۲/۰	۰.۰۱
بیش‌فعالی	۲۱/۰±۵/۰	۱۸/۰±۶/۰	۰.۰۱
آموزش سلوک	۱۸±۲/۸	۱۴/۸±۴/۰	۰.۰۲
رو در رو یادگیری	۱۰±۲/۸	۸/۴±۲/۳	۰.۰۴
والدین علائم جسمی-روانی	۶/۲±۳/۴	۵/۵±۲/۰	۰.۰۶
رفتارهای تکانه‌ای	۱۱/۰±۳/۰	۹/۸±۲/۰	۰.۰۰۹
اضطراب	۷/۳±۲/۰	۷/۵±۲/۰	۰.۰۱
بیش‌فعالی	۲۶/۰±۶/۰	۲۱/۰±۶/۰	۰.۰۰۸
سلوک	۱۸/۵±۲/۰	۱۸/۵±۴/۶	0.6
شاهد یادگیری	۸/۷±۲/۰	۸/۸±۲/۳	0.3
علائم جسمی-روانی	۵/۵±۰/۹	۵/۴±۱/۰	0.2
رفتارهای تکانه‌ای	۱۱/۰±۲/۰	۱۱/۳±۲/۰	0.1
اضطراب	۷/۵±۲/۴	۷/۸±۲/۰	0.1
بیش‌فعالی	۲۳/۶±۵/۰	۲۳/۷±۴/۰	0.04

جدول ۲ میانگین نمرات آزمون بررسی شیوه‌های فرزندپروری در آزمون قبل و دو ماه پس از مداخله را در والدین در گروه‌های آموزش رو در رو و آموزش چندرسانه‌ای نشان می‌دهد که در

### جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر حسب شیوه‌های فرزندپروری در مادران

شیوه‌ی فرزندپروری	تعداد	میانگین نمره‌ی پیش‌آزمون+انحراف معیار	میانگین نمره‌ی پس‌آزمون+انحراف معیار	P
روش سهل‌انگارانه	۱۵	۲/۴±۰/۴۸	۲/۵±۰/۴۳	۰/۲
آموزش چندرسانه‌ای	۱۵	۲/۶±۰/۵۳	۲/۶±۰/۵۴	۰/۷
روش استبدادی	۱۵	۲/۵±۰/۳۷	۲/۴±۰/۴۵	۰/۵
آموزش چندرسانه‌ای	۱۵	۲/۴±۰/۶۳	۲/۹±۰/۶۲	۰/۴
مهارت‌های قاطعانه	۱۵	۴/۱±۰/۳۲	۴/۱±۰/۲۸	۰/۸
آموزش چندرسانه‌ای	۱۵	۳/۸±۰/۴۱	۳/۸±۰/۳۷	۰/۶

\*بررسی تفاوت نمره با آزمون تی زوجی

نماید (۴-۱). در مطالعه‌ی حاضر اثرات مثبت آموزش بر رفتارهای کودکان دچار اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مشاهده شد. مطالعات دیگر نیز تاثیر مثبت M-PMT را در درمان اختلالات رفتاری، خلقی و تکاملی و خودتنظیمی کودکان ذکر نموده‌اند (۱۷-۱۲). هم‌چنین مطالعات در آموزش فرزندپروری با روش M-PMT در والدین کودکان پیش‌دبستانی و سنین بالاتر، تاثیر مثبت آن را در ارتباط کودک و والد و کاهش مشکلات احساسی کودکان ذکر نموده‌اند (۲۴-۱۸)، حتی اثرات مثبت برنامه‌های تلویزیونی مبتنی بر هدف در آموزش والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودکان عنوان شده‌اند (۲۰).

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که روش M-PMT بر بهبود رفتار تکانه‌ای و اضطراب کودکان موثرتر از آموزش PMT است و برای کودکانی که مشکل اصلی آن‌ها این مسایل می‌باشد، روش مناسب‌تری است. بر اساس نتایج، اثر مداخله‌ی PMT در کاهش بیش‌فعالی بهتر از M-PMT بوده است. هم‌چنین نتایج مطالعه نشان داد که با وجود آنکه مداخله در برخی حیطه‌ها بر نتایج رفتاری کودکان تاثیر داشته است اما بر شیوه‌های فرزندپروری والدین تاثیری نداشته است. عدم تاثیر کلی بر نگرش والدین می‌تواند به دلیل مدت کوتاه مداخله باشد و این امکان وجود دارد که تاثیر آن با مرور زمان کاهش یابد، لذا این مسئله نیاز به آموزش مستمر و پایش رفتار والدین را در بالین مطرح کرده و به تداوم ارتباط پزشک، بیمار و اولیای او تاکید می‌نماید.

هم‌چنین به نظر می‌رسد مدت زمان مداخله برای مشاهده تغییرات فرزندپروری به اندازه‌ی کافی نبوده است و امکان دارد در صورتی که مدت آموزش طولانی‌تر باشد نتایج بهتری در کاهش علائم آزمون کانرز مشاهده گردد. این مطلب از محدودیت‌های پژوهش بوده که بهتر است در مطالعات بعدی لحاظ گردد.

این مطالعه نیازمند تلاش زیاد برای مشارکت مادران در کلاس‌های آموزشی بود که این خود دلیلی بر اولویت روش-های چندرسانه‌ای برای بعضی از خانواده‌ها است، به علاوه در

اغلب تحقیقات نشان از تاثیر شیوه‌ی فرزندپروری والدین بر اخلاق، رفتار، شخصیت و عملکرد بعدی فرزندان دارند. ویژگی‌های والدین به صورت هم‌زمان و طولی با سلامت روانی فرزند همبستگی داشته‌اند (۲۰) و تاثیر حمایت‌های اولیه بر سازگاری کودکان در مدرسه نشان داده است که حمایت‌کنندگی والدین موجب سازگاری بهتر در رابطه با مشکلاتی هم‌چون مشکلات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی و عملکرد تحصیلی کودکان می‌گردد (۴). هم‌چنین شیوه‌های انضباطی سخت‌گیرانه‌ی مادران هیجان‌های منفی و اجتماعی بودن پایین کودکان را توسعه می‌دهد (۴،۳).

مداخلات آموزشی می‌توانند موجب تغییر روش‌های فرزندپروری والدین، بهبود روابط، احساس کفایت والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودکان گردند (۳۵). مطالعات مختلف به بررسی شیوه‌های آموزش به والدین و بیان اثربخشی آن‌ها پرداخته‌اند مثلاً استفاده از M-PMT نتایج مطلوبی در درمان بیماران دچار اضطراب و افسردگی داشته است (۱۱-۹ و ۲۸). در دو مطالعه‌ی دیگر تاثیرات درمان شناختی با استفاده از اینترنت با اثر آموزش رو در رو مشابه ذکر شده است (۲۵،۲۶). هم‌چنین در یک مطالعه‌ی مروری در مقایسه اثربخشی آموزش‌های رایانه‌ای شناخت‌درمانی با آموزش‌های رو در رو، تفاوت معنی‌دار عنوان شده است (۲۷). در مطالعه‌ی دیگری استفاده از M-PMT دارای اثر درمانی و پیشگیرانه در سطح جامعه عنوان شده است (۱۵).

در خانواده‌های مستبد، والدین نسبت به کودکان‌شان محبت و توجه کافی را نشان نداده و آن‌ها را درک نمی‌کنند، کودکان در این خانواده‌ها در خطر مشکلات روانی، اختلال یادگیری و افت تحصیلی هستند. در مقابل، فرزندان در خانواده‌هایی که به آنان محبت و توجه می‌شود با مشکلات کمتری مواجهه هستند (۵-۲). آموزش والدین برای شیوه‌ی فرزندپروری مقتدرانه و ارزش قابل شدن برای رفتار خودمختارانه و هم انضباط کودک یا به عبارتی کنترل منطقی و آزادی حساب شده، موجب می‌گردد که کودک، قوانین و اصول رفتارهای صحیح را درونی نموده و در قبال رفتار و اعمال خود احساس مسئولیت

آموزش والدین کودکان دچار مشکلات یادگیری، بیش‌فعالی، رفتار تکانه‌ای و اضطراب با شیوه‌ی چندرسانه‌ای در بهبود مشکلات کودکان موثر بود. در مقایسه دو روش چندرسانه‌ای و آموزش رو در روی والدین، روش چندرسانه‌ای در بهبود رفتارهای تکانه‌ای و اضطراب و روش آموزش رو در روی والدین در کاهش بیش‌فعالی کودکان، پاسخ بهتری داشت.

این مقطع از بررسی، فقط مادران با تحصیلات دیپلم و بالاتر وارد مطالعه شدند. به نظر می‌رسد برای تغییر ثابت‌تر در تفکر فرزندپروری لازم است زمان بیشتری برای آموزش گذاشته شود و برای انجام تکالیف والدین مقررات سخت‌تری وضع شود تا میزان تغییر در الگوهای فکری به صورت ثابت‌تری بماند.

### نتیجه‌گیری

### References

1. Khoyneshad R, Rajaei AR, Mohebe Raad T. The relationship between perceived parenting styles with female adolescent's feeling of loneliness. *Knowledge* 2008; 9(34): 75-92.
2. Lomeo CM. Identity development: The links between coping style, sibling relationships and parenting style. *Diss Abstr Int* 1999; 59: 37-45.
3. Domitrovich C, Bierman K. Parenting practices and child social adjustment: Multiple pathways of influence. *Merrill-Palmer Q* 2001; 47: 235-63.
4. Laible D, Thompson R. Mother-child conflict in toddler years: Lessons in emotion, morality, and relationships. *Child Dev* 2002; 73: 1187-203.
5. Querido J, Warner T, Edberg S. Parenting styles and child behavior in African-American families of pre-school children. *J Clin Child Psychol* 2002; 31: 272-7.
6. Wright JH, Wright AS. Computer-assisted psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1997; 6: 315-29.
7. Bowers W, Stuart S, McFarlane R, Gorman L. Use of computer-administered cognitive-behavior therapy with depressed inpatients. *Depression* 1993; 1: 294-9.
8. Wright JH, Wright AS, Salmon P, Beck AT, Kuykendall J, Goldsmith LJ, et al. Development and initial testing of a multimedia program for computer-assisted cognitive therapy. *Am J Psychother* 2002; 56: 76-86.
9. Stuhlmiller C, Tolchard B. Computer-assisted CBT for depression and anxiety: Increasing accessibility to evidence-based mental health treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2009; 47(7): 32-9.
10. Proudfoot JG. Computer-based treatment for anxiety and depression: Is it feasible? Is it effective? *Neurosci Biobehav Rev* 2004; 28(3): 353-63.
11. Matsumoto Y, Sofronoff K, Sanders MR. Investigation of the effectiveness and social validity of the triple P positive parenting program in Japanese society. *J Fam Psychol* 2010; 24(1): 87-91.
12. De Graaf I, Speetjens P, Smith F, De Wolff M, Tavecchio L. Effectiveness of the triple p positive parenting program on behavioral problems in children: A meta-analysis. *Behav Modif* 2008; 32(5): 714-35.
13. Sanders MR. Triple P-positive parenting program as a public health approach to strengthening parenting. *J Fam Psychol* 2008; 22(4): 506-17.
14. 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.
15. Sanders MR, Bor W, Morawska A. Maintenance of treatment gains: A comparison of enhanced, standard, and self-directed triple P-positive parenting program. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 35(6): 983-98.
16. Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ. Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and triple P-positive parenting program: A review and meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 35(3): 475-95.



17. Leung C, Sanders MR, Leung S, Mak R, Lau J. An outcome evaluation of the implementation of the triple P-positive parenting program in Hong Kong. *Fam Process* 2003; 42(4): 531-44.
18. 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* 2002; 30(6): 571-87.
19. Sanders MR. Triple P-positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999; 2(2): 71-90.
20. Sanders MR, Montgomery DT, Brechman-Toussaint ML. The mass media and the prevention of child behavior problems: The evaluation of a television series to promote positive outcomes for parents and their children. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41(7): 939-48.
21. Sanders MR, Markie-Dadds C, Tully LA, Bor W. The triple p-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4): 624-40.
22. Wiggins TL, Sofronoff K, Sanders MR. Pathways triple P-positive parenting program: Effects on parent-child relationships and child behavior problems. *Fam Process* 2009; 48(4): 517-30.
23. Sanders M.R. Triple P-Positive parenting program as a public health approach to strengthening parenting. *J Fam Psychol* 2008; 22(4): 506-17.
24. Nowak C, Heinrichs NA. Comprehensive meta-analysis of triple P-positive parenting program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2008; 11(3): 114-44.
25. Sanders M, Calam R, Durand M, Liversidge T, Carmont SA. Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the triple P-positive parenting program? *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(9): 924-32.
26. Andersson G. Using the internet to provide cognitive behavior therapy. *Behav Res Ther* 2009; 47(3): 175-80.
27. Waller R, Gilbody S. Barriers to the uptake of computerized cognitive behavioral therapy: A systematic review of the quantitative and qualitative evidence. *Psychol Med* 2009; 39(5): 705-12.
28. Anderson P, Jacobs C, Rothbaum B. Computer-supported cognitive behavioral treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychol* 2004; 60(3): 253-67.
29. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 609-21.
30. Arabi N, Shafiqhi F, Gharahkhani S. [The study prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in Iranian army families' children who live in military town Tehran in 2006]. *Journal of Army University* 2011; 3: 179-85. (Persian)
31. Ahangareanzabi A, Sharifidramadi P, Farajzadeh R. [The relationship between parenting style and adolescents aggression in Shabestar City]. *Researches of cognitive and behavioral science journal* 2011; 1: 1-8. (Persian)
32. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder, self-regulation and time; toward a more comprehensive theory. *J Dev Behav Pediatr* 1997; 16: 271-9.
33. Buri J. Parental authority questionnaire. *J Pers Assess* 1997; 57: 110-9.
34. Ghanbari S, Khanmohamadi M, Khodapanahi M, Mazaheri A, Gholamali Lavasani M. [Study of psychometric properties of preschool anxiety scale]. *Journal of psychology* 2011; 15: 222-34. (Persian)
35. Moharreri F, Soltanifar A, Khalesi H, Eslami N. [The Evaluation of Efficacy of the Positive Parenting for Parents in Order Improvement of Relationship with Their Adolescents]. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2012; 55:116-123. (Persian)