

اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر فرزندپروری
مادران دارای کودک ۸-۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود

توجه

**on parent-child relationship on mothers parenting children
(ages 8-11) with ADHD**

دکتررقیه موسوی

استادیار، دکترای مشاوره خانواده، گروه علوم تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شاهد

عبداله جمالی (نویسنده مسئول)

کارشناسی‌ارشد، مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

امین نجاتی

کارشناسی‌ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شاهد

علی شریفی

دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی

Dr. Roghayeh Mousavi

Ph.D. Family Counseling. Faculty of Psychology and Education, Shahed University, Email:mousavi@shahed.ac.ir

Abdollah Jamali

M.A. Family Counseling. Faculty of Psychology and Education, Tehran University

Amin Nejati

M.A. Clinical Psychology. Faculty of Psychology and Education, Shahed University.

Ali sharifi

PhD Candidate of psychology and education of exceptional children
Allameh Tabataba'i University

Abstract

This study examined the effectiveness of group interventions program based on the parent-child relationship on mothers parenting children (ages 8-11) with ADHD. This is a trial study based on pretest-post test plan the research population consisted of all mothers of children (ages 8-11) with ADHD calling on the centre of pediatrics vanak and rahe sabz clinics during 2013-2014 by considering drop members. From all mothers referred centre of pediatrics vanak and rahe sabz clinics the study samples included 30 mothers selected randomly and divided into control and experimental groups. The mothers of the experimental group have been trained during 10 sessions by group intervention program based on the parent-child relationship based on Landreth pattern. Data was collected via Arnold parenting Scale and Child Behavior Checklist Parent form (CBCL). Collected data was analyzed by U Mann-Whitney test. Results revealed program interventions based on the relationship of parent-child significantly on mothers parenting child with ADHD in experimental group compared with control one. According to these findings we may concluded that group intervention program based on parent-child relationship can have beneficial treatment effects on Improvement of mothers parenting child with ADHD.

Keywords: Parent - child relationship, Mothers parenting, Attention-deficit/hyperactivity disorder.

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی برنامه گروهی مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک بر فرزند پروری مادران دارای کودک ۸-۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی^۱ کمبود توجه است. این مطالعه یک تحقیق نیمه آزمایشی بر اساس طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بوده و جامعه پژوهش شامل کلیه مادران کودکان ۸-۱۱ ساله مبتلا به ADHD است که در سال ۱۳۹۳ به درمانگاه مرکز طبی اطفال و کلینیک‌های ونک و راه سبز مراجعه کرده بودند. از جامعه آماری به روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌ای مرکب از مادران ۳۰ کودک مبتلا به ADHD انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. سپس مادران گروه آزمایش، به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش برنامه گروهی مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک بر اساس الگوی لندرت قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده مقیاس فرزند پروری آرنولد و چک لیست رفتاری کودکان فرم والدین (CBCL) بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون یومن ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد اجرای برنامه گروهی مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک منجر به بهبود فرزند پروری کلی مادران دارای کودک ADHD در مقایسه با گروه کنترل شد. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، می‌توان چنین نتیجه گرفت که برنامه گروهی مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک در بهبود فرزندپروری مادران دارای کودک ADHD سودمند است.

واژگان کلیدی: رابطه والد-کودک، فرزند پروری مادران، اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه

مقدمه

خانواده به عنوان نهادی که زمینه و بستر آموزش و رشد روانی- اجتماعی فرزندان را فراهم می‌سازد با نقش بسزایی که در وضعیت روانی فرزندان دارد و از اعضای تشکیل شده که به گونه‌ای پویا و مرتبط، به یکدیگر وابسته‌اند و به همین دلیل نیز رفتارشان بصورت کاملاً مجزا از کل سیستم خانواده قابل بررسی نیست. (بارکر، ۱۳۸۵). همان-گونه که والدین برافراد خانواده تاثیر می‌گذارند، فرزندان نیز با ویژگی‌های شخصیتی و رشدی و رفتاری خود، تاثیراتی را بر رفتار والدین بر جای می‌گذارند، بنابراین اختلالات رفتاری یکی از فرزندان از جمله اختلال بیش فعالی- نقص توجه که یکی از رایج‌ترین مشکلات روان‌شناختی کودکان است (شولتز، ۱۳۸۴) بر تمامی خانواده و کارکردهای مختلف آن تاثیر می‌گذارد. این کودکان چالش‌های فراوانی را برای خانواده‌هایشان ایجاد می‌کنند و رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که تاثیری منفی بر اطرافیانشان (والدین، دوستان، معلمین) می‌گذارد و واکنش‌های ناخوشایند این افراد در پاسخ به رفتار آن‌ها نیز متقابلاً به خودشان باز می‌گردد. (بلوم کیست، ۱۹۹۶ به نقل از علاقبندراد، ۱۳۸۳). 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 رایج‌ترین اختلالات سلامت روانی تشخیص داده شده دوران کودکی است (پلهام^۱ و گناگی^۲، ۱۹۹۹) بیش از هر اختلال دیگری کودکان را به مراکز بهداشت روانی می‌کشاند (بارکلی^۳، دیوپال^۴ و مک موری^۵، ۱۹۹۹). کودکان و نوجوانانی که دارای این تشخیص هستند ممکن است گستره‌ای از نشانه‌ها را داشته باشند که در ۳ دسته کلی قرار می‌گیرند که در حال حاضر استفاده می‌شوند (چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶)، ۳ نوع فرعی برای این اختلال

- 1 Pelham
- 2 Ganagy
- 3 Barkley
- 4 Dupaul
- 5 Mcmurray
- 6 Diagnostic & statical manual of mental disorder

وجود دارد: نوع عمدتاً بی‌توجه، نوع عمدتاً بیش فعال^۱ و تکانش‌گر و نوع مرکب (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۱۹۹۹). تخمین زده می‌شود که شیوع ADHD در کودکان پیش از دبستان ایرانی ۱۲/۳ درصد و در پسران دبستانی ۱۵/۲ درصد باشد (طلایی، مخبر و عبداللهیان، ۲۰۱۰). در حال حاضر برای اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه علت ویژه‌ای شناخته نشده است (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۰۵).

سبب‌شناسی این اختلال ناشناخته است؛ ولی براساس مطالعات، منشا ژنتیک و خانوادگی برای بعضی از انواع این اختلال به اثبات رسیده است (استرگیاکولی^۳، هام شر^۴، هولمنز^۵، لانگلی^۶ و زاهاریا^۷، ۲۰۱۲). این اختلال با عوامل متعددی ارتباط دارد که ممکن است به طور مجزا و یا در ترکیب با یکدیگر باعث بروز نشانه‌ها شوند. عوامل بیولوژیک (از جمله ژنتیک) نقش چشم‌گیری در پیدایش اکثریت موارد ADHD دارند. اما نقش عوامل محیطی و روان‌شناختی بر شدت و خصوصیات خاص اختلال را نباید از نظر دور داشت. در همین راستا (کچلاک^۸، ۲۰۰۱ به نقل از ماش و بارکلی، ۲۰۰۳) بیان کرده‌اند که، ضعف مسئولیت‌پذیری والدین و تنبیه شدید، خطر بروز رفتارهای ایذایی را افزایش می‌دهد. علت پیدایش هر عاملی که باشد از آنجا که این اختلال مزمن است باعث می‌شود که مبتلایان به آن در معرض ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی در بزرگسالی، مثل اختلال شخصیت ضد اجتماعی، الکلیسم، اعتیاد و مشکلات بین فردی و روان‌شناختی قرار گیرند. زمانی این اختلال یک بیماری دوران کودکی تلقی می‌شود که تاثیر اندکی بر عملکرد دوره بزرگسالی بگذارد. اما مطالعات اخیر نشان داده‌اند که ADHD می‌تواند تا سال‌های نوجوانی و بزرگسالی (۶۰٪)

1 American Psychiatric Association

2 Caplan & Sadock

3 Stergiakouli

4 Hamshere

5 Holmans

6 Langley

7 Zaharieva

8 Kachllan

ادامه یابد(والدیزان^۱ و ایزاگوئری^۲، ۲۰۰۹). همچنین کودکان مبتلا به این اختلال بیش از سایر کودکان در معرض پیامدهای تحصیلی، رفتاری- اجتماعی و هیجانی قرار دارند (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۰). پژوهش‌ها نشان داده اند که نشانگان اختلال ADHD تعاملات این کودکان با والدینشان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و شیوه پاسخ‌دهی والدین به کودکان را نیز متاثر می‌سازد. بی‌توجهی، تکانشی بودن و فعالیت زیاد کودکان مبتلا به اختلال ADHD باعث می‌شود که این کودکان نتوانند خواسته‌های والدین خود را برآورده سازند و عموماً گرفتار روابط متعارض مزمن با والدین می‌شوند (کار^۳، ۱۹۹۹). (۱۹۹۹). بطور کلی مداخلات مربوط به اختلالات ایزدایی را در سه قلمرو درمانگرهای کودک محور (برازوال^۴، ۱۹۹۳ به نقل از بلوم کویست^۵، ۱۳۸۳)، درمانگرهای مدرسه-مدرسه‌محور: در حال حاضر بازی‌درمانگری در مدارس گسترش یافته است، اما محدودیت‌های زمانی، فقدان مکان خاص و مناسب برای بازی‌درمانگری در مدارس و عدم آگاهی و تسلط روانشناسان و مشاوران مدرسه به این شیوه، کاربرد آن را در مدارس با چالش مواجه کرده است(واتسون، ۲۰۰۷) و درمانگرهای خانواده‌محور (سندرز^۶، ۲۰۰۳) قرار دارند. تحقیقات ثابت کرده‌اند که مداخلات خانوادگی رفتاری بر مبنای اصول یادگیری اجتماعی در درمان و پیشگیری طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و هیجانی (سندرز، ۲۰۰۳) موثر است. آسیب‌هایی که این کودکان می‌بینند به همراه تاثیرش بر خانواده، نیاز به مداخله و درمان موثر را افزایش می‌دهند. در درمان ADHD به ویژه اختلالات همراه، به عنوان یک قاعده کلی، دارودرمانی به تنهایی اغلب سودمند اما ندرتاً کافی است(کرونن برگر^۷ و می^۸، ۱۹۹۶ به نقل از فرمند، ۱۳۸۵). برنامه‌های چند مدلی در حال حاضر برای کودکان دارای مشکلات ADHD،

-
- 1 Valdizan
 - 2 Izaguerri
 - 3 Carr
 - 4 Braswell
 - 5 Bloom Quist
 - 6 Sanders
 - 7 Kroner Berger
 - 8 Meyer

شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مفیدتر است. این برنامه شامل دارودرمانی، خانواده‌درمانی، آموزش والدین، برنامه‌های رفتاری مدرسه‌ای و آموزش مهارت‌های سازگاری برای کودکان است (کار، ۲۰۰۶). از میان رویکردهای درمانی مختلف به نحوی که (آناستاپولوس و دیوپال^۱، ۱۹۹۱) اظهار می‌کنند مهم‌ترین روش درمان برای کودکان در کنار دارودرمانی، آموزش والدین است (علیزاده، ۱۳۸۳). آموزش والدین از دو جهت بر سایر روش‌ها برتری دارد. اول آنکه برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل و توسط والدین که بیشترین تماس را با او دارند اجرا می‌گردد و دوم آنکه PMT^۲ چیزهای مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (دین، میرز^۳ و ایوانز^۴، ۲۰۰۳؛ کریسانته^۵، ۲۰۰۳). یکی از مداخلات درمانی آموزش‌های گروهی مبتنی بر رابطه والد^۶ کودک (CPRT)، است که از انواع حمایت شده PMT است و بر مشارکت خانواده‌ها در درمان کودکان، متمرکز است. بر طبق این دستورالعمل درمانی که توسط لندرت^۷ و براتون^۸ مطرح گردید والدین، به عنوان عامل درمانی، در جلسات درمانی می‌آموزند که چگونه محیطی گرم و صمیمی در خانه ایجاد نموده، رابطه ای 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. این رویکرد بر تغییر والد از طریق افزایش سودمندی و کارآمدی والدینی تمرکز می‌نماید. همچنین گروهی بودن جلسات باعث تسهیل شکستن موانع دفاعی و انزوای والدین می‌گردد (لندرت و براتون، ۲۰۰۶). (رینه^۸ و لندرت، ۲۰۰۰) ادعا می‌کنند که دیده شده رفتارهای ناسازگارانه بچه‌ها زمانی که والدین در CPRT آموزش می‌بینند کاهش می‌یابد (علیزاده، ابوطالبی، روحانی و

9 Dupaul

2 Parent Management Treatment

3 Myers

4 Evans

5 Cristante

6 Landreth

7 Bratton

8 Rennie

مارینی، ۲۰۱۱). در این مدل به والدین اصول و مهارت‌های پایه و اساس بازی‌درمانی متمرکز بر کودک (CCPT) آموزش داده می‌شود، مهارت‌هایی از قبیل گوش کردن انعکاس، تشخیص و پاسخ‌دهی به احساس‌های کودکان، ایجاد اعتماد به نفس در کودکان، همچنین محدودیت‌های نظام درمان گوشزد می‌شود. در این ساختار درمانی جلسات بازی بصورت هفتگی با حضور کودکان با استفاده از لوازم بازی انتخاب شده صورت می‌گیرد. در طول ۱۰ جلسه والدین یاد می‌گیرند که چگونه محیطی پذیرا بدون پیش‌داوری و بر اساس درک ایجاد کنند، که این محیط پذیرا می‌تواند موجب ارتقا سطح رابطه کودک^۱ والدین شود و در نتیجه رشد شخصی و تغییر هم در کودک و هم در والدین را تسهیل کند در این دیدگاه رابطه کودک^۲ والدین بعنوان چرخه‌های تغییر فرض شده‌اند. مطالعات متعدد و در عین حال فرهنگی نظیر (هریس^۱ و لندرث، ۱۹۹۷)؛ (لندرث و لوباف^۲، ۱۹۹۸)؛ (براتون^۳، ری^۴ و موف فیت^۵، ۱۹۹۸)؛ (ری، براتون، رهین^۶ و جونز^۷، ۲۰۰۱)؛ (براتون و ری، ۲۰۰۲)؛ (براتون، ری، رهین و جونز، ۲۰۰۶)؛ (استور^۸ و گیورنی^۹، ۱۹۷۱)؛ (براتون و لندرث، ۱۹۹۵)؛ (گلوور^{۱۰} و لندرث، ۲۰۰۰)؛ (لی^{۱۱} و لندرث، ۲۰۰۳)؛ (استین، ۲۰۰۵)؛ (جونیر^{۱۲} و لندرث، ۲۰۰۵)؛ (کاو^{۱۳} و لندرث، ۱۹۹۷)؛ (براتون، ری، راینی و جونز، ۲۰۰۶)؛ (گارزا^{۱۴}، کینزورث^{۱۵} و

-
- 1 Harris
 - 2 Lobaugh
 - 3 Bratton
 - 4 Ray
 - 5 Moffit.
 - 6 Rhine
 - 7 Jones
 - 8 Stover
 - 9 Guerny
 - 10 Glover
 - 11 Lee
 - 12 Joiner
 - 13 Kao
 - 14 Garza,
 - 15 Kinsworthy

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

واتس^۱، (۲۰۰۹)؛ (اسمیت و لندرت، ۲۰۰۹)؛ (ریان^۲ و کورتنی^۳، ۲۰۰۹)؛ (ری و همکاران، ۲۰۰۱) سودمندی این مدل را در برخورد با مشکلات کودکان و والدین آنها تایید کرده‌اند. بر این اساس تأثیر بازی درمانگری در مقایسه با سایر روش‌های درمانگری کودک، در حد متوسط بود. افزون بر این پژوهشگران دریافتند میزان تأثیر بازی‌درمانگری با شرکت والدین در طرح درمان و طول دوره‌ی درمان در ارتباط است. در دومین فراتحلیل (براتون و همکاران، ۲۰۰۶) با استفاده از حجم بیشتری از پژوهش‌ها به بررسی تأثیر بازی‌درمانگری پرداختند. آنها در فاصله سه سال توانستند ۱۸۰ پژوهش را از دهه ۴۰ تا سال ۲۰۰۰ جمع آوری کنند که از این بین تنها ۹۳ پژوهش واجد داده‌ها و ضوابط آماری مورد نیاز برای یک پژوهش فرا تحلیل بودند. با توجه به مباحث مطرح شده، نتایج به دست آمده از این پژوهش ضمن پیوند با بدنه‌ی علمی، در جهت گسترش و بسط نظریه‌های علمی در این زمینه مفید خواهد بود. از طرف دیگر با توجه به این که مطالعه‌ای در ایران جهت بررسی سودمندی این شیوه درمانی در بهبود فرزندپروری مادران صورت نگرفته است. ضرورت انجام پژوهش مطرح می‌گردد و برای پژوهشگر این مسئله مطرح می‌شود که آیا مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک می‌تواند باعث بهبود فرزندپروری مادران دارای کودک ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD، شود؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون^۰ پس‌آزمون با کنترل با گروه کنترل است. جامعه پژوهش شامل کلیه کودکان و مادران کودکان ۸-۱۱ ساله مبتلا به ADHD مراجعه کننده به درمانگاه مرکز طبی کودکان بیمارستان امام خمینی و کلینیک‌های ونک

1 Watts
2Ryan
3 Courtney

و راه سبز که اختلال کودکان آنها توسط روان پزشک متخصص اطفال و یا یک روان-شناس بالینی با توجه به بیماری‌های تشخیصی DSM-IV-TR و همچنین یک مقیاس ارزشیابی با اعتبار و پایایی مناسب (سیاهه رفتاری کودک CBCL) وجود اختلال را در کودک تأیید می‌کرد. از این جامعه به طور تصادفی ۳۰ مادر به همراه کودک انتخاب و در دو گروه نمونه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. علت انتخاب حجم نمونه فوق مطالعات مشابه داخلی و خارجی، احتساب افت آزمودنی است. از گروه آزمایش ۳ نفر که بیش از یک جلسه غیبت داشتند، حذف شدند، همچنین از گروه کنترل نیز دو نفر در اجرای پس آزمون در انتهای اجرای طرح حاضر نشدند، در نتیجه از نمونه حذف شدند.

معیارهای ورود به طرح: فقدان اختلال رفتاری و روان پزشکی همبود در کودک دارای اختلال ADHD - محدود سنی کودکان ۸ تا ۱۱ سال تعیین گردید ° کودک مبتلا به ADHD باید حداقل یک ماه از ثابت شدن نوع و دوز داروهایش گذشته باشد. * سن مادران در حدود ۲۰ تا ۴۵ سال بوده و پدر و مادر در کنار هم زندگی کنند و خانواده تک والدی نباشد ° حداقل تحصیلات مادر دیپلم باشد- عدم شرکت در یک دوره ی آموزشی یا درمانی دیگر به طور همزمان.

خلاصه محتوای جلسات گروه درمانی مبتنی بر رابطه کودک- والد CPRT:

جلسه اول: بیان موضوعات پایه از قبیل تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، عادی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندان‌شان، مرور اجمالی موضوعات آموزشی جلسات CPRT، معرفی اعضای گروه به یکدیگر.

جلسه دوم: تبادل غیر رسمی و دوستانه اطلاعات و مرور تکالیف خانگی جلسه اول، یادآوری اصول اساسی جلسات بازی والدین با کودک، معرفی و ارائه اسباب بازی‌های مورد نیاز، معرفی و ایفای نقش مهارت‌های اساسی جلسه بازی (به صورت زنده و با نوار ویدیویی).

جلسه سوم: مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، معرفی بایدها و نبایدهای جلسه بازی، تکمیل لیست اسباب بازی ها، تهیه کارت‌های تعیین وقت برای هر جلسه بازی، ارائه تکالیف منزل.

جلسه چهارم: مرور تکالیف جلسه قبل، مرور جلسات بازی ضبط شده با نظارت درمانگر، اعمال سه گام محدودیت‌گذاری در بازی، ایفای نقش و نشان دادن فیلم در خصوص مهارت‌های مورد نیاز در جلسه بازی و سه گام محدودیت‌گذاری جلسه پنجم: تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت‌های جلسه بازی، برای کاستن از احساس ناتوانی و درماندگی والدین است، همچنین گزارش والدین از جلسات بازی در منزل، مرور مبحث محدودیت‌گذاری در سه جلسه.

جلسه ششم: برنامه کار در جلسات ششم تا نهم بدین ترتیب بود که هدف اولیه درمانگر در برخورد با والدین، تقویت و ایجاد احساس کارآمدی آنها از طریق ایجاد احساس عزت نفس و اعتماد به نفس است.

جلسه هفتم: هدف عمده این جلسه حمایت و تشویق مهارت‌های والدین و پیشرفت‌های آنان است تا اعتماد به نفس آنها با حمایت و راهنمایی گروه افزایش یابد. همچنین مهارت جدید پاسخ‌های تقویت کننده و سازنده عزت نفس آموزش داده شد. جلسه هشتم: تمرکز عمده این جلسه نیز بر حمایت و تشویق مهارت‌های والدین بود. همچنین گزارش والدین از کاربرد مهارت‌های پاسخ‌دهی عزت نفس ساز در شرایط خارج از جلسه بازی، ایفای نقش و نمایش فیلم مهارت‌های جلسه بازی و پاسخ‌های تشویقی والدین.

جلسه نهم: تلخیص آموزه‌های والدین از جلسات بازی و تمرکز بر تغییرات رفتاری آنها، تاکید بر بایدهای جلسه بازی، استفاده از مثال‌های والدین جهت تقویت بایدهای جلسه بازی، استفاده از مهارت‌ها در موقعیت‌های خارج از جلسه بازی.

جلسه دهم: هدایت، ارزیابی و پیگیری جلسات بازی و مهارت‌های والدین در این زمینه، ارزیابی والدین از تجارب و ادراکات‌شان از تغییرات حاصله در رفتار خود و

فرزندان‌شان و طرح آن در گروه، مرور مطالب گفته شده در جلسات قبل، تاکید بر تداوم جلسات بازی در منزل و اهمیت آن.

ابزارهای پژوهش :

چک لیست رفتاری کودکان فرم والدین (CBCL):

این چک لیست دارای دو بخش است بخش اول مربوط به صلاحیت کودک در زمینه-ی فعالیت‌ها و روابط اجتماعی در مدرسه و بخش دوم مربوط به مشکلات عاطفی ° رفتاری شامل ۱۲۰ سوال است. سوالات پرسش‌نامه به صورت سه‌گزینه ای (کاملاً)، (معمولاً) و (اصلاً) که هر کدام به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند ° پایایی تست بر اساس آزمون ° آزمون مجدد با فاصله زمانی یک هفته و نیز بین مصاحبه‌گران بین ۹۳٪ تا ۱ بوده است (آخنباخ و سکولار، ۲۰۰۳). در ایران CBCL دارای حساسیت ۷۹٪ و ویژگی ۹۸٪ گزارش شده است. (علاقه بند راد، ۱۳۸۲؛ به نقل از مصطفوی، ۱۳۸۸).

مقیاس فرزندپروری آرنولد:

این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال است که توسط آرنولد و همکاران (۱۹۹۳) طراحی شده و با پاسخ به آن، بهترین توصیف از شیوه فرزند پروری در دو ماه گذشته به صورت خود سنجی توسط خود والدین به دست می‌آید. این پرسشنامه سه الگوی انضباطی ناکارآمد والدین را می‌سنجد و بنا به قرارگیری نمره ایده آل در سمت راست یا چپ، تمامی ۳۰ آیتم بر حسب ۷ نمره (۷-۱) درجه‌بندی می‌گردد. در این پرسشنامه ۱۴ آیتم به صورت معکوس شماره گذاری می‌شوند؛ که عبارتند از: آیتم‌های شماره ۲، ۳، ۶، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۳، ۲۶، ۲۷ و ۳۰ چنان که، نمرات پایین نشان دهنده فرزندپروری مطلوب و نمرات بالا بیانگر فرزندپروری ناکارآمد هستند. نمره کل، از تقسیم جمع‌بندی کل موارد (پس از کسر دو سوال تکراری ۷ و ۹ در دو مقیاس) بر عدد ۳۰ بدست می‌آید (ترنر و همکاران، ۲۰۰۲). این مقیاس شامل ۳ عامل اصلی است که عبارتند از:

- ۱- اهمال کاری (LX)^۱: که با پرسش‌های ۷، ۸، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۶ و ۳۰ مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.
- ۲- واکنش بیش از حد (OR)^۲: که در پرسش‌های ۳، ۶، ۹، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۲۲، ۲۵ و ۲۸ مورد سنجش قرار می‌گیرند.
- ۳- اطناب کلام (VB)^۳: که در پرسش‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۲۳ و ۲۴ گنجانده شده‌اند (فرمند، ۱۳۸۵).

در انتها چهار سوال ۱، ۵، ۱۳، ۲۷ تحت عنوان بدون عامل^۴ منظور گردیده‌اند. جهت دستیابی به نمره هر یک از عوامل فوق، می‌توان جمع کل آن عامل را بر تعداد موارد آن تقسیم کرد. (برای عامل LX، عدد ۱۱؛ عامل OR، عدد ۱۰؛ عامل VB عدد ۷) (ترنر و همکاران، ۲۰۰۲). این مقیاس از ثبات داخلی کافی برای نمره کل ($\alpha = .84$) و عامل اهمال کاری ($\alpha = .83$)، عامل واکنش بیش از حد ($\alpha = .82$) و اطناب کلام ($\alpha = .63$) و نیز پایایی مطلوب به شیوه آزمون-آزمون مجدد (به ترتیب ۰.۷۹، ۰.۸۲، ۰.۸۳ و ۰.۸۴) برخوردار است و همچنین اعتبار محتوای این پرسشنامه رضایت بخش توصیف شده است (فرمند، ۱۳۸۵).

علاوه بر این، این مقیاس می‌تواند بین والدین کودکان ارجاع شده و ارجاع نشده به کلینیک تمایز قائل شود (ترنر و همکاران، ۲۰۰۲). این مقیاس با معیارهای خودسنجی رفتار کودک، ناسازگاری زناشویی و علائم افسردگی و نیز با معیارهای مشاهده‌ای شیوه تربیتی ناکارآمد و رفتار کودک در ارتباط است (آرنولد و همکاران، ۱۹۹۳).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

- 1 laxness
2 over reactivity
3 verbosity
4 no Factor

یافته‌ها

هدف اساسی پژوهش حاضر، اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر فرزندپروری مادران دارای کودک ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی کمبود توجه ADHD می باشد. خلاصه نتایج و تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی نشان داده می‌شود.

شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش:

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر فرزندپروری را در دو گروه (آزمایش و کنترل) نشان می‌دهد.

جدول (۱) مقایسه نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون مقیاس فرزندپروری
آرنولد به همراه آزمون مقایسه تفاوت‌ها

سطح معناداری	Z مشاهده شده	میانگین رتبه	جمع رتبه	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخص متغیر	
							آزمایش	کنترل
۰/۳۷۶	-۰/۸۹۸	۱۱/۶۲	۱۳۹/۵	۱۵/۷	۱۰۹/۲	۱۲	نمره کل	آزمایش
		۱۴/۲۷	۱۸۵/۵	۱۵/۱	۱۱۴/۵	۱۳	مقیاس فرزندپروری	کنترل
۰/۶۱۱	-۰/۵۴۵	۱۲/۱۷	۱۴۶/۰	۱۱/۶	۳۷/۷۵	۱۲	خرده مقیاس اهمال کاری LX	آزمایش
		۱۳/۷۷	۱۷۹/۰	۸/۷۶	۳۹/۳۸	۱۳	آزمایش	کنترل
۰/۷۶۹	-۰/۳۲۷	۱۳/۵۰	۱۶۲/۰	۸/۸۵	۴۰/۷۵	۱۲	خرده مقیاس واکنش بیش از حد OR	آزمایش
		۱۲/۵۴	۱۶۳/۰	۷/۳۰	۳۹/۰۷	۱۳	آزمایش	کنترل
۰/۳۷۶	-۰/۹۳۲	۱۱/۵۸	۱۳۹/۰	۶/۰۵	۲۷/۳۳	۱۲	خرده مقیاس اطنا ب کلام VB	آزمایش
		۱۴/۳۱	۱۸۶/۰	۵/۳۹	۲۹/۵۳	۱۳	آزمایش	کنترل

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای شاخص نمره کلی فرزندپروری، و خرده مقیاس های اهمال‌کاری، واکنش بیش از حد و اطناب کلام با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند، به دیگر سخن، گزارش مادران گروه آزمایش در توصیف سبک فرزندپروری خود با گزارش مادران گروه کنترل تفاوت آماری معناداری در پیش آزمون یا در آغاز پژوهش نداشته‌اند.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره کل فرزندپروری در آزمودنی‌های پژوهش در دو مرحله پیش و پس‌آزمون

میانگین (انحراف معیار) تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون	میانگین (انحراف معیار)	گروه	
۲۱/۷ (۸/۸۱)	۱۰۹/۲ (۱۵/۷۲)	پیش آزمون	آزمایش
	۸۸/۳۲ (۱۷/۳۳)	پس آزمون	
۵/۶۹ (۷/۹۰)	۱۱۴/۵ (۱۵/۱۱)	پیش آزمون	کنترل
	۱۰۸/۸ (۱۲/۸۶)	پس آزمون	

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار نمره‌های کل فرزندپروری گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۰۹/۲ و ۱۵/۷۲ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۸۸/۳۲ و ۱۷/۳۳ بوده است. میانگین و انحراف معیار نمره‌های کل فرزندپروری گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۱۴/۵ و ۱۵/۱۱ و در پس-آزمون به ترتیب برابر با ۱۰۸/۸ و ۱۲/۸۶ بوده است. بیشترین میانگین تفاضل نمره‌های

پیش و پس‌آزمون مربوط به گروه آزمایش است، معناداری آماری تفاوت‌ها در قسمت‌های بعدی پی گرفته می‌شود.

جدول (۳) شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره در خرده مقیاس اهمال‌کاری LX آزمون فرزند پروروی آرنولد در آزمودنی‌های پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

میانگین (انحراف معیار) تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون	میانگین	شاخص	
		گروه	
۶/۰۰ (۵/۰۴)	۳۷/۷۵ (۱۱/۶۳)	۳۷/۷۵ (۱۱/۶۳)	آزمایش
	۳۱/۹۱ (۹/۳۷)	۳۱/۹۱ (۹/۳۷)	
۳/۴۶ (۳/۴۷)	۳۹/۳۸ (۸/۷۶)	۳۹/۳۸ (۸/۷۶)	کنترل
	۳۶/۵۳ (۹/۳۱)	۳۶/۵۳ (۹/۳۱)	

جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار نمره‌ها در مقیاس اهمال‌کاری LX گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۳۷/۷۵ و ۱۱/۶۳ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۳۱/۹۱ و ۹/۳۷ بوده است. میانگین و انحراف معیار نمره‌ها در خرده مقیاس اهمال‌کاری گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۳۹/۳۸ و ۸/۷۶ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۳۶/۵۳ و ۹/۳۱ بوده است. بیشترین میانگین تفاضل نمره‌های پیش و پس‌آزمون مربوط به گروه آزمایش است، معناداری آماری تفاوت‌ها در قسمت‌های بعدی پی گرفته می‌شود.

جدول (۴) شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره در خرده مقیاس واکنش بیش از حد OR
آزمون فرزندپروری آرنولد در آزمودنی‌های پژوهش در دو مرحله پیش و پس از آزمون

میانگین (انحراف معیار) تفاضل نمرات پیش‌آزمون پس- آزمون	میانگین (انحراف معیار)	شاخص	
		گروه	
۸/۵۳ (۵/۷۲)	۴۰/۷۵ (۸/۸۵)	پیش آزمون	آزمایش
		پس آزمون	
۲/۸۴ (۲/۲۳)	۳۹/۰۷ (۷/۳۰)	پیش آزمون	کنترل
		پس آزمون	

جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار نمره‌ها در خرده مقیاس واکنش بیش از حد OR گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۰/۷۵ و ۸/۸۵ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۳۳ و ۹/۱۲ بوده است. میانگین و انحراف معیار نمره‌ها در خرده مقیاس واکنش بیش از حد OR گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۳۹/۰۷ و ۷/۳۰ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۶۳/۲۳ و ۵/۹۱ بوده است. بیشترین میانگین تفاضل نمره‌های پیش و پس‌آزمون مربوط به گروه آزمایش است، معناداری آماری تفاوت‌ها در قسمت‌های بعدی پیگیری می‌شود.

پرتال جامع علوم انسانی

جدول (۵) شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره در خرده مقیاس اطناب کلام VB آزمون
فرزند پروری آرنولد در آزمودنی‌های پژوهس در دو مرحله پیش و پس آزمون

میانگین (انحراف معیار) تفاضل نمرات پیش آزمون پس آزمون	میانگین (انحراف معیار)	شاخص	
		گروه	
۶/۵۰ (۴/۰۵)	۲۷/۳۳ (۶/۰۵)	پیش آزمون	آزمایش
	۲۰/۷۵ (۵/۸۷)	پس آزمون	
۰/۸۴ (۳/۴۱)	۲۹/۵۳ (۵/۳۹)	پیش آزمون	کنترل
	۲۸/۶۹ (۵/۷۶)	پس آزمون	

جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار نمره‌ها در خرده مقیاس اطناب کلام VB گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۷/۳۳ و ۶/۰۵ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۰/۷۵ و ۵/۸۷ بوده است. میانگین و انحراف معیار نمره‌ها در خرده مقیاس اطناب کلام VB گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۹/۵۳ و ۵/۳۹ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۸/۶۹ و ۵/۷۶ بوده است. بیشترین میانگین تفاضل نمره‌های پیش و پس‌آزمون مربوط به گروه آزمایش است، معناداری آماری تفاوت‌ها در قسمت‌های بعدی گفته می‌شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

جدول (۶) نتایج مربوط به مقایسه متغیرهای فرزندپروری در گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس آزمون یومن ویتنی

سطح معنا داری	Z مشاهده شده	تفاضل پیش و پس آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		متغیر گروه	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۰۰۰ *	-۳/۵۶	۸/۸۱	۷/۲۱	۱۷/۳۳	۸۸/۳۲	۱۵/۷۲	۱۰۹/۲	آزمایش	نمره کل مقیاس فرزندپروری
		۷/۹۰	۱/۶۹	۱۲/۸۶	۱۰۸/۸	۱۵/۱۱	۱۱۴/۵	کنترل	
۰/۲۲۵	-۱/۲۲	۵/۰۴	۱/۰۰	۹/۳۷	۳۱/۹۱	۱۱/۶۳	۳۷/۷۵	آزمایش	خرده مقیاس اهمال کاری LX
		۳/۴۷	۱/۴۶	۹/۳۱	۳۶/۵۳	۸/۷۶	۳۹/۳۸	کنترل	
۰/۰۰۵ *	-۲/۷۳	۵/۷۲	۱/۵۳	۹/۱۲	۳۳/۰۰	۸/۸۵	۴۰/۷۵	آزمایش	خرده مقیاس واکنش بیش از حد OR
		۲/۲۳	۱/۸۴	۵/۹۱	۳۶/۲۳	۷/۳۰	۳۹/۰۷	کنترل	
۰/۰۰۱ *	-۳/۱۷	۴/۰۵	۱/۵۰	۵/۸۷	۲۰/۷۵	۶/۰۵	۲۷/۳۳	آزمایش	خرده مقیاس اطناب کلام VB
		۳/۴۱	۱/۸۴	۵/۷۶	۲۸/۶۹	۵/۳۹	۲۹/۵۳	کنترل	

یافته‌های ارائه شده در جدول ۶ نشان می‌دهد که Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در شاخص نمره کل فرزندپروری بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر $-۳/۵۶$ است. این میزان با توجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای $۰/۰۰۰$ معنادار است. این یافته به این معنی است که بنا بر گزارش و توصیف مادران از فرزندپروری خود،

مداخلات مبتنی بر رابطه والد کودک CPRT، بر نمره فرزندپروری کلی مادران کودکان ADHD موثر بوده و به طور کلی فرزندپروری مادران گروه آزمایش بهتر شده است. همچنین Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در خرده مقیاس واکنش بیش از حد OR بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر $2/73$ - است، این میزان باتوجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای $0/005$ معنادار است. این یافته به این معنی است که بنا به گزارش و توصیف مادران از فرزندپروری خود، مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک CPRT، بر واکنش مادران دارای کودک ADHD موثر بوده، و این متغیر فرزندپروری مادران گروه آزمایش کارآمدتر گشته است.

و همین طور Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در خرده مقیاس اطناب کلام بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر $3/17$ - است. این میزان باتوجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای $0/001$ معنادار است. این یافته به این معنی است که بنا به گزارش و توصیف مادران از فرزندپروری خود، مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک CPRT، بر متغیر اطناب کلام مادران دارای کودک ADHD موثر بوده و این متغیر فرزندپروری مادران گروه آزمایش نیز کارآمدتر گشته است. ولی Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در خرده مقیاس اهمال کاری LX بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر $1/22$ - است، این میزان باتوجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای $0/225$ معنادار نیست. این یافته به این معنی است که بنا بر گزارش و توصیف مادران از فرزندپروری خود، مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک CPRT، بر متغیر اهمال کاری مادران کودکان ADHD موثر نبوده و این متغیر فرزندپروری مادران گروه آزمایش بهبود نیافته است. در نتیجه شاخص نمره کل فرزندپروری و متغیرهای واکنش بیش از حد و اطناب کلام تایید می‌شود ولی در متغیر اهمال کاری تایید نمی‌شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقایسه وضعیت گروه‌ها بر اساس شیوه محاسبه اندازه اثر

در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل، اندازه اثر درمانی^۱ مشاهده شده برای سبک فرزندپروری مادران محاسبه شد:

نتایج مربوط به محاسبه اندازه اثر در دو گروه، آزمایش و کنترل بر اساس مقایسه نمره‌های بدست آمده در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۷ آمده است.

جدول (۷) نتایج مربوط به اندازه اثر در دو گروه، آزمایش و کنترل در متغیر سبک فرزند پروری مادران



1 treatment effect size

گروه		آزمش						کنترل
شاخص	متغیر	میانگین (انحراف معیار)	اندازه اثر	میزان تاثیر	میانگین (انحراف معیار)		میزان تاثیر	
					پیش-آزمون	پس-آزمون		
نمره کل مقیاس فرزندپروری		۱۰۹/۲ (۱۵/۷۲)	۱/۳۲	قوی	۱۰۸/۵ (۱۲/۸۶)	۱۱۴/۵ (۱۵/۱۱)	ضعیف	
خرده مقیاس اهمال کاری LX		۳۷/۷۵ (۱۱/۶۳)	۰/۵۱	متوسط	۳۶/۵۳ (۹/۳۱)	۳۹/۳۸ (۸/۷۶)	ضعیف	
خرده مقیاس واکنش بیش از حد OR		۴۰/۷۵ (۸/۸۵)	۰/۸۷	قوی	۶۳/۲۳ (۵/۹۱)	۳۹/۰۷ (۷/۳)	ضعیف	
خرده مقیاس اطناب کلام VB		۲۷/۳۳ (۶/۰۵)	۱/۰۸	قوی	۲۸/۶۹ (۵/۷۶)	۲۹/۵۳ (۵/۳۹)	ضعیف	

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش همه مولفه‌ها به جز، اهمال کاری مادران با اندازه اثر متوسط، دارای اندازه‌های اثر قوی هستند. در مورد گروه کنترل اندازه‌های اثر محاسبه شده، ضعیف هستند. نگاهی به جدول ۷ نشان می‌دهد که علی‌رغم اینکه نمره‌های افراد گروه کنترل نیز در تمام متغیرها در پی آزمون، در

مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است. ولی این کاهش‌ها به اندازه گروه آزمایش نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی مداخلات درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر بهبود فرزندپروری مادران دارای کودک ۸-۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که آموزش مداخلات گروهی (CPRT) (مطابق الگوی لندرت، ۲۰۰۶) به مادران دارای کودک مبتلا به ADHD، در بهبود و کارآمدتر شدن فرزندپروری کلی مادران و کاهش خرده‌مقیاس‌های واکنش بیش از حد و اطناب کلام موثر بوده و تاثیر معناداری بر خرده‌مقیاس اهمال‌کاری نداشته است. اثر بخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) در سطح معناداری ($P < 0/05$) در متغیرهای مختلف فرزند پروری تأیید شد، هر چند در خرده‌مقیاس اهمال‌کاری رفتار والدین بر اثر مداخلات، تغییرات معناداری مشاهده نشد. نتایج مندرج در جدول ۸ نشان از اندازه اثر درمانی قوی در تمام خرده‌مقیاس‌های فرزندپروری (به استثنا خرده‌مقیاس اهمال‌کاری با اندازه اثر درمانی متوسط) در مقایسه با اندازه اثر ضعیف در تمام خرده‌مقیاس‌ها در گروه کنترل می‌باشد. همسو با نتایج پژوهش حاضر یافته‌های پژوهش‌های: (پسترمن، مک‌گرت، فایراستون، گودمن، وبستر و مالوی، ۱۹۸۹)؛ (چاو و لندرت، ۱۹۹۷)؛ (هریس و لندرت، ۱۹۹۷)؛ (کوستا و لندرت، ۱۹۹۹)؛ (جنگ، ۲۰۰۰)؛ (گلوور و لندرت، ۲۰۰۰)؛ (هین شاو و ۲۰۰۰)؛ (گیسبرگ، ۲۰۰۲)؛ (لی ولندرت، ۲۰۰۳)؛ (سولیس، میرز و وارجاس، ۲۰۰۴)؛ (فلوی، هیگدون و وایت، ۲۰۰۶)؛ (ریان و مدسن، ۲۰۰۷)؛ (ادوار لندر و وایت، ۲۰۰۷)؛ (ویلارینل، ۲۰۰۸)؛ (گارزا، کیدزورثی و واتس، ۲۰۰۹)؛ (گراسکوویک و گوتز، ۲۰۰۹)؛ (توماس و زیمر، ۲۰۱۱)؛ (لی، زیسر و آیرگ، ۲۰۱۱)؛ (جونز، ۲۰۱۰)؛ (کرونیز توسکانو، ۲۰۱۰)؛ (وبستر استراتون، ۲۰۱۱). و بیرامی (۱۳۸۸)

نیز، اثر بخشی مداخلات بازی درمانی و یا CPRT را در ارتقاء و کارآمدی فرزندپروری والدین و بهبود رابطه و تعاملات والد-کودک گزارش کرده‌اند.

اهداف روش CPRT عمدتاً بر رابطه میان والد -کودک و همچنین برخورد درونی کودک تمرکز دارد. 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 فی‌ما بین آن‌ها شده و موجب اصلاح سبک و منش رفتاری والدین در قبال کودک یا کودکان خویش (سبک‌های فرزند پروری) شده و رفتارهای مشکل ساز کودکان را نیز بهبود می‌دهند.

یکی از ابتدایی‌ترین مفاهیم آموزشی در جلسه اول، 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." بدین ترتیب خودآگاهی والدین، شناخت بیماری از سوی آنان و پیدایش احساس کفایت در پی اطلاع از تغییرپذیری علائم می‌تواند به نحو چشمگیری پذیرش درمانی و پیروی از درمان در همه زمینه‌ها را بهبود بخشد.

انگیزه بالا، احتمال همکاری و پشتکار والدین را در اجرای اصول رفتاری که در جلسات می‌آموزند، افزایش می‌دهد. والدین با حضور در کارگاه آموزشی شیوه-های مطلوب فرزند پروری و تعامل با کودک را آموزش می‌بینند و همین امر سبب کاهش مشکلات کودک و مشکلات ارتباطی بین والدین و کودک می‌شود. افزایش سلامت روان و کاهش تنش مادران، افزایش پذیرش کودک و تغییر نوع نگاه را می‌توان به نوعی وابسته به بهبود رابطه بین کودک و والدین در نظر گرفت.

اما نگرش والدین نسبت به مشکل کودک می‌تواند در فرایند درمان مؤثر باشد. به همین دلیل، ضروری است تا به والدین در مورد اختلال فرزندشان، اطلاعات

مهمی آموزش داده شود. قبل از هر چیز، والدین باید بدانند که علت ایجاد اختلال نیستند و اینکه بسیاری از مشکلات کودک را می‌توان درمان کرد. یکی دیگر از کلیدهای تغییر در CPRT، آموزش مهارت هماهنگی بین زبان کلام و زبان بدن به مادران در جلسات اولیه دوره آموزش همراه با تمرینات ویژه در طول دوره بوده است که نشانگر علاقه و توجه کامل والدین (مادران) به کودک است. زمانی که والدین به کودک نشان می‌دهند نیازها، عواطف و احساسات وی را درک کرده‌اند، و نوع جدیدی از رابطه همدلانه را تجربه کردند، ضمن کاهش نیاز به توضیح کلامی (اقتاب کلام) و بهبود مهارت‌های فرزندپروری مادران، قدم مهمی در بهبود مشکلات رفتاری کودک برداشته‌اند.

در این جا لازم است به تبیین نقش تکالیف خانگی نیز اشاره کنیم. موضوع مهمی که در تعیین تکالیف درمانی مورد توجه پژوهشگران پژوهش حاضر قرار گرفت، این بود که سازمان‌دهی تکالیف به گونه‌ای تنظیم شده بود که والدین در انجام آنها موفق می‌گشتند و به خاطر تلاش شان تقویت می‌شدند در نتیجه از آنجا که در دستورالعمل اجرایی جلسات CPRT بر کنترل، اصلاح و ایفای نقش تکالیف خانگی در ابتدای هر جلسات تاکید شده است، اجرای بازی نقش، اصلاح و بازخورد دهی توسط درمانگر و سایر اعضای گروه و اطمینان از فهم کامل مفاهیم را می‌توان از ابزار مهم اثربخشی قابل قبول و اطمینان بخش این شیوه درمانی به شمار آورد.

بر اساس تحقیقات (مک ماهون ، ۲۰۰۲ به نقل از زرگری نژاد ، ۱۳۸۶) همکاری پدر به عنوان عامل مؤثری در موفقیت جلسات آموزشی والدین به حساب می‌آید. در پژوهش حاضر، در زمان تشکیل جلسات آموزشی تعدادی از پدرها شرکت فعال داشتند و با مادران همکاری می‌کردند؛ و تعدادی هم که خود در جلسات حاضر نبودند، اطلاعات را از طریق همسران خود به وسیله ضبط جلسات دریافت می‌کردند. تحقیقات مکررا نمایانگر این حقیقت است که زمانی که حمایت متقابل بین والدین وجود داشته باشد، والدین وقت بیشتری را با فرزندان خود سپری می‌کنند و رابطه آنها با کودکان همراه با حساسیت و توانایی بیشتری می‌باشد و مهر و

محبت بیشتری بین والدین و کودکان به وجود می‌آید (کوهن، ۱۹۹۱، به نقل از ادوارد و همکاران، ۲۰۱۰). جایگزینی والدین به عنوان درمانگر و استفاده از ارتباط عاطفی موجود بین والد و کودک در جهت درمان به متخصصین کمک کرده است تا به نتایج بهتری دست یابند. این پدیده موضوعی جهان‌شمول بوده و نقش والدگری و فرزندپروری در کلیه جوامع به صورت مشابه تجربه می‌شود (مصطفوی، ۱۳۸۸). عواطف حاکم بر ارتباطات والد - کودک نیز پدیده‌ای ذاتی و فارغ از نژاد ملیت و قومیت است همانگونه که اثر بخشی این مداخلات را تحقیقات فرا فرهنگی مثل (چاو و لندرت، ۱۹۹۷)؛ (جنگ، ۲۰۰۰)؛ (گلوور و لندرت، ۲۰۰۰)؛ (لی و لندرت، ۲۰۰۳)؛ (سولیس، میرز و وارجاس، ۲۰۰۴)؛ (ادوار، لندر و وایت، ۲۰۰۷)؛ (ویلا ریئل، ۲۰۰۸)؛ (گاززا، کیدزورثی و واتس، ۲۰۰۹)؛ (مصطفوی، ۱۳۸۸) بر روی جمعیت های بالینی با قومیت و نژادهای مختلف گزارش کردند.

فرایند گروهی حاکم بر روش CPRT امری مهم در تأثیرگذاری آن است چرا که اغلب والدین، دارای کودک مبتلا به ADHD، در تعامل با کودک خود دچار مشکل هستند و احساسات و هیجانات آنها در قالب گروه تعدیل و به گونه‌ای همدلانه انعکاس داده شده و در نتیجه آگاهی و بینش بیشتری کسب می‌شود. به طور کلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که برنامه گروهی مداخلات مبتنی بر رابطه والد ° کودک در بهبود فرزندپروری مادران دارای کودک ADHD سودمند است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم حضور همه پدران در جلسات در برنامه گروهی مداخلات بود. پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی برنامه گروهی مداخلات مبتنی بر رابطه والد ° کودک در بهبود فرزندپروری مادران دارای کودک ADHD، پژوهش‌های دیگری در خصوص اثربخشی روش CPRT بر بهبود سلامت روان، تنیدگی مادران و دیگر مشکلات روانشناختی والدین این کودکان انجام شود.

منابع

- [۱] انجمن روان پزشکی آمریکا. (۱۳۸۴). متن تجدید نظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ترجمه محمدرضا نیکخو و همکاران. تهران: انتشارات سخن.
- [۲] بارکر، فیلیپ. (۱۳۸۵). خانواده درمانی پایه. ترجمه‌ی دهقان. تهران: انتشارات رشد.
- [۳] بلوم کویست، مایکل ال. (۱۳۸۳). مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار. ترجمه جواد علاقه‌بندراد. تهران: انتشارات سنا.
- [۴] بیرامی، منصور. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران پسر دبستانی مبتلا به اختلالات برون‌سازی شده در کودکان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تهران.
- [۵] زرگری نژاد، غزاله. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه‌ی موردی)، فصل‌نامه علمی- پژوهشی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، دوره ۳، شماره ۲، ۲۹-۴۸.
- [۶] شولتز، دوان. (۱۳۸۴). نظریه‌های شخصیت. ترجمه یوسف کریمی و همکاران.. تهران: نشر ارسباران.
- [۷] علیزاده، حمید. (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی. تهران: انتشارات رشد.
- [۸] علاقه‌بندراد جواد؛ جبرانی پویا و محمدی محمدرضا. (۱۳۸۳). اختلال‌های روان-پزشکی در خانواده کودکان مبتلا به کمبود توجه/ بیش‌فعالی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی اندیشه و رفتار، شماره ۱، ۱۲-۱۹.

[۹] فرمند، آتوسا. (۱۳۸۵). سودمندی درمان ترکیبی: برنامه‌ی گروهی فرزندپروری و دارودرمانی بر علائم و شیوه‌های تربیتی کودکان ۱۲-۲ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، در مقایسه با هر یک از این درمان‌ها به تنهایی. پایان‌نامه‌ی دکتری روان‌پزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

[۱۰] مصطفوی، سعیده سادات. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش شیوه بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد ° کودک (مطابق با الگوی لندرت) به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و تنیدگی والدین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شاهد.

[11] Achenbach, T. M., & Rescolar, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA school age: From and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, College of psychiatry, 20-60.

[12] Alizadeh, S., Abu Talib, M., Rohani, A., & Mariani, M. (2011). An Exploration study of Effectiveness of Child Parent Relationship Therapy (CPRT) on Children Internalizing Behavior Problems. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 5(12): 1905-1908.

[13] Anastopoulos, A. D., Dupaul, G. J. (1991) Stimulant medication and parent training therapies for ADHD . *Journal of learning disability*.

[14] Barkely, R. A., Dupaul, G. J. & McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 58 , 775-789.

[15] Bratton, S., Ray, D., & Moffit, K. (1998). Filial / Family play therapy: An intervention for custodial grandparents and their grandchildren. *Educational Gerontology*, 34, 391-406.

[16] Bratton, S., & Ray, D. (2000). *What the research shows about play Therapy*, 9(1), 47-88.

[17] Bratton, S. & Ray, D. (2002). *Humanistic play therapy*. In D. Cain and J. seeman (Eds), *Humanistic psychotherapies: Hand book of research and practice*. 369-402. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- [18] Bratton, S., & Landreth, G. (1995) . Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of play Therapy*, 9(1), 47-88.
- [19] Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L . (2006). A Meta-Analysis of the play therapy outcome research from 1947 to the present: a brief summary. *Association for play therapy Newsletter*, 20(4), 28.
- [20] Carr, A. (1999). *The handbook of child and Adolescent clinical Psychology: A contextual approach*. New York. Routledge .
- [21] Carr, A. (2006). *Family therapy: Concepts Process and Practice*,. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- [22] Chau, I. y., & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with Chinese parents: Effects on parental empathic interactions, parental acceptance of child and parental stress. *International Journal of play Therapy* , 6(2), 75-92.
- [23] Costas, M. B., & Landreth, G. (1999). Filial therapy with non-offending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of play Therapy*, 8, 43-46.
- [24] Cristante, L. (2003). Training in parent consultation skills for primary care practitioners in early intervention in the pre-school context. *Australian e-Journal for the Advancement of mental Health*, 2(3).
- [25] Dean, C., Myers, K., & Evans, E. (2003). Community-Wide implementation of a parenting program: the south East Sydney positive parenting project. *Australian e-journal for the Advancement of mental Health* .2(3).
- [26] Edwards, N. A., Lander, J., & White, J. (2007). Perceived effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother: A qualitative case study. *International Journal of play therapy*. Vol 16(1), 36-53.
- [27] Edwards, N. A., Sullivan, J. M., Meany-Walen, K., & Kantor, K. R. (2010). Child parent relationship training: parents perceptions of process and outcome. *International Journal of play therapy*, Vol 19(3), 159-173.

- [28] Feloy, Y. C., Higdon, L., & White, J. F. (2006). Qualitative study of filial therapy parents voices. *International Journal of play Therapy*. Vol, 15(1), 37-64.
- [29] Garza, Y., Kinsworthy, S., & Watts, R. E. (2009). Child-parent relationship training as experienced by Hispanic parents: Aphenomenological study. *International Journal of play therapy*. Vol 18(4), 217-228.
- [30] Glover, Geri J.; Landerth, Garry L. (2000). Filial Therapy with Native American on the Flathead Reservation. *International Journal of Play Therapy*. Vol. 9(2), 57-80.
- [31] Ginsberg, B. G. (2002). The power of Filial Relationship Enhancement therapy as an intervention in child abuse and neglect. *International Journal of play therapy*. Vol 11(1), 65-78.
- [32] Harris, Z. L., & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A Five week model. *International Journal of play therapy*, 6(2), 53-73.
- [33] Hinshaw, S. P., et al. (1997). Comprehensive assessment of childhood ADHD in contex of a multisite multi modal clinical trial. *Journal of attention disorder*. 1: 217-222.
- [34] Jang, M. (2000). *Effectiveness of filial therapy for korean parents*. *International Journal of play Therapy*. Vol 9(2), 39-56.
- [35] Joiner, K.D.; Landerth, G. L. (2005). Play Therapy instruction: A model bases on objectives developed by the Delphi technique. *International Journal of play therapy*. Vol 14(2) , 49-68.
- [36] Kao, shu-chen ; Landreth, Garry L . (1997). Evaluating the impact of child- centered play therapy training . *International Journal of play Therapy*. Vol. 6(2), 1-20.
- [37] Kaplan, H. I., & Shaddock, B. J. (2005). *Comprehensive text book of psychiatry*, (8th ed.). Baltimore: William & Wilkins.
- [38] Lee, Mi-Kyong; Landerth , Garry L. (2003) . Filial Therapy with Immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of play Therapy*. Vol. 12(2), 67-85.
- [39] Landerth, G. L. (1991). *Play therapy: The art of relationship*. Munice, IN: Accelerated Development.

- [40] Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A ten session filial therapy model*. New York: Routledge.
- [41] Landreth, G. L., & Lobaugh, A. F. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling and Development*, 76, 157-165.
- [42] Landreth, G. L.; Wright, C. S. (1997). Limit setting practices of play therapists in training and experienced play therapists. *International Journal of play Therapy*. Vol. 6(1), 41-62.
- [43] Mash, E. J., & Barkley, R. A. (Eds). (2003). *Child psychopathology*. New York: Guilford press.
- [44] Pelham, W. E., & Gnagy, E. M. (1999). *Psychosocial and combined treatments for ADHD. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5 (3), 225-236.
- [45] Pisterman, S., McGrath, P., Firestone, P., Goodman, J. T., Webster, I., & Mallory, R. (1989). Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactive.. *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol 57(5), 628-635.
- [46] Ray, D., Bratton, S., Rhine, Tammy; Jones, Leslie (2001). The effectiveness of play Therapy: Responding to critics. *International Journal of Play Therapy*. Vol 10(1), 85-108.
- [47] Ray, Dee; Bratton, Sue; Rhine, Tammy; Jones, Leslie (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of play Therapy*. Vol 10 (1), 85-108.
- [48] Rennie, R., & Landreth, G. (2000). Effects of filial therapy on parent and child behaviors. *International Journal of play therapy*. Vol 9(2), 19-37.
- [49] Ryan, V., & Courtney, A. (2009). Therapists use of congruence in nondirective play therapy and filial therapy. *International Journal of play therapy*. Vol. 18(2), 114-128.
- [50] Ryan, S. D., & Madsen, M. D. (2007). Filial family play therapy with an adaptive family: A response to preadaptive child

maltreatment. *International Journal of play therapy*. Vol 16(2), 112-132.

[51] Sanders, M. R. (2003). Triple P-Positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. *Australian c-Journal for the Advance ment of Mental Healt*,2(3).

[52] Sanders, M. R. et al . (2002). The effect of Triple-p on preschool children with coocurring disruptive behavior and Attentional / hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal child psychology*, vol 30 , 571-587 .

[53] Smith, N., & Landreth, G. (2009). A comparative analysis of intensive filial therapy with intensive individual play therapy and intensive sibling group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of play therapy*.

[54] Solis, C. M., Meyers, J., & Varjas, K. M. (2004). A Qualitive Case Study of the process and impact of filial therapy with an African American Parent. *International Journal of play therapy*, 13(2), 99-118.

[55] Steen, R. L. (2005). Adapting Filial therapy for families who have a child with a life threatening illness. (Doctoral dissertation, University of north texas). *Dissertation Abstract International*, B, 65(08), 4306.

[56] Stergiakouli, E., Hamshere, M., Holmans, P., Langley, K., & Zaharieva, I. (2012). ; deCODE Genetics, et al. Thapar Investigating the contribution of common genetic variants to the risk and pathogenesis of ADHD. *Am JPsychiatry*.;169(2):186-94.

[57] Stover, L., Guerney, B., & Oconnell, M. (1971). Measurements of acceptance, allowing self-direction, involvement, and empathy in adult-child interaction, *journal of psychology*, 77, 261-269.

[58] Talaei, A., Mokhber, N., Abdollahian, E., et al. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder: A survey on prevalence rate among male subjects in elementary school (7 to 9 years old) in Iran. *J Atten Disord*; 13(4): 386-90.

- [59] Turner, K. M. T., Mrkie-Daddas, C., & Sanders, M. R. (2002). *Facilitator's manual Group Triple P. (ed. II Revised)*. Milton: Triple P International Pty. Ltd.
- [60] Valdizan, J. R., & Izaguerri-Gracia, A. C. (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder in adults*. Rev Neurol; 48 Suppl 2: S95-9.
- [61] Villarreal, C. E. (2008). School-based Child Parent Relationship Therapy (CPRT) With Hispanic parents. Dissertation Abstracts International Section A: *Humanities and Social Sciences*. 69(2-A), pp. 520.
- [61] Watson, D. L. (2007). An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression. Phd proposeale. Capella university.

