

اثر بخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر بهبود فرزندپروری مادران کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۴

امین نجاتی*، رقیه موسوی**، رسول روشن چلسی***، جواد محمودی قرائی****

چکیده

مقدمه: تحقیقات نشان داده اند که تعاملات والدین و فرزندان و به طور کلی خانواده، نقش بسزایی در شکل گیری و تشدید آسیب پذیری رفتاری - عاطفی کودکان ایفا می کند. یکی از عناصر مهم در سیستم خانواده، شیوه های فرزندپروری می باشد که والدین از این طریق می توانند بر تحول کودک اثر بگذارند. پژوهش حاضر اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر الگوهای انضباطی فرزندپروری مادران کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه را مورد پژوهش قرار داده است.

روش: در پژوهش نیمه تجربی براساس طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه مداخله نما، از میان جامعه آماری (۶۹ زوج مادر-کودک مبتلا به بیش فعالی - کمبود توجه) ۳۰ زوج به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و مداخله نما جایگزین شدند. آزمودنی های گروه آزمایش و مداخله نما در ۲ مرحله از طریق پرسشنامه فرزندپروری آرنولد مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی معناداری آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته های تحقیق گویای کاهش (بهبود) معنادار آماری الگوهای انضباطی ناکارآمد و تغییر فرزندپروری مادران (به جز اهمال کاری) گروه آزمایش یا مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک در مقایسه با گروه مداخله نما می باشد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش حاضر و نیز در نظر گرفتن پژوهش های قبلی می توان چنین نتیجه گرفت؛ که این مداخلات، در اصلاح الگوهای فرزندپروری مادران ایرانی کودکان مبتلا به بیش فعالی - کمبود توجه دارای امتیازاتی می باشد. **واژه های کلیدی:** مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک، فرزندپروری، اختلال بیش فعالی - کمبود توجه

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

فقد روحیه اکتشاف هستند و از برخورد با مسئولیت طفره می روند و کمتر از آنهایی که والدین اقتدارگرا دارند سازگاری نشان می دهند [۲،۷]. در پژوهشی مشخص شد که بین فرزندپروری سخت و انضباط خشن مانند تنبیه بدنی با مشکلات رفتاری و رفتارهای برون ریزی شده فرزندان رابطه وجود دارد [۱]. والدینی که شیوه فرزندپروری سهل گیرانه دارند معمولاً دستورهای متناقض را اعمال می کنند؛ کمتر از کنترل آشکار و واضح بر رفتار فرزندشان استفاده می کنند، حداقل تلاش را برای تربیت فرزندان خود به کار می گیرند و اجازه می دهند فرزندان خود به تنهایی تصمیم بگیرند و هر کاری را هر وقت بخواهند انجام می دهند، به عبارتی بیش از حد اهمال کارند، این والدین از سخت گیری پایین، حداقل انتظارات، پاسخگویی و صمیمیت زیاد برخوردارند [۲، ۵، ۸، ۹، ۱۰]. این در حالی است که در موارد محدودی هم که اقدام به مطیع سازی فرزندان می کنند با استفاده بیش از حد از ابزار کلام و یا به عبارتی پرگویی؛ نا موفق عمل می کنند [۱۱]. والدین مقتدر واقعیت ها و بینش های شناختی را به کودکان منتقل می سازند و تمایل بیشتری برای پذیرش دلایل کودک در رد یک رهنمود از خود نشان می دهند. این والدین سخنوران خوبی هستند و اغلب برای مطیع سازی از استدلال و منطق بهره می جویند و نیز به منظور توافق با کودک از ارتباط کلامی استفاده می کنند و الگوهای انضباطی ناکارآمد در آنها به حداقل می رسد [۱۲]. تعاملات والد - کودک اغلب تحت تأثیر عوامل بسیاری قرار دارد که شامل ناپایداری هیجانی، اختلالات رفتاری، تعارضات والد- کودک و سبک های والدگری است [۱۳]. الگوهای نامنظم رفتاری والدین می تواند اثر هر گونه مداخله ای بر کودکان را خنثی کند [۱۴]. مطالعات قبلی نشان داده است که سبک های والدگری ممکن است به بدتر شدن نشانگان اختلال نقص توجه- بیش فعالی منجر شود [۱۵].

اختلال نقص توجه- بیش فعالی از جمله بحث انگیزترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی است که مطالعات متعددی را به خود اختصاص داده است. این اختلال که یکی از رایج ترین اختلالات سلامت روانی تشخیص داده شده دوران کودکی است بیش از هر اختلال دیگری، کودکان را به مراکز بهداشت روانی می کشاند [۶] کودکان

ملاحظه ادبیات پژوهشی، نشانگر اهمیت محیط ابتدایی رشد کودک، بالاخص خانواده می باشد که تحقیقات در این زمینه بر نقش فعال رفتار والدینی، شیوه فرزندپروری و سبک های دلبستگی والدین با کودکان تاکید داشته و عوامل ذکر شده را از عوامل تاثیر گذار بر پیدایش، افزایش و یا تعدیل بدررفتاری کودکان می دانند [۱،۲،۳،۴]. بامریند سبک فرزندپروری را به عنوان رابطه والد- کودک تعریف می کند و عقیده دارد که فرزندان در رشد خودشان از طریق تاثیر بر والدین شان سهیم اند. میکوبی^۱ و مارتین^۲ با ترکیب رویکرد بامریند با تعاریف قبلی، سبک های فرزندپروری را به عنوان تابع دو بعدی در نظر گرفتند که یک بعد آن پاسخگو بودن و بعد دیگر آن متوقع بودن می باشد [۵]. یافته های بامریند نشان داد که کودکانی که والدین اقتدارگرا داشتند، از رشد خوبی برخوردار بودند و حالت سرزندگی و شادابی بیشتری داشتند و در تسلط به تکالیف جدید اعتماد به نفس و خود کنترلی بالایی داشتند و کمتر رفتارهای نقش جنسیتی غالبی یا سنتی از خود نشان می دادند. والدینی که سبک سلطه جویانه را به کار می برند متوقع هستند اما همنوایی آنان به قدری است که وقتی فرزندان تمایل به اطلاعات ندارند نسبت به آنان بی علاقگی نشان می دهند و حتی گاهی آنان را طرد می کنند. برخورد والدین را می توان در این جمله نشان داد که: « این کار را انجام بده چون من اینطور می گویم». که در نتیجه تبادل و ارتباط کمی با فرزندان خود دارند و از فرزندان خود انتظار دارند بدون پرسش حرف بزرگترها را قبول کنند. پر واضح است که چون سبک سلطه جو براساس خواسته های دلخواه والدین است؛ یک جانبه قوانین را اعمال می کنند و شامل تهدید و نکوهش با حداقل حمایت عاطفی و مهرورزی می باشد، خودبیانی و استقلال فرزندان سرکوب می شود [۶، ۷]. بامریند به این نتیجه رسید که فرزندان والدین سلطه جو، مضطرب گوشه گیر و ناشاد هستند. این کودکان در تعامل با همسالان در صورت ناکامی خصومت نشان می دهند. بخصوص پسرها عصبانیت و مبارزه طلبی بالایی دارند. دخترها وابسته و

1- Maccoby, E. E.

2- Martin, J. A.

جانستون و فریمن در مطالعه ای درباره نگرش ها و واکنش های والدین نسبت به رفتار کودکان دریافته اند که والدین کودکان مبتلا به ADHD در مقایسه با کودکان سالم؛ علت بیش فعالی، بی توجهی و رفتارهای نافرمانی مقابله جویانه کودک را بیشتر ذاتی دانسته و این علائم را ثابت پنداشته و قدرت کودک را در کنترل علائم را کم ارزیابی می کنند [۹]. مطالعه ادوار و همکاران نیز نشان داد که والدین و نوجوانان مبتلا به ADHD و ODD، در مقایسه با گروه کنترل، کشمکش خانوادگی بیشتری را تجربه کرده، خشم بیشتری نسبت به یکدیگر آشکار ساخته و از روش های خشونت آمیز منفی تری بر علیه هم استفاده می کنند [۱۹]. همچنین تحقیقاتی که توسط تالماج و بارکلی و بفر و بارکلی صورت گرفته، نیز نشان دادند که والدین کودکان بیش فعال نسبت به والدین کودکان عادی کنترل بیشتر و رفتار مستقیم تر نشان می دهند، به نظر می آید که این اشکال در نحوه برخورد مثبت، رفتارهای منفی کودک را افزایش می دهد [۲۰]. این چرخه جبری ممکن است به دنبال هم تکرار شود به طوری که والدین کودک به صورت متقابل رفتارهای منفی همدیگر را تشدید کنند که هم به افزایش اضطراب و هم به اثرات تخریب بر کارکرد والدین و کودک منجر شود. مطالعات متعدد ترکیب حمایت و کنترل زیاد والدین به ویژه مادران را با سطوح بالای اختلالات برون ریزی شده و مشکلات رفتاری همراه یافتند. [۱، ۳، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶] خوشبختانه اکثریت والدین از بی فایده بودن نحوه برخوردشان با کودک آگاه هستند و مشتاق آموختن مهارت های جدید می باشند [۲۷]. محققان برقراری محیطی گرم و صمیمی در خانواده و رابطه محبت آمیز بین والدین و فرزندان را عاملی در جهت کاهش پرخاشگری و بدرفتاری کودکان می دانند [۲۸]. والدین بایستی آگاه شوند که علی رغم همه مشکلات موجود، همه این کودکان با تکالیف نرمال رشد و بالندگی از جمله ایجاد احترام به نفس و یافتن احساس تسلط مواجه هستند [۳].

و نوجوانانی که دارای این تشخیص هستند ممکن است گستره ای از نشانه ها را داشته باشند که بر این اساس، مطابق ملاک هایی که در حال حاضر استفاده می شود (پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5))، سه نوع فرعی برای این اختلال وجود دارد: نوع عمدتا بی توجه، نوع عمدتا بیش فعال - تکانشگر و نوع مرکب [۱۶]. به ادعا ترنر اداره رفتارهای کودکان نقص توجه - بیش فعالی بسیار سخت تر از کودکان غیرمبتلا به این اختلال می باشد و به حوصله، مهارت و توانایی های کافی در زمینه ی فرزندپروری نیاز دارد. تعامل بین کودکان با اختلال نقص توجه - بیش فعالی با والدینشان، موضوع بسیار مهمی است که نباید مورد غفلت پژوهشگران و درمانگران قرار بگیرد. بررسی تعاملات این کودکان با والدینشان، نشان داده که آنها بیشتر از کودکان غیر مبتلا، از طرف والدین دستورهایی دریافت می کردند و همچنین سرزنش و توبیخ می شدند و در روابط بین این کودکان و والدینشان، فشار روانی، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کمتر وجود دارد [۹، ۱۷]. والدین این کودکان بیشتر وقت خود را به نظم بخشیدن به این کودکان صرف می کنند و دیگر فرصتی برای ابراز صمیمیت و تعمیق تعاملات زناشویی ندارند و این خود باعث خستگی، بی حوصلگی و افسردگی والدین به ویژه مادر، کاهش کارایی خانواده و در نتیجه تشدید اختلال رفتاری کودک می شود [۳، ۹]. هر چقدر خانواده ها از مهارت های بیشتری در زمینه ی فرزندپروری برخوردار شوند و آموزش های لازم را دریافت کنند توانایی شان در اداره ی رفتارهای کودکان شان افزایش می یابد [۱۸]. در این خانواده ها، اغلب در زمینه کنترل موفق رفتار کودک با مشکل مواجه هستند [۱۸]. بدین ترتیب روابط والدین با کودک مبتلا به ADHD اغلب منفی و مملو از ناکامی و محرومیت است. البته این ضرورتا به این معنی نیست که والدین از مهارت های فرزندپروری بی بهره اند، چرا که روابط آنها با سایر خواهران و برادرانی که مبتلا به ADHD نیستند، مناسب تر و مثبت تر است؛ بنابراین ممکن است این کودکان مبتلا به ADHD باشند که نیازمند مهارت های فرزندپروری خاص هستند [۶].

کنند، این مدل بر آنچه کودک توانایی تبدیل شدن به آن را دارد تاکید می‌ورزد نه آنچه قبلاً انجام داده است [۳۰]. کارایی و اثربخشی این مداخلات در طی پژوهش‌های بین فرهنگی متعددی گزارش شده است [۱، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶]. بررسی امیری و همکاران [۳۷] نشان داد آموزش والدین براساس رویکرد CPRT در طی ده جلسه، مشکلات برون‌ریزی ناکارآمد کودکان آنان را بهبود دهد. پرنیا [۳۸] در آموزش ۱۰ جلسه‌ای CPRT به والدین تحت درمان با نگهدارنده با متادون که مشکلات پرخاشگری در فرزندان شان نموده بیشتر داشت نشان داد که این مداخله موجب کاهش نشانگان پرخاشگری در حیطه فیزیکی، کلامی و ارتباطی این کودکان شده است. پیمان‌نیا، شریفی و علیلو [۳۹] با اجرای آموزش CPRT طی ۱۰ جلسه ۷۰ روزه مادران کودکان مبتلا به اختلالات سلوک نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های ارائه شده براساس این رویکرد در جلسات درمانی به مادران، از قبیل گوش دادن انعکاسی، محدودیت گذاری درمانی، شناسایی و پاسخ دهی به احساسات کودکان، بازی درمانی کودک محور و نیز حق انتخاب به کودکان از سوی مادران، سبب کاهش علائم و نشانه‌های مرضی اختلال سلوک در کودکان مبتلا می‌شود. همچنین، پژوهش‌هایی به طور ویژه بر مکانیسم اثر این نوع مداخلات در بهبود رابطه والد و کودک، پذیرش والدینی و کارآمدی والدینی نشان داده شده است که نتیجه افزایش دانش و اطلاعات و نیز اعتماد به نفس والدین در فرزندپروری بوده است؛ این مطالعات با سنجش کیفی متغیرهای پژوهش، نتایج مداخلات خود را تحت عناوین «افزایش صمیمیت و همدلی، بهبود رابطه و اعتماد در رابطه والد-کودک»، «تغییر شیوه فرزندپروری»، «کاهش استرس والدینی» و «بهبود مشکلات رفتاری کودکان» گزارش نمودند [۱۱، ۲۴، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳]. به نظر می‌رسد این درمان قابلیت آن را دارد که به عنوان مداخله‌ای مؤثر در شیوه‌های رفتار والدینی به کار گرفته شود. بررسی کارنت و براتون [۴۴] نشان داد که CPRT موجب بهبود کارکردهای خانواده در زمینه انطباق، انسجام و روابط درونی خانواده می‌شود. بررسی کارنس-هالت و براتون [۴۵] نشان داد که آموزش CPRT می‌تواند موجب بهبود سبک

امروزه، پژوهشگران بازی درمانی را به عنوان شکلی از درمان متناسب با رشد و تحول کودک می‌دانند. طبق نظر پیازه کودکان تا قبل از سن یازده سالگی توانایی شناختی برای تفکر انتزاعی را ندارند و تجربیات خود را در بازی نشان می‌دهند [۱]. مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک متمرکز بر بهبود رابطه والد و کودک از طریق بازی بوده و بر این فرض استوار است که بهبود این رابطه موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک گردیده و سلامت روان والد و کودک را تضمین می‌کند [۲۹]. لندرت روش خاصی از آموزش والدینی^۱ را با نام مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک^۲ CPRT معرفی کرد که در پژوهش حاضر نیز از این روش CPRT استفاده شده است و در سطور آتی به شرح بیشتری از ویژگی‌های خاص آن می‌پردازیم. بر طبق این دستورالعمل درمانی که توسط لندرت^۳ و براتون^۴ مطرح گردید والدین، به عنوان عامل درمانی به جای مشاور، در جلسات درمانی می‌آموزند که چگونه محیطی گرم و صمیمی در خانه ایجاد نموده، رابطه‌ای غیر قضاوتی، نامشروط و اصیل با فرزند خود برقرار کرده، و از این طریق باعث ایجاد احساس ایمنی در کودک خود گردند. بکارگیری این مهارت‌ها توسط والدین در بازی با کودکان موجب رشد منبع کنترل درونی کودکان می‌گردد [۳۰].

یکی از جنبه‌های خاص درمان این است که به جای تاکید بر تغییر رفتار کودک، ادراک کودک در مورد والدین و رابطه والد کودک تغییر کند. در این رویکرد، رفتار به عنوان عملکرد ادراک ملاحظه می‌شود. بنابراین، تغییر در ادراک باعث تغییر در رفتار خواهد گردید. همچنین گروهی بودن جلسات باعث تسهیل شکستن موانع دفاعی و انزوای والدین می‌گردد [۳۱]. از دیگر ویژگی‌های اصلی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک این است که آموزش‌های آن متمرکز بر آینده است. به علاوه، درحالی‌که اغلب مدل‌های آموزش والدین ریشه در روابط و رخداد‌های گذشته داشته و بر تصحیح رفتار گذشته کودک تاکید می‌کند

-
- 1- Filial Therapy
 - 2- Child Parent Relationship therapy (training) CPRT
 - 3- Landerth
 - 4- Bratton

جایگزین شدند. حجم نمونه در این پژوهش، با احتساب افت آزمودنی، دسترسی کم به کودکان و مادران (مطابق معیارهای ورود به طرح) و محدودیت های زمانی برای اجرای پژوهش تعیین گردیده است. بررسی مقدماتی مقایسه دو گروه از همسانی در ویژگی های نظیر توزیع جنسیت کودک، میانگین سن مادران و پدران، وضعیت شغلی و تحصیلی پدران، نوع و ترکیب داروی کودکان حکایت داشت و فقط در وضعیت شغلی مادران و درآمد خانواده در دو گروه تفاوت مشاهده شد. آماره های توصیفی گروه های نمونه در زیر مؤلفه های آزمون فرزندپروری آرنولد مقیاس فرزندپروری در جدول ۲ درج شده است. از گروه آزمایش ۳ عضو که بیش از یک جلسه غیبت داشتند، حذف شدند. همچنین از گروه مداخله نما نیز ۲ نفر در زمان اجرای پس آزمون در انتهای طرح حاضر نشدند در نتیجه از نمونه حذف شدند.

ابزار

۱- بسته آموزشی ۱۰ جلسه ای CPRT: مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک یک برنامه ۱۰ جلسه ای خاص والدین است که از طریق استفاده از زمان های بازی ۳۰ دقیقه ای هفته ای یک بار می تواند رابطه والد را با کودک تقویت نماید [۳۰]. این شیوه ترکیبی از بازی درمانی و رویکردهای آموزش والدین است؛ با این تفاوت که متمرکز بر رابطه والد-کودک بوده، و عمدتاً از تکنیک های بازی درمانی کودک محور استفاده می کند. والدین تحت نظارت یک متخصص آموزش دیده، تکنیک های بازی درمانی کودک محور توسط مجموعه خاص از اسباب بازی ها را در منزل استفاده و اجرا می کنند. خلاصه محتوای جلسات آموزشی CPRT در جدول ۱ ذکر گردیده است.

۲- چک لیست رفتاری کودکان، فرم والدین (CBCL): سنجش مبتنی بر تجربه آنباخ^۱ ASEBA یک مدل چند محوری است که چهارچوبی برای سازماندهی و یکپارچه سازی داده های تجربی حاصل از منابع اطلاعاتی مختلف فراهم می آورد. در روش نمره گذاری بر اساس نظام مبتنی بر DSM، اختلالات یا مشکلات زیر مورد سنجش قرار می گیرند: مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات

ناسازگارانه کودکان با والدین آنها می شود. در بررسی امیری و همکاران [۴۶] در زمینه کارآمدی همزمان CPRT بر روی سبک والدگری و مشکلات رفتاری فرزندان بیانگر آن بود که این مداخله علاوه بر آنکه رفتارهای برون ریزی و درونی ریزی کودکان را کاهش داده موجب بهبود سبک والدگری نیز شده است.

با توجه به مباحث مطرح شده، این پژوهش از چند جهت می تواند حائز اهمیت باشد: از لحاظ نظری نتایج بدست آمده از این پژوهش، ضمن پیوند با بدنه علمی، در جهت گسترش و بسط نظریه های علمی در این زمینه مفید خواهد بود. از لحاظ عملی، با توجه به اینکه کودکان مبتلا به ADHD و خانواده آنها، با مشکلات زیادی مواجه بوده؛ رابطه والدین با کودک مبتلا و همچنین رابطه والدین با یکدیگر آسیب می بیند، آموزش ها می تواند منجر به بهبود رابطه والدین با کودک و به طور غیرمستقیم بهبود رابطه والدین با یکدیگر و با سایر اعضا خانواده که به نوعی با بهبود فرزندپروری والدین در ارتباط است، گردد. علاوه بر این می توان از این برنامه آموزشی در سطح جامعه برای رفع ضعف مهارت های فرزندپروری والدین و در راستای برنامه های پیشگیرانه استفاده کرد.

از طرف دیگر اینکه مبانی نظری CPRT به گونه ای است که عامل فرهنگ نقش پر رنگی را در شیوه های مداخلات روانشناختی خواهد داشت، و در نهایت با توجه به شیوع نسبتاً بالای ابتلا به ADHD کودکان در کشور، برای پژوهشگر این مسئله مطرح می شود که آیا مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD، می تواند باعث بهبود الگوهای انضباطی (فرزندپروری) مادران گردد؟

روش

طرح پژوهش: این پژوهش یک پژوهش نیمه تجربی براساس طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه مداخله نما می باشد.

آزمودنی ها: جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل ۶۹ زوج مادر و کودک مراجعه کننده به درمانگاه مرکز طبی کودکان و کلینیک های ونک و نیکان (طی بازه زمانی دوماهه) بوده است. ۳۰ زوج مادر و کودک به صورت تصادفی به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب و در دو گروه به صورت تصادفی

پایایی مقیاس فرزندپروری آرنولد از روش تصنیف (دو نیمه کردن) استفاده شد. بدین صورت که آزمون روی والدین شرکت کننده در پژوهش حاضر اجرا و سپس سوالات به صورت فرد و زوج به دو نیمه تقسیم شد و ابتدا ضریب همبستگی پیرسون و سپس پایایی محاسبه گردید. که ضریب پایایی این آزمون در سه بعد اهمال کاری، واکنش بیش از حد و پرگویی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ بدست آمده است. همچنین ضریب پایایی این ابعاد به وسیله ی آلفای کراباخ که به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۳ و ۰/۸۱ به دست آمده است و لذا ضرایب نشان می دهد که ابزار مورد استفاده از پایایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار است.

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش معیارهای ورود به طرح پژوهشی عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به ADHD براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR با تشخیص بالینی فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان و روانشناس بالینی و تایید توسط آزمون با روایی و اعتبار مناسب چک لیست رفتاری کودکان فرم والدین^۵ (کسب نمره بالاتر از نقطه برش $T < 63$ صرفاً در خرده مقیاس بیش فعالی- تکانشگری)، محدوده سنی ۸-۱۱ سال برای کودک و ۲۰-۴۵ سال (حداقل تحصیلات مادر دیپلم) برای مادران، تثبیت نوع و دوز دارو (رتالین، ریتالین/ ریسپیریدون، و یا آدرال) حداقل به مدت یک ماه قبل از شروع طرح به عنوان خط پایه، رتبه فرزندی اول، دوم و حداکثر سوم کودک، موافقت کتبی مادران برای شرکت آگاهانه و متعهدانه در طرح پژوهشی، زندگی مشترک پدر و مادر واقعی در کنار هم و عدم شرکت در یک دوره آموزشی یا درمانی دیگر به طور همزمان به منظور رفع مشکلات رفتاری کودک.

پرسشنامه فرزندپروری با کمک فرد روانشناس غیر از محقق و درمانگران این پژوهش؛ توسط مادران گروه های آزمایش و کنترل و دو هفته پس از پایان مداخلات تکمیل شد تا بدین وسیله از سوگیری های احتمالی محققین در ارزیابی نتایج درمانی جلوگیری به عمل آید. مادران بعد از ارائه توضیح شفاهی در مورد پژوهش، با اخذ رضایت کتبی به طرح وارد شدند. نام آزمودنی ها محفوظ ماند و اطلاعات

روان تنی، مشکلات بیش فعالی / کمبود توجه، مشکلات رفتار مقابله ای و مشکلات سلوک [۴۷]. بطور خلاصه بنا به گزارش مینایی نتایج حاصل از بررسی ویژگی های روان سنجی فرمهای سن مدرسه ASEBA حاکی از معتبر و روا بودن و پایایی قابل قبول این ابزار است و کاربران می توانند با اطمینان خاطر از آنها استفاده کنند [۴۸]. ضرایب آلفای مقیاس های نشانگانی مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM هر سه فرم اکثراً در سطح مطلوب و رضایت بخش قرار دارد و برای فرم CBCL، ۰/۹۲ می باشد [۴۱]. در انطباق و هنجاریابی فرم های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه ضرایب همسانی درونی مقیاس های مشکلات شایستگی فرم والدین به تفکیک سن و جنس در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۵ نوسان داشته است. در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۳- مقیاس فرزندپروری آرنولد: این پرسشنامه دارای ۳۰ عبارت می باشد که با پاسخ به آن، بهترین توصیف از شیوه فرزندپروری در طی دو ماه گذشته به صورت خود سنجی توسط خود والدین به دست می آید؛ این پرسشنامه سه الگوی انضباطی ناکارآمد والدین را می سنجد. این مقیاس شامل ۳ عامل اصلی است چنان که، نمرات پایین نشان دهنده فرزندپروری مطلوب و نمرات بالا بیانگر فرزندپروری ناکارآمد هستند در این پرسشنامه منظور از اهمال کاری (LX)^۲، شیوه تربیتی سهل انگارانه، منظور از واکنش بیش از حد (OR)^۳، شیوه تربیتی مستبدانه توأم با ابراز خشم، پرخاشگری و عدم ابراز مهر و محبت و بالاخره، منظور از پرگویی (VB)^۴ توضیح های بیش از اندازه طولانی و یا تکیه بیش از حد بر حرف زدن با کودک می باشد [۴۰]. این مقیاس از ثبات داخلی کافی برای نمره کل ($\alpha = 0/84$)، عامل اهمال کاری ($\alpha = 0/83$)، عامل واکنش بیش از حد ($\alpha = 0/82$) و پرگویی ($\alpha = 0/63$) و نیز پایایی مطلوب به شیوه آزمون آزمون-آزمون مجدد (به ترتیب عوامل ذکر شده ۰/۷۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ و $r = 0/84$) برخوردار است و همچنین اعتبار محتوای این پرسشنامه رضایت بخش توصیف شده است [۴۹]. در این پژوهش جهت سنجش

- 1- Parenting scale
- 2- Laxness
- 3- Over reactivity
- 4- verbosity

5- Child Behavior Checklist (CBCL)

مندرج در پرسشنامه ها از طریق کدگذاری استفاده شد. سپس مادران گروه آزمایش در جلسات آموزشی CPRT در ۱۰ جلسه گروهی ۲ ساعته در مدت ۱۰ هفته در قالب دو گروه ۸ و ۷ شرکت کردند. محتوای جلسات با توجه به کتابچه راهنما اجرا گردید (جدول ۱).

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات آموزشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه کودک - والد CPRT

جلسه اول	بیان موضوعات پایه از قبیل: تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندانشان
جلسه دوم	معرفی و ارائه مجموعه اسباب بازی‌های مورد نیاز برای جلسات بازی و شرح منطق استفاده از هر یک از آنها
جلسه سوم	معرفی بایدها و نبایدهای جلسات بازی
جلسه چهارم	اعمال سه گام محدودیت‌گذاری
جلسه پنجم	تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت‌های جلسه‌ی بازی است، مطالب جدیدی در این جلسه مطرح نمی‌شود
جلسه ششم تا نهم	هدف اولیه‌ی درمانگر در برخورد با والدین، تقویت و ایجاد احساس کارآمدی آنها، از طرق ایجاد حس عزت نفس و اعتماد به نفس است و هدف اولیه‌ی والدین این است که به صورتی فعالانه به کودک‌شان پاسخ دهند تا عزت نفس کودک تقویت شود.
جلسه دهم	هدایت، ارزیابی و پیگیری جلسات بازی و مهارت‌های والدین در این زمینه

کوواریانس استفاده شد. بعد از بررسی و تأیید نرمال بودن متغیرهای پژوهش، به منظور رعایت شرط همگنی ماتریس واریانس/کوواریانس و مفروضه همگنی واریانس از آزمون لوین و ام باکس به ترتیب استفاده شد. براساس آزمون ام باکس که برای هیچ از متغیرهای معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است ($F=0/879$, $p=0/401$, $F=0/810$, BOX). نتایج آزمون لوین حاکی از عدم معناداری آن برای متغیرهای فرزند پروری در بعد اهمال کاری ($P=0/959$, $P=0/003$ ، $F=0/258$ ، $P=0/616$) و عدم معناداری آن برای بعد واکنش بیش از حد ($P=0/57$ ، $F=3/81$) بود. به عبارت دیگر از مفروضه یکسانی واریانس تخطی نشده است. در جدول ۳، تحلیل کوواریانس گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون ارایه شده است. در این تحلیل، متغیر پیش آزمون به دلیل همبستگی با پس آزمون کنترل شده است. با توجه به جدول ۲، گروه اثر معنی داری بر نمرات پس آزمون داشته است ($P=0/002$ و $F=26/553$). بنابراین در پاسخ به سؤال پژوهش مبنی بر این که آیا مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD، تأثیری بر بهبود الگوهای انضباطی (فرزندپروری) مادران دارد پاسخ مثبت است و می توان گفت که با در نظر گرفتن مجذور اتا

نمایش و ایفای نقش این مهارت ها و انجام بحث گروهی در جلسات آموزشی والدین و انجام جلسات بازی مادران با کودک همراه با رعایت مهارت های آموخته شده بود. تکالیف خانگی مادران در هر جلسه شامل انجام این مهارت ها و گزارش یا ارائه فیلم ضبط شده آنها از بازی با کودک در منزل بازمینی می شد تا بدین صورت درمانگر و سایر اعضای گروه بازخوردهای اصلاحی خود را ارائه دادند. در پایان دوره مجددا پرسشنامه مذکور ، در اختیار مادران گروه آزمایش و همچنین گروه مداخله نما، که در طی زمان ۱۰ هفته اجرا مداخلات گروه آزمایش ، تحت ۴ جلسه آموزش با محتوای غیرمربوط (مباحث تغذیه) قرار گرفته بودند ، قرار گرفت. در پایان دوره از دو گروه پس آزمون اخذ گردید. برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از این پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. از میانگین و انحراف معیار در سطح توصیفی و از تحلیل کوواریانس چند متغیری برای تعدیل اثر پیش آزمون به منظور مقایسه نمرات گروه ها در پس آزمون استفاده شد.

یافته‌ها

یافته های توصیفی بیانگر سن آزمودنی ها در دامنه ۸ تا ۱۱ سال با میانگین سنی $0/909 \pm 8/92$ ، سن مادران در دامنه ۲۲ تا ۳۵ سال با میانگین $3/569 \pm 30/36$ بود. ۱۸ نفر از کودکان حاضر در پژوهش پسر و ۷ نفر نیز دختر بودند. به منظور بررسی تأثیر آموزش بر فرزند پروری از تحلیل

۵۵٪ تغییرات در فرزندپروری ناشی از تأثیر برنامه مداخله در گروه آزمایش است.

جدول ۲) آماره‌های توصیفی دو گروه زیر مؤلفه‌های آزمون فرزندپروری آرنولد

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خرده‌مقیاس اهمال کاری LX	آزمایش	۳۷/۷۵	۱۱/۶۳	۳۱/۹۱	۹/۳۷
	کنترل	۳۹/۳۸	۸/۷۶	۳۶/۵۳	۹/۳۱
خرده‌مقیاس واکنش بیش از حد OR	آزمایش	۴۰/۷۵	۸/۸۵	۳۳/۰۰	۹/۱۲
	کنترل	۳۹/۰۷	۷/۳۰	۳۶/۲۳	۵/۹۱
خرده‌مقیاس پرگویی VB	آزمایش	۲۷/۳۳	۶/۰۵	۲۰/۷۵	۵/۸۷
	کنترل	۲۹/۵۳	۵/۳۹	۲۸/۶۹	۵/۷۶

اکنون به بررسی اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر الگوهای فرزندپروری مادران می‌پردازیم. شاخص‌های توصیفی الگوهای فرزندپروری مادران در دو گروه آزمایش و کنترل در موقعیت پیش از آزمون و پس از جدول ۲، ارائه شده است. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره در جدول ۳ نشان دهنده تفاوت معنی‌دار نمره کلی شیوه فرزندپروری دو گروه آزمایش و مداخله‌نما با کنترل پیش آزمون است.

جدول ۳) تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون فرزندپروری گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	منبع اثر	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F آماره	مقدار احتمال	مجذور اتا
پیش آزمون	۴۰۱۰/۷۱۸	۱	۳۰۱۰/۷۱۸	۶۸/۹۵۴	۰/۰۰۲۱	۷۵۸
گروه	۱۵۴۴/۴۵۳	۱	۱۵۴۴/۴۵۳	۲۶/۵۵۳	۰/۰۰۱۷	۵۴۷
واریانس خطا	۱۲۷۹/۶۴۱	۲۲	۵۸/۱۶۵			
واریانس کل	۲۵۲۹۴۱	۲۵				

همچنین، الگوهای فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به ADHD، در دو گروه آزمایش و مداخله‌نما در الگوهای فرزندپروری در پیش فرض‌های آماری اثر پیلایی^۱، لامبدای ویکلز^۲، اثر هاتلینگ^۳ و بزرگترین ریشه روی^۴ مورد محاسبه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴، ارائه شده است.

- 1- Pillai's trace
- 2- Wilks Lambda
- 3- Hottelling's trace
- 4- Roy's largest root

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری گروه های نمونه در زیر مؤلفه های آزمون فرزندپروری آرنولد

اثر	ارزش	F	درجه آزادی	سطح معنی داری	ضریب اتا
اثربخشی	۰/۵۸۵	۸/۴۴۸	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵
لامبدای ویلکس	۰/۴۱۵	۸/۴۴۸	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵
اثر هتلینگ	۱/۴۰۸	۸/۴۴۸	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵
بزرگترین ریشه روی	۱/۴۰۸	۸/۴۴۸	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری که در جدول ۴، آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و مداخله نما حداقل در یکی از الگوهای فرزندپروری مادران تفاوت معنی دارند. (P<۰/۰۰۱). به منظور پی بردن به این تفاوت، از آزمون آماری آنکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵، آمده است.

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری گروه های نمونه برای آزمون فرزندپروری آرنولد

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
LX آزمون پس کاری اهمال مقیاس خرده	۶۵/۵۸۶	۱	۶۵/۵۸۶	۳/۸۴۴	۰/۰۶۴	۰/۱۶۱
OR آزمون پس حد از بیش واکنش مقیاس خرده	۱۱۱/۲۶۱	۱	۱۱۱/۲۶۱	۸/۷۴۱	۰/۰۰۸	۰/۳۰۴
VB آزمون پس پرگویی مقیاس خرده	۱۸۵/۹۷۵	۱	۱۸۵/۹۷۵	۱۵/۵۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳۸

همانطور که نتایج نهایی تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول ۵، نشان می دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیرها همپراش، آموزش مداخلات گروهی CPRT بر الگوهای فرزندپروری واکنش بیش از حد (P=۰/۰۰۸ و F=۸/۷۴۱)، و الگوی فرزندپروری پرگویی (P=۰/۰۰۱۸ و F=۱۵/۵۹۳)، اثر مثبت و معنی داری داشت. درعین حال F مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در الگوی فرزندپروری مادران در بعد اهمال کاری با توجه به مقادیر مقدار احتمال ۰/۰۶۴ معنادار نمی باشد. بنابراین در پاسخ به سوالی پژوهش در خصوص اینکه آموزش رابط والد-کودک چه تأثیری بر مؤلفه های فرزندپروری کودکان مبتلا به ADHD، دارد می توان گفت که با توجه به مجذور اتا، در خرده مقیاس های فرزندپروری واکنش بیش از حد و پرگویی به ترتیب ۰/۳۰۴ و ۰/۴۳۸ تغییرات ناشی از تأثیر مداخله یا آموزش رابط والد-کودک است.

پس از آنکه نتایج این پژوهش در این مداخلات است. اگر چه مطالعات پیشین، مستقیماً تأثیر این روش را بر الگوهای انضباطی ناکارآمد و فرزندپروری مورد ارزیابی قرار نداده اند [۱۱، ۲۴، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳]؛ اما مولفه های نظیر پذیرش نامشروط، همدلی و رابطه مناسب تر والدین، صمیمیت و دلسوزی والدین، حساسیت نسبت به نیازهای کودک؛ ایجاد احساس ارزشمندی، آزادی، استقلال، توانایی و اعتماد به نفس و واگذاری مسئولیت متناسب با سن کودک و ... را مورد سنجش و مطالعه قرار داده اند. این مولفه ها به نوعی زیر بنای الگوهای فرزندپروری مثبت و کارآمد می باشند که نتایج آنها همخوان با این پژوهش بوده است. CPRT به جای تمرکز بر درک علل رفتار یا تلاش برای تحلیل نیازهای فرزند، در پی آن است که والدین مهارت های خاص را آموخته و از انتظارات مثبت برخوردار شوند. با

همانطور که نتایج نهایی تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول ۵، نشان می دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیرها همپراش، آموزش مداخلات گروهی CPRT بر الگوهای فرزندپروری واکنش بیش از حد (P=۰/۰۰۸ و F=۸/۷۴۱)، و الگوی فرزندپروری پرگویی (P=۰/۰۰۱۸ و F=۱۵/۵۹۳)، اثر مثبت و معنی داری داشت. درعین حال F مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در الگوی فرزندپروری مادران در بعد اهمال کاری با توجه به مقادیر مقدار احتمال ۰/۰۶۴ معنادار نمی باشد. بنابراین در پاسخ به سوالی پژوهش در خصوص اینکه آموزش رابط والد-کودک چه تأثیری بر مؤلفه های فرزندپروری کودکان مبتلا به ADHD، دارد می توان گفت که با توجه به مجذور اتا، در خرده مقیاس های فرزندپروری واکنش بیش از حد و پرگویی به ترتیب ۰/۳۰۴ و ۰/۴۳۸ تغییرات ناشی از تأثیر مداخله یا آموزش رابط والد-کودک است.

بحث

جدول ۵۴ نشان می دهد آموزش مداخلات گروهی CPRT به مادران کودکان مبتلا به ADHD، در بهبود و کارآمدتر شدن فرزندپروری کلی مادران و کاهش خرده

اعتماد به نفسی که والدین از اجرای موفقیت آمیز مهارت‌ها کسب می‌کنند، موجب آن خواهد شد که والدین کمتر به رویه نامطلوب گذشته ادامه داده و بیشتر در پی بهینه‌سازی الگوهای رفتاری خود با فرزندشان برآیند [۵۰]. همچنین، والدین دارای محرومیت اجتماعی، اغلب استرس‌های فرزندپروری بیشتری را تجربه می‌کنند و این باعث آن خواهد شد که دسترسی آنان به حمایت اجتماعی در فرزندپروری کاهش یابد. حمایتی که در طول جلسات والدین از جانب هم‌تایان و درمانگر دریافت می‌کند، استرس والدین را کاهش داده و احتمالاً با بهبود کیفیت روابط والد-کودک؛ با ایجاد حس خودکنترلی و بهبود سطوح تاب‌آوری والدین در برابر مشکلات رفتاری کودکان، موجب اتخاذ راهکارهای منطقی‌تری در الگوهای فرزندپروری می‌شود [۵۱]. یکی از ابتدایی‌ترین مفاهیم آموزشی که در پژوهش حاضر به خودارزیابی مناسب‌تر والدین و در نتیجه به انگیزه‌ای برای بهبود فرزندپروری منجر شده است، این باور کارآمد است که همه ما اشتباه می‌کنیم اما می‌توانیم آن را اصلاح کنیم. روشی که ما برای جبران اشتباهمان به کار می‌بریم، مهم است. براین اساس می‌توان به تعدادی از عناصر آموزشی موثر موجود در این مداخلات اشاره کرد؛ نظیر واگذاری مسئولیت و حق انتخاب مناسب با سن کودک از طریق واگذاری رهبری جلسات بازی توسط کودک، تشریح و به‌کارگیری قوانین شفاف، روشن و محدود اما قطعی و با عواقب پیش‌بینی‌پذیر، فراهم‌آوری شرایط برای درک متقابل به‌ویژه احساس کودک که به خودآگاهی کودک منجر می‌شود، ایجاد و زمینه‌سازی موقعیت تصمیم‌گیری برای کودک و ایجاد حس خودکنترلی و به‌کاربردن راهکارهای منطقی برای نافرمانی کودک از قوانین و ... که در نهایت به کاهش الگوهای ناکارآمد انضباطی، به‌همراه بهبود رابطه والد-کودک منجر شود. از دیگر ویژگی‌های کمک‌کننده این مداخلات می‌توان به، تمرکز بر آینده و القا امید در عوض تلاش در جهت اصلاح گذشته و تحلیل نیازهای احساسی کودک به جای تمرکز بر درک علل رفتار در بهبود سطح انتظارات و اعتماد به نفس والدین موثر بوده است. در این فرایند حمایت‌والد از جانب گروه والدین و تشویق درمانگر عامل تعیین‌کننده بوده است. فرایند گروهی حاکم بر روش

CPRT امری مهم در تاثیرگذاری آن است چرا که اغلب والدین، دارای کودکان دچار مشکل هستند و احساسات و هیجانات آنها در قالب گروه تعدیل و به‌گونه‌ای همدلانه انعکاس داده می‌شود در نتیجه آگاهی و بینش بیشتری کسب می‌شود. تکلیف ایفای نقش مهارت‌ها در گروه، والدین را نسبت به نقش خود آگاه‌تر می‌کنند تا بهتر بتوانند خود را جای کودکانشان بگذارند. بحث‌های گروهی و تسهیل این ارتباطات از جانب درمانگر در گروه سبب احساس تعلق و یکپارچگی بیشتر در گروه می‌شود. ارائه بازخورد در باب انجام تکلیف منزل یکی دیگر از فواید کارکرد این گروه آموزش است. پویایی این روش، در گزارشات والدین از جلسات کار در منزل و بحث‌های گروهی والدین دیده می‌شود. تاکید این روش بر تجهیز والدین به مهارت‌های ارتباطی است تا امکان درک علل و عوامل رفتارهای مشکل‌ساز کودک را فراهم آورد و روابط والد با کودک همیشه مهم‌تر از مشکلی است که ممکن است کودک داشته باشد. لذا تکنیک‌های اصلاح رفتار چندان مورد توجه نبوده و رابطه با کودک در اولویت قرار دارد. اهداف روش CPRT عمدتاً بر رابطه میان والد-کودک تمرکز دارد و خود‌درونی کودک و آن چیزی که قادر به تبدیل شدن بدان است؛ یعنی توانایی‌های بالقوه کودک، متمرکز است. رابطه میان والد-کودک می‌تواند ابزار مهمی در جهت ایجاد فرایند تغییر باشد، در نتیجه یکی از مهمترین اهداف این روش، کمک به والدین برای برقراری ارتباطی صمیمانه با کودک است؛ آن‌گونه که در بازی درمانی کودک محور دیده می‌شود. بهبود روابط والد-کودک منجر به کاهش مسائل و مشکلات فی‌مابین آنها شده و اصلاح سبک و منش رفتاری والدین در قبال کودک یا کودکان خویش (سبک‌های فرزندپروری) شده و رفتارهای مشکل‌ساز کودکان نیز بهبود می‌یابند. چگونگی احساس والدین نسبت به خود و حس کارآمدی خویش به عنوان پدر یا مادر بر تعاملات آن‌ها با فرزندانشان و به‌طور کلی بر روابط خانوادگی‌شان تاثیر بسزایی می‌گذارد. به دلیل اهمیت بازی به عنوان مهم‌ترین وسیله‌ی ارتباطی کودک می‌توان از مداخلات مبتنی بر روابط والد-کودک برای ارتقا روابط در خانواده درمانی استفاده کرد [۱۱]. آموزش CPRT به دلیل تأکید بر توجه به احساسات کودک،

ضروری و با اهمیت لازم برای توجه به کودک از طریق مهارت های انعکاسی آموخته شده در جلسات دوم الی هفتم، ضمن کاهش پراگویی و واکنش بیش از حد نسبت به کودک، در طیف مقابل از اهمال کاری و نادید گرفتن اعمال کودک نیز بکاهند؛ که نتایج نشان از عدم توفیق در مورد اخیر دارد. در تبیین این موضوع می توان بیان کرد که جهت کاهش میزان اهمال کاری نیاز به تمرین بیشتر والدین و زمان انتظار طولانی تر برای مشاهده تغییرات مورد نیاز بوده است. در عین حال نتایج حاکی از آن است که این مداخلات با هدف بهبود تمرکز در یک دوره دوماهه درمان ناکافی است که این موضوع، لزوم تداوم درمان و یا طراحی یک مداخله مناسب برای این مشکل رفتاری کودکان را یادآوری می کند. تحقیق حاضر روی مادران (کودکان با گروه سنی ۸-۱۱ سال معادل دوران دبستان) با گستره تحصیلات پراکنده و همچنین با عدم مشارکت فعال پدران صورت گرفته است، که در نتیجه تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. عدم هم‌تاسازی جنسی در طرح پژوهشی، بررسی تاثیر جنسیت و تغییرات احتمالی درمانی را مقذور نساخت. عدم غربالگری سلامت روانشناختی والدین (به ویژه از نظر ابتلا به ADHD) و عدم پیگیری نتایج درمان در فواصل متفاوت جهت رصد ثبات و یا تغییرات نتایج درمانی از دیگر محدودیت های این پژوهش بوده است که باعث کاهش اطمینان از اثربخشی این مداخلات در طول زمان می شود؛ کنترل این متغیرها در مطالعات آتی مفید فایده خواهد بود. با توجه به نتایج و محدودیتها پیشنهاد می شود پژوهشهای بعدی با رفع محدودیتهای فعلی تکرار شده و همچنین این رویکرد به طور گسترده در درمان مشکلات کودکان مبتلا به این اختلال و خانواده آنها مورد استفاده قرار گیرد. از کلیه مادران و کودکانی که در این پژوهش شرکت کرده اند قدردانی می شود و در ضمن از کلیه پرسنل های درمانگاه مرکز طبی کودکان بیمارستان امام خمینی و کیلینیک های ونک و نیکان که ما در انجام این پژوهش تحمل و یاری کردند تشکر و سپاسگزاری به عمل می آید.

احترام به کودک و تصمیمات او، واگذاری رهبری به کودک و پیروی مادر از او، بیان آزادانه احساسات، افکار و خواسته ها توسط کودک و درک و پذیرش دنیای کودک و تشویق کودک می تواند به کاهش میزان به کارگیری سبک فرزند پروری ناکارآمد منجر شود [۴۶]. به تصور محققین پژوهش حاضر، ضمن این که ایجاد محدودیت ها، به خودکنترلی و مسئولیت پذیری بیشتر کودک منجر خواهد شد، بیان آنها توسط والد تنها در مواقع نیاز و آن هم در کمتر از ۱۰ کلمه، می تواند از پراگویی و واکنش بیش از حد والد بکاهد که خود به اثرگذاری بیشتر در رفتار کودک و بهبود سبک فرزندپروری مادر منجر خواهد شد. با توجه به فراخانی کوتاه تر توجه کودکان ADHD، می توان به نقش جملات کوتاه چه از نوع انعکاسی و چه از نوع دستوری (ایجاد محدودیت و قوانین) در کمتر از ۱۰ کلمه اشاره کرد، که می تواند به فهم بیشتر آنها و در نتیجه اثرگذاری بیشتر بر کودک اشاره کنیم. ضمن اینکه بیان احساس کودک (مهارت انعکاس احساس) از طریق کلمات در یک جمله کوتاه، ضمن برقراری یک رابطه همدلانه و درک متقابل که به کنترل بیشتر در اعمال کودک منجر خواهد شد، از تکرار جملات با محتوا کنترلی همیشگی که به پراگویی منجر خواهد شد جلوگیری می کند. یکی دیگر از مفاهیمی که مادران در این دوره در جلسه دوم یاد گرفتند و به تدریج در طول دوره تمرین کردند؛ که به نظر محققین پژوهش حاضر در تبیین کنترل بیشتر والدین بر رفتار خود (واکنش بیش از حد در نقش والدگری) کمک می کند، این است که والدین یاد گرفتند که در تعامل با کودک پاسخ بدهند به جای اینکه واکنش نشان دهند؛ یعنی آموختند که احساسات کودک، احساسات والدین نیستند و نیازی نیست که همراه با احساسات کودک، بالا و پایین بروند. محققین انتظار داشتند که والدین با جلوگیری از انتقاد کردن مکرر، تمجید بی نتیجه و موعظه کردن بی مورد، ضمن اصلاح رابطه والد-کودک از میزان پراگویی و واکنش بیش از حد در رابطه با کودک بکاهند، ضمناً با هماهنگ کردن زبان کلامی و زبان بدنی والدین در برخورد با کودک و از همه مهمتر با آگاه ساختن والدین به زمان های

1- Response

2- Reaction

منابع

- with pervasive hyperactivity. *J Ab Child Psychol.* 2002; 30: 541-53.
- 16- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Arlington, VA., American Psychiatric Association. 2013.
- 17- Wells KC, Epstein JN, Hinshaw SP, et al. Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study. *J Ab Child Psychol.* 2000; 28(6): 543-53.
- 18- Kaplan HI, Shaddocks BJ. Comprehensive text book of psychiatry. 8th ed. Baltimore: William & Wilkins; 2005.
- 19- Edwards AN, Sullivan MJ, Meany-Walen K, Kantor RK. Child Parent Relationship Training: Parents Perceptions of Process and Outcome. *International. J Play Ther.* 2010; 19:159-73.
- 20- Barkley R, Mash RA. Attention deficit/hyperactivity disorder. *J child chopathol*, 2nd ed. New York: Guilford press. 1996-8. p.55-110.
- 21- Shokohi-yekta M. Effectiveness of modern methods of parenting skills to parents. Proceeding of the 3rd National Congress of family pathology. Tehran, Beheshti University; 2008 [Persian].
- 22- Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clin psychol review.* 2006; 26(1):86-104.
- 23- Danforth JS, Harvey E, Ulaszcek WR, Mckee T E. The outcome of group parent training for families of children with ADHD and defiant /aggressive behaviour. *J Beh ther Exper psych.* 2006; 36: 188-205.
- 24- Akgun E, Yesilyaprak B. Effectiveness of training program in improving mother child relationship through play. *J Faculty Edu Sci.* 2010; 43:123-47.
- 25- Ryan S, Madsen MD. Filial family play therapy with an adoptive family: A response to preadoptive child maltreatment. *Inter J Play Ther.* 2007; 16(2):112-32.
- 26- Paone TR, Douma KB. Child-centered play therapy with a seven-year-old boy diagnosed with intermittent explosive disorder. *Inter J Play Ther.* 2009; 18(1): 31-44.
- 27- Farmand A. Efficacy of combined treatment group Positive parenting program and medication therapy on parenting style and symptoms of children 3-12 years with ADHD compared with each of the Therapy alone.. Psychiatrist thesis: University of Social Welfare And Rehabilitation Sci. Tehran, Iran, 2006 [Persian].
- 28- Kuppens S, Grietens H, Onghena P, Michiels D. Associations between parental control and children s overt and relational aggression. *British J Dev Psychol.* 2009; 27: 607-23.
- 1- Rajab-Pour M, Makvand-Housseini S, Rafie-Nia P. The Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy on Aggression in Preschoolers. *J Clinic Psychol. J Clin Psychol.* 2012; 4(1): 65-74 [Persian].
- 2- Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psycholo Bulletin.* 1993; 113(3): 487-96.
- 3- Chandola A, Bhanot S. Role of parenting style in adjustment of high school children. *J human.* 2008; 24(1): 27-30.
- 4- Kinsworthy S, Garza Y. Filial Therapy with Victims of Family Violence: a Phenomenological Study. *J Family Violence.* 2010; (25): 423-29.
- 5- Hoseininasab D, Ahmadian F, Ravanbakhsh H. Relation of child ° rearing practices with self ° efficacy and mental health of students . *J Studies in Edu and Psychol.* 2009; 33(1): 21-36 [Persian].
- 6- Wiener DM. Text book of child & adolescent psychiatry ,3red ed. USA: American psychiatry press. 2003. P. 389-411.
- 7- Meunier JC, Roskam I, Browne D. Relations between parenting and child's behavior: Exploring child's personality and parental self-efficacy as third variables. *Inter J Behav Dev.* 2011; 35(3): 246-59.
- 8- Bayrami M. The effect of the parent management training to mothers of school-boys with externalizing disorders on their general health and parenting styles. *J Fund Mental Health.* 2009; 11(2): 105-14. [Persian].
- 9- Johnston c, Freeman W. Attribution for child behaviour in parents of children without behaviour disorder. *J consul and clinic psychol.* 1997; 65(4): 636-45.
- 10- Andries C, Alizadeh H. Interaction of parenting styles and family. *J behav ther.* 2002; 24: 32-52.
- 11- Fateme A, Hoseinabadi H, Asgharinekah M, tabibi Z. Effectivness of child-parent relationship therapy on parenting style. *J Family Counsel Psychor.* 2012; 4(1): 473-89 [Persian].
- 12- Dehart T, Pelham B, Tennen H. What lies beneath: parenting style and implicit self-esteem. *J exper social psychol.* 2006; 42: 1-17.
- 13- Gau SS, Chang JP. Maternal parenting styles and motherchild relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil.* 2013; 34(5): 1581-94.
- 14- Hoza B, Owens JS, Pelham WE, Swanson J M, Conners C K, Hinshaw S, et al. Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Ab Child Psychol.* 2000; 28: 569-83.
- 15- Keown LJ, Woodward LJ. Early parent-child relations and family functioning of preschool boys

- 44- Cornett N, Bratton SC. Examining the Impact of Child Parent Relationship Therapy (CPRT) on Family Functioning. *J Marital & Family Therapy*. 2014; 40(3): 302° 18.
- 45- Carnes HK, Bratton SC. The Efficacy of Child Parent Relationship Therapy for Adopted Children with Attachment Disruptions. *Counseling & Dev*. 2014; 92(3):328° 37.
- 46- Amir FH, Hassan A. Evaluate the effectiveness of play therapy based on parent-child relationship (CPRT) on parenting styles. *J Counsand Psychother*. 2012; 4(1): 474-89.
- 47- Achenbach TM, Rescolar LA. Manual for the ASEBA school age: Form and profiles. Burlington,VT: University of Vermont, College of psychiatry. 2003:20-60.
- 48- Minaei A. Standardization Achenbeach System of Empirically Based Assessment Research (ASEBA) in Iran. *J r on Excep Child*. 2006; 19(1): 529-58 [Persian].
- 49- Farmand A. Efficacy of combined treatment group Positive parenting program and medication therapy on parenting style and symptoms of children 3-12 years with ADHD compared with each of the Therapy alone.. Psychiatrist thesis: University of Social Welfare And Rehabilitation Sciences. Tehran, Iran. 2006 [Persian].
- 50- Turner JC, Meyer D, Anderman E, Midgley C, Green M, Kang Y. The classroom environment and students reports of avoidance strategies in mathematics: A multimethod study. *J Edu Psychol*. 2002;(94):88° 106.
- 51- Lindo NA, Akay S, Sullivan JM, Meany-Walen KK. Child Parent Relationship Therapy: Exploring Parents Perceptions of Intervention, Process, and Effectiveness. *Inter J Hum Social Sci*. 2012; 2(1):61-51.
- 29- Landreth GL. Play Ther: The art of the relationship, 2nded. New York: Routledge; 2002.
- 30- Landreth GL, Bratton SC. Child parent relationship therapy (CPRT): A ten session filial therapy model. New York: Routledge; 2006.
- 31- Mostafavi SS. Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy on reduce children behavior problems and parenting stress of their mothers. M.Sc. Thesis; Shahed university: Tehran, Iran, 2009 [Persian].
- 32- Kagan S, Landreth G. Short-term child - centered play therapy training with Israeli school counselors and teachers. *J Play The*. 2009; 18(4):207-16.
- 33- Yuen T, Landreth G, Baggerly J. Filial therapy with immigrant Chinese families. *Inter J Play Ther*. 2002;11:63-90.
- 34- Green EJ, Crenshaw DA, Kolos AC. Conducting filial therapy with homeless parents. *American J Orthopsychiatry*. 2009; 79(3):366-74.
- 35- Grskovic JA, Goetze H. Short-term filial therapy with German mothers: Findings from a controlled study. *Inter J Play Ther*. 2008; 17(1): 39-51.
- 36- Edwards NA, Ladner J, White JA. Perceived effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother: A qualitativative case study. *Inter J Play Ther*. 2007; 16(1): 36-53.
- 37- Amiri R, Alizadeh S, Barkhi M, Moini Z, Dortaj S, Shabnam S, Nohesara DE. Child parent relationship therapy (cppt) on children s externalizing behaviour problems. *Indian J Fund Applied Life Sci*. 2015; (5): 2877-82.
- 38- Pirnia B. Effectiveness child-parent-relationship (CPRT) based therapy to reduce aggression in children with parents in methadone maintenance treatment. *GMP Review*. 2015; 16(3): 610-18.
- 39- Peymannia B, poursharifi H, Alilou M. Evaluate the effectiveness of group therapy based on parent-child relationship between the symptoms of conduct disorder in elementary school children in Ahwaz. *J psychol gains*. 2013; 3(2):141-60.
- 40- Bratton S, Landreth G. Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *Inter J Play Therapy*. 1995; 4(1): 61-80.
- 41- Chau IY ,Landreth, GL. Filial therapy with Chinese parents: Effects on parental e41-mpathic interactions, parental acceptance of child and parental stress. *Inter J Play Ther*. 1997; 6(2):75-92.
- 42- Landreth GL, Lobaugh AF. Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *J Couns Devt*. 1998; 76: 157-65.
- 43- Ray DE. The effect of filial therapy on parental acceptance and child adjustment. Unpublished master s thesis, Emporia State University. 2003.

Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) on the Improvement of Mothers' Parenting of children 8 - 11 years with ADHD

Nejati, A. *Ph.D Student., Mosavi, R. Ph.D., Roshan, R. Ph.D., Mahmoodigharai, J. Ph.D.

Abstract

Introduction: Studies have shown that interactions between parents and children and whole family played significant role in formation and intensification of children's behavioral - emotional vulnerability.

Parenting Styles are one of the important elements in the family's system styles that can affect the development of children. Present study is aimed to investigate effectiveness of child-parent relationship therapy based on discipline styles of mothers' parenting of children 8 to 11 years old with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

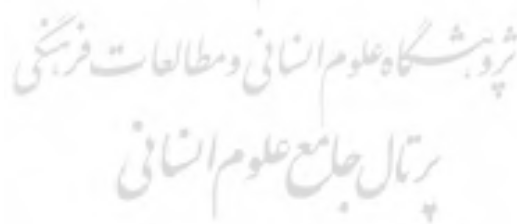
Method: This study is quasi experimental research based on pretest-posttest with control group that statistical population (69 pair of mother-child with ADHD), 30 pair of mother-child with ADHD were assigned into experimental and control groups randomly.

Experimental and control groups were assessed by Arnold's parenting questionnaire in 2 stages. The collected data were analyzed by using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results showed reduction (improvement) significant statistically in dysfunctional disciplinary models and changes in mothers' parenting (except procrastination) in experimental group or parent-child relationship-based intervention compared to the control group.

Conclusion: It can be concluded according to the findings of this study and consideration of previous research that these interventions has advantage in the reform of parenting styles Iranian mothers of children with ADHD

Keywords: Child-Parent Relationship Therapy (CPRT); Parenting, Attention deficit hyperactivity disorder



*Correspondence E-mail:

Nejati_amin@yahoo.com