

اثربخشی آموزش رفتاری مادران بر میزان پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک

راضیه هاشمی^۱، محمد علی گودرزی^۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر آموزش رفتاری به مادران بر کاهش علایم پرخاشگری فرزندان مبتلا به اختلال سلوک بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. از این رو، تعداد ۲۴ نفر از مادرانی که فرزندانشان دارای این اختلال تشخیص داده شده بودند به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل چک لیست رفتاری کودکان بود. آموزش روش‌های اصلاح رفتار در قالب ۱۰ جلسه نود دقیقه‌ای در گروه آزمایشی اجرا شد. در پایان دو گروه پرسشنامه مذکور را به عنوان پس آزمون تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** تحلیل نتایج بیانگر تأثیر کاربردی آزمایشی بر کاهش پرخاشگری گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل بود ($p < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** به طور کلی، یافته‌ها نشان داد که آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران، مشکلات پرخاشگری فرزندان را کاهش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: آموزش رفتاری والدین، اختلال سلوک، پرخاشگری

^۱ (نویسنده مسئول) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز و روانشناس مدرسه r_ahaa@yahoo.com

^۲ استاد تمام روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

مقدمه

اختلال سلوک الگوی پایدار تکراری یا رفتارهایی است که در آن حقوق اساسی دیگران یا هنجارهای اجتماعی، متناسب با سن تحولی، نادیده گرفته می‌شود، این رفتارها در ۴ گروه اصلی قرار می‌گیرند: ۱- رفتارهای پرخاشگرانه‌ای که تهدیدی برای آسیب بدنی به سایر اشخاص و یا حیوانات است، ۲- رفتارهای غیر پرخاشگرانه‌ای که موجب اتلاف یا صدمه به اموال دیگران می‌شود، ۳- تقلب و سرقت و ۴- تخلف جدی از قوانین. طول مدت اختلال ۱۲ ماه است و میزان شیوع آن ۱٪ تا ۱۰٪ است و در پسران بیشتر از دختران دیده می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۹). همان‌طور که از ملاک‌های این اختلال بر می‌آید پرخاشگری شاید مهم‌ترین ویژگی در این اختلال باشد.

بسیاری از پژوهش‌ها بر این نکته تأکید دارند که پرخاشگری و مشکلات رفتاری کودکان در خانه می‌تواند به رفتارهای ضد اجتماعی و قانون‌شکنانه آتی منجر گردد (استوارت، دنیسون و واترسون^۱، ۲۰۰۲). در واقع، کودکان پرخاشگر در ارتباط با همسالان رفتارهای جامعه‌پسند کمتری از خود نشان می‌دهند و از دیگر سو این ویژگی‌ها مانع برقراری رابطه با همسالان می‌شود و کودک را در یادگیری ناتوان می‌سازند (کاول و الدج^۲، ۲۰۰۷). این مشکلات پرخاشگرانه خطر نتایج ضعیف در زندگی آتی کودک را افزایش می‌دهند. مجرمیت، مشکلات سلامت جسمانی و روانی و مشکلات در سازش یافتگی-های مربوط به زندگی زناشویی و شغلی از دیگر مشکلات این گروه محسوب می‌شوند (اسچلینگ، واش و یان^۳، ۲۰۱۱). همچنین، یافته‌های تحقیقات حاکی از آن است که کودکانی که مشکلات رفتاری دارند در خطر رفتارهای ضد اجتماعی در دوره‌های بعدی زندگی خود هستند (پرایس^۴، لند سوارک^۵ و ریڈ^۶، ۲۰۰۹).

علاوه بر این، نتایج تحقیقات متعدد نیز بیانگر این مطلب است که خانواده‌ها و کودکان مبتلا به اختلال سلوک مبتلا به رفتارهای ضد اجتماعی و پرخاشگری به رغم در دسترس بودن خدمات درمانی مناسب، هرگز از خدمات درمانی کافی برخوردار نمی‌گردند (ماش و ولف^۷، ۲۰۱۰؛ اسچلینگ^۸ و همکاران،

¹ Stewart, Dennison & Waterson

² Cavell, Elledage

³ Schilling, Walsh, Yun

⁴ Price, J.M

⁵ Landsverk, J

⁶ Reid, J

⁷ Mash & Volf

⁸ Scheling

۲۰۱۱). اما این امر در حالی است که دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهد در صورتی که، علائم برونی‌سازی شده در این اختلال تحت درمان قرار نگیرد این کودکان در نوجوانی و بزرگسالی در معرض خطراتی چون شکست تحصیلی، ترک تحصیل، بزهکاری، سوء مصرف مواد و الکل قرار می‌گیرند (گارباز^۱ و همکاران، ۲۰۱۴)، که این امر بیانگر به وجود آمدن مشکلات جدی و هزینه‌های بسیار زیاد مالی و انسانی در این زمینه دارد (بارکلی^۲، ۲۰۰۰). بنابراین، لزوم رسیدگی و یافتن درمان‌های مؤثر برای کودکان مبتلا به اختلال سلوک و به ویژه کاهش پرخاشگری آنان بسیار احساس می‌شود.

تعامل منفی کودک-مادر به عنوان عامل مهمی در بروز مشکلات برون‌سازی شده شناسایی شده است (قنبری، ۱۳۸۵). علاوه بر این، چگونگی تعامل والد-کودک اغلب به عنوان پیش‌بینی کننده‌ای برای مشکلات رفتاری کودکان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. تعامل‌هایی که معمولاً همراه با خصومت متقابل، بدبینی، مهار بیش از حد و خشونت هستند در بسیاری از آسیب‌شناسی‌های دوران کودکی دخالت دارند (هالنتشتین^۳، ۲۰۰۴).

در این زمینه، بررسی‌ها نشان داده‌اند که رفتارهای والدین بر ایجاد و گسترش اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان اثر دارد (فینزی-دوتان، تویترز و گولوب‌چیک^۴، ۲۰۱۱؛ کینان^۵ و همکاران، ۲۰۱۰؛ می‌یر^۶ و همکاران، ۲۰۰۹؛ هیپ‌ول^۷ و همکاران، ۲۰۰۸). به طور طبیعی کودکان از ۲ تا ۴ سالگی پرخاشگری فیزیکی بیشتری از خود برور می‌دهند (تریمبلی^۸، ۲۰۰۴)؛ والدین ناآگاه این رفتار را مخالفت با خود تلقی کرده و بیشتر به روش‌های نامناسب تربیتی مانند تنبیه بدنی روی می‌آورند. این کار زمینه‌ی بروز و گسترش اختلال سلوک در کودکان است. در واقع، کودکان از تولد تا ۴ سالگی در برابر والدگری ضعیف والدین بسیار آسیب‌پذیر هستند و همین یکی از عوامل خطر برای ایجاد اختلال سلوک می‌باشد (لوبر^۹، ۱۹۹۰). در واقع، اثرات محیط خانواده در رشد روانی و رفتاری کودک حائز اهمیت است و هرگونه اختلال در ساخت و فضای خانواده در ایجاد مشکلات رفتاری نقش بسزایی دارد

¹ Garbaz

² Barkly

³ Hollenstein

⁴ Finzy-Dowtan, Tweitz & Golobchick

⁵ Kinan

⁶ Meier

⁷ Hipwell

⁸ Trimby

⁹ Loeber

(امیرلیراوی، ۱۳۸۴). عوامل خانوادگی مثل افسردگی (فورهند و مک ماهون^۱، ۱۹۸۱)، تعارض و کشمکش میان والدین در مورد کودکان و تک والدی بودن در مشکلات برونی سازی شده کودکان نظیر قانون شکنی و پرخاشگری مؤثر است (هرسچل^۲، کالزاد^۳ و مک نیل^۴، ۲۰۰۲). بنابراین، ارتباط قوی بین اختلالات رفتاری کودکان و سطح معناداری از بد عملکردی خانوادگی، سرپرستی ضعیف، الگوهای ارتباطی خشن و پرخاشگری فیزیکی و کلامی در خانواده وجود دارد (لیور^۵، ۲۰۰۲). از این رو، با توجه به مطالب و تحقیقات مذکور به خوبی به نقش خانواده و رفتارهای والدین را در بروز، کنترل و یا حتی درمان اختلالات رفتاری کودکان پی برد.

با توجه به اهمیت رابطه بین والدین و کودکان در پدیدآیی مشکلات رفتاری کودکان یا اختلال‌های برونی سازی شده، آموزش والدین یکی از رایج‌ترین شیوه‌های درمانگری برای این اختلال‌ها محسوب می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۹). آموزش رفتاری روشی است که به وسیله آموزش اصول یادگیری اجتماعی به والدین می‌آموزند که چگونه پیشایندها و پیامدهای رفتارهای نامناسب کودکان خود را بشناسند و آن‌ها را تغییر دهند تا به رفتارهای مناسب و دلخواه دست یابند، چگونه رفتارهای مناسب را تقویت کنند و چگونه رفتارهای نامناسب را کاهش دهند (کرونیس^۶ و همکاران، ۲۰۰۴). آموزش والدین به منظور استفاده از روش‌های درمانی و ایجاد تغییر در تعامل والدین با کودکان و ایجاد شرایط مطلوب در خانواده به کار رفته است. دلیل نیاز چنین مداخله‌ای آن است که یا والدین فاقد مهارت‌های لازم برای تأمین محیط یکنواخت اجتماعی‌سازی کودکان هستند و یا کودک آسیب‌پذیری‌های ویژه‌ای دارد که وی را به آثار محیطی نامطلوب حساس می‌سازد (صالحی، ۱۳۸۵). از آن جا که والدین معمولاً به بیشترین میزان با کودکان خود تماس دارند و بر آن‌ها مهم‌ترین تأثیر را می‌گذارند. برنامه آموزش والدین باعث بهبود تعامل کودک و والد شده و برای رفتارهای برونی سازی کودکان کارآمد است (مک کی و همکاران، ۲۰۰۸). از بهترین موقعیت برای تغییر رفتارهای ناسازگارانه کودکان و افزایش رفتارهای سازش یافته در آنها برخوردارند. آموزش والدین حیطه وسیعی از مشکلات را در برداشته است و جهت درمان بسیاری از اختلالات کودکان به کار برده شده است (اکبری، ۱۳۸۵).

¹ Forhand, Furey, & Mc Mahon

² Herschell, A.D

³ Calzada, E.D

⁴ Mcneil, C.B

⁵ Liver

⁶ Cronis

با توجه به مطالعات انجام شده در زمینه دارو درمانی، این نکته قابل ذکر است که اگرچه این روش درمانی به کاهش علائم این اختلال کمک می‌کند، اما به دلیل مشکلاتی که به برخی از آن‌ها اشاره شد، این روش به عنوان اولویت نخست درمانی قرار نمی‌گیرد. این نکته در راهنمای بالینی برای اختلال رفتاری مطرح شده است که خط نخست درمانگری باید مشاوره با والدین و اجرای روش‌های مدیریت رفتاری^۱ باشد (استیگر و همکاران، ۲۰۱۵). اگرچه درمان دارویی به بهبود توجه کودک در کلاس درس کمک می‌نماید، اما تعاملات والدین و کودک را اصلاح نمی‌کند و همین امر اهمیت مداخلات روان شناختی از جمله آموزش والدین را برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک را نشان می‌دهد (بونین و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین، توجه، استفاده و کشف مداخلات روانشناختی تأثیرگذار و در رأس آن‌ها آموزش رفتاری والدین برای درمان مشکلات رفتاری کودکان از اهمیت اساسی برخوردار است.

آموزش‌های رفتاری والدین سابقه طولانی و موفقیت‌آمیز در درمان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک و حتی بسیاری از مشکلات درونی سازی شده داشته‌اند. این روش آموزشی-درمانی به‌وسیله بسیاری پژوهشگرانی که در قلمرو مشکلات پرخاشگری و نافرمانی کودکان کار می‌کرده‌اند نظیر فورهند^۲ و مک ماهان^۳ (۱۹۸۱)، تحت تأثیر قرار گرفته است (کرمیس و دیگران، ۲۰۰۴). در زیر به برخی از پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه اثربخشی آموزش رفتاری والدین بر مشکلات رفتاری کودکان اشاره شده است.

مک کارت و پریستر^۴ (۲۰۰۶) به مقایسه اثربخشی آموزش والدین رفتاری و روش شناختی-رفتاری در کودکان و نوجوانانی که رفتارهای ضد اجتماعی داشتند پرداختند. یافته‌های این پژوهشگران نشان داد که آموزش رفتاری والدین تأثیر بارزتری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان سنین پیش دبستانی و مدرسه نشان داد در حالی که درمان‌های رفتاری شناختی تأثیر قوی‌تری بر نوجوانان دارد. در پژوهشی که دانفورد و همکاران (۲۰۰۶) بر روی ۴۵ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی با استفاده از آموزش والدین رفتاری انجام دادند به این نتایج دست یافته‌اند که ارائه آموزش‌هایی در مورد علل، خصیصه‌ها و همچنین فنون مدیریت رفتار کودکان به مادران باعث کاهش بیش فعالی، رفتارهای تخریبی و پرخاشگری کودکان شده بود، علاوه بر این، این آموزش باعث بهبود عملکرد رفتاری کودکان و کاهش تنیدگی والدین آن‌ها گشته بود. در مطالعه

^۱ Behavior Management

^۲ Forhand, F.

^۳ Mc Mahan, R. J.

^۴ Mccart, Priester

دیگری که هوانگ و همکاران (۲۰۰۳) بر روی ۲۳ والد دارای کودک مبتلا به اختلال برونی‌سازی شده انجام دادند به این نتایج دست یافتند که بعد از ۱۰ جلسه آموزش والدین علائم اختلال نافرمانی مقابله-ای در کودکان کاهش یافته بود. طهماسبیان (۱۳۷۵) نیز در پژوهش خود نشان داد که آموزش والدین پیرامون افزایش رفتارهای مطلوب و کاهش رفتارهای نامطلوب در کودکان، رفتارهای پرخاشگرانه کودکان را به طور معناداری کاهش می‌دهد. اسفندیاری (۱۳۷۴) نیز به بررسی تأثیر آموزش مادران شیوه فرزندپروری و اختلالات رفتاری فرزندان پرداخت و ثابت نمود که آموزش شیوه فرزندپروری به مادران تأثیر معناداری در کاهش پرخاشگری کودکان دارد. همچنین، بسیاری از پژوهش‌ها اثربخشی این روش را در درمان کودکان مبتلا به اختلال سلوک تأیید کرده‌اند (داموس^۱ و سرکیتچ^۲، ۱۹۹۶، نقل از گیمپل و هالند، ۲۰۰۲؛ پرس نال^۳ و همکاران، ۲۰۱۴).

یکی از روش‌های آموزش رفتاری والدین، برنامه آموزش رفتاری والدین برکلی است که در پژوهش حاضر به منظور آموزش مادران کودکان مبتلا به اختلال سلوک در جهت کاهش میزان پرخاشگری آن‌ها به کار رفته است. این روش به وضوح فنون شکل دهی رفتار را که بر اساس اصول یادگیری اجتماعی است به والدین آموزش می‌دهد. والدین یاد می‌گیرند که پیش‌آیندها و پیامدها را چگونه دستکاری کنند تا به نتیجه دلخواه دست یابند و این که چطور رفتارهای کودکان را نظارت کنند، چگونه پاداش-های معینی بدهند و به رفتارهای مثبت توجه داشته باشند تا مشکلات کمتری داشته باشند و کمتر از تنبیه بدنی استفاده کنند. علاوه بر بهبود مشکلات رفتاری در برخی از پژوهش‌ها این روش به کاهش تنیدگی والدین و بهبود رابطه اجتماعی و پذیرش در آن‌ها منجر شده است (کرونیس و همکاران، ۲۰۰۴). در واقع، در این نوع درمان، اصلاح رفتار در محیط منزل و توسط والد انجام می‌شود. همچنین، این نوع درمان باعث افزایش جنبه‌های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی می‌شود و در پرتو اطلاعات جدیدی که والدین در این نوع درمان نسبت به مشکلات کودک خود پیدا می‌کنند بهتر می‌توانند در درمان کودک خود همیاری و همکاری بنمایند (فابیانو و همکاران، ۲۰۰۸).

با وجود اینکه تحقیقات اثربخشی آموزش رفتاری والدین را در بهبود مشکلات رفتاری کودکان مورد تأیید قرار داده‌اند، اما مطالعات اندکی در این زمینه به طور ویژه به آموزش والدین کودکان مبتلا به اختلال سلوک و تأثیر آن بر میزان پرخاشگری آنان صورت گرفته است. همچنین در ایران نیاز به

^۱ Serketich, W. J.

^۲ Dumas, J. E.

^۳ Pressnal

تحقیقات بیشتری با توجه به تفاوت‌های فرهنگی فرزندپروری و شیوه‌های رفتاری والدین ایرانی نسبت به کشورهای غربی احساس می‌شود. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش رفتاری به مادران کودکان مبتلا به اختلال سلوک بر کاهش پرخاشگری فرزندانشان بود.

روش پژوهش

طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح نیمه آزمایشی بود، این طرح از نوع طرح‌های با گروه آزمایش و کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان ارجاع داده شده به هسته‌های چهارگانه مشاوره آموزش و پرورش با اختلال سلوک مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ شهر شیراز و مادران آن‌ها بود. در انتخاب نمونه مناسب برای پژوهش، از میان دانش‌آموزانی که به هسته‌های چهارگانه مشاوره شهر شیراز ارجاع داده شده بودند، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک به وسیله پرسشنامه فهرست رفتاری کودک (CBCL) که توسط والدین تکمیل گردید، غربال شدند. برای اجرای این طرح، پس از هماهنگی لازم با هسته مشاوره آموزش و پرورش و مدیران مدارس، در جلسه‌ای مطالب لازم درباره پژوهش و ویژگی‌های دانش‌آموزان مورد بررسی در جایگاه آزمودنی به مادران ارائه و از آنان دعوت به همکاری شد و از آن‌ها خواسته شد به دقت به سؤالات پرسشنامه فهرست رفتاری کودکان پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، نمره-گذاری و پس از هم‌تاسازی آن‌ها از نظر متغیرهایی همچون؛ جنس، سن و میزان تحصیلات مادران و میزان رضایت مادران از وضعیت اقتصادی خانواده و اعلام رضایت مادران برای شرکت در مطالعه، ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. از پرسشنامه فهرست رفتاری کودکان CBCL با نمره برش $t=64$ برای تشخیص و غربالگری دانش‌آموزان با اختلال سلوک استفاده شد. نمرات حاصل از پرسشنامه فهرست رفتاری کودکان به عنوان نمرات پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. پس از هماهنگی با مرکز مشاوره دانشگاه شیراز و مرکز مشاوره ناحیه سه شیراز (وابسته به آموزش و پرورش)، مادران گروه آزمایش در مکان‌های مذکور، در ۱۰ جلسه آموزشی (تعداد ۴ جلسه در مرکز مشاوره ناحیه سه و ۶ جلسه در مرکز مشاوره دانشگاه شیراز) شرکت داده شدند که مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. رئوس کلی برنامه آموزش والدین شامل فوری ساختن پیامد، اختصاصی ساختن پیامدها، همخوان ساختن پیامدها، چیدن برنامه‌های تشویقی قبل از تنبیه، پیش‌بینی و برنامه‌ریزی برای رفتارهای نامناسب است که ده مرحله دارد و در جلسه آخر به

پایان می‌رسد. پس از اتمام آموزش‌ها، مجدداً، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه کنترل و آزمایش به منظور بررسی میزان پرخاشگری کودکان اجرا شد.

ابزار پژوهش

سیاهه ی رفتاری کودک (CBCL) آخنباخ - نسخه والدین

سیاهه ی رفتاری کودک از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ ASEBA بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب / افسردگی، انزوا / افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون‌سازی شده را تشکیل می‌دهند. این پرسشنامه مشکلات عاطفی- رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶-۱۸ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود (مینائی، ۱۳۸۴). این پرسشنامه شامل ۱۱۲ گویه درباره مشکلات خاص کودکان است و والدین می‌بایست وضعیت فرزند خود را در هر گویه با انتخاب یکی از سه گزینه " نادرست = ۰ " ، " تا حدی درست = ۱ " و " کاملاً درست = ۲ " مشخص کنند. مطالعات تحلیل عاملی آخنباخ و همکاران به شکل‌گیری ۸ عامل یا بُعد به نام‌های " مضطرب / افسرده " ، " انزوا / افسردگی " ، " شکایت‌های جسمانی " ، " مشکلات اجتماعی " ، " مشکلات تفکر " ، " مشکلات توجه " ، " نادیده گرفتن قواعد " و " رفتار پرخاشگرانه " منجر شده است. ۹ گویه نیز در هیچ‌یک از این ۸ مقیاس جای نگرفتند و در مقیاسی با عنوان " مشکلات دیگر " قرار گرفتند. سه عامل " مضطرب / افسرده " ، " انزوا / افسردگی " و " شکایت‌های جسمانی " عامل مرتبه دوم " مشکلات درونی‌سازی‌شده " را تشکیل دادند و از مجموع نمره‌های دو عامل " قانون شکنی " و " رفتار پرخاشگرانه " عامل " مشکلات برون‌سازی‌شده " به وجود آمد. در نهایت، می‌توان با جمع کردن نمره‌های ۹ مقیاس به نمره کلی که بالاترین و کلی‌ترین عامل است، دست یافت. برای نمره‌گذاری، مقیاس‌های مبتنی بر تحلیل عوامل ملاک قرار گرفت و پس از جمع نمره‌های مواد تشکیل‌دهنده هر مقیاس، نمره مقیاس به دست آمد. که در این پژوهش فقط از نمرات مربوط به زیر مقیاس رفتار پرخاشگرانه استفاده شد. ضرایب همسانی درونی این پرسشنامه بر حسب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ قرار دارد. با در نظر گرفتن تعداد اندک پرسشها و متفاوت بودن شکل آنها مقادیر آلفا در سطح مورد انتظار و رضایت‌بخش قرار دارند (مینائی، ۱۳۸۴). ضرایب آلفای مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌های CBCL بین ۰/۸۷ (برای مقیاس برون‌سازی‌شده) و ۰/۷۳ (برای مشکلات

اجتماعی) بوده است. اعتبار بازآزمایی (در فاصله بین ۵ تا ۸ هفته) نیز نشان داد، همه ضرایب همبستگی در سطح $p < 0/05$ معنادارند و بین دامنه ۰/۹۷ (برای مقیاس برونی‌سازی‌شده) و ۰/۳۸ (برای مقیاس مشکلات تفکر) قرار دارند.

برای آزمون فرضیه به شرط برقراری پیش‌فرض‌های آماری همچون همگنی واریانس‌ها و موازی بودن خط‌های رگرسیونی از تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه‌ها استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

از آن‌جا که طرح پژوهش در این مطالعه طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است، جهت تجزیه و تحلیل آماری یافته‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد (هومن، ۱۳۸۶). به عبارت دیگر، جهت بررسی تأثیر آموزش رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان، در پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

لازم به ذکر است که داده‌های بدست آمده از ۲۴ نفر از دو گروه مورد تحلیل قرار گرفت زیرا گروه‌ها در طی برگزاری دوره آموزشی با افت و ریزش مواجه شدند. در جدول ۱ شاخص‌های آماری توصیفی نمرات دو گروه در مقیاس پرخاشگری ارائه شده است.

جدول ۱) آماره‌های توصیفی میزان پرخاشگری بین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون			
متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۸۳	۲/۷۵
پرخاشگری	کنترل	۱۳/۷۵	۲/۴۰
پس‌آزمون	آزمایش	۱۰/۰۰	۲/۷۴
پرخاشگری	کنترل	۱۳/۴۱	۲/۵۰

همان‌طور که از محتوای جدول ۱ مشاهده می‌شود در مرحله پیش‌آزمون میانگین‌های دو گروه در میزان پرخاشگری تقریباً یکسان می‌باشد ولی در مرحله پس‌آزمون (بعد از اجرای متغیر مستقل) تفاوت زیادی مشاهده می‌شود.

این نوع تحلیل دارای مفروضه‌هایی است که از جمله مفروضه‌های تحلیل کوواریانس همگنی شیب‌های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش‌آزمون) و متغیرهای وابسته است، که در این پژوهش شیب خط رگرسیون در متغیر مورد مطالعه موازی بود. در این مطالعه تعامل گروه و پیش‌آزمون برای متغیر

پرخاشگری ($F=0/837$ و $p > 0/05$) معنا دار نیست، از این رو، می توان گفت که این پیش فرض رعایت شده است.

از دیگر مفروضه های این آزمون همگنی واریانس هاست که برای بررسی همگنی واریانس های دو گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون، از آزمون همگنی واریانس های لون استفاده شد. آزمون لون محاسبه شده متغیر مورد بررسی از لحاظ آماری معنی دار نبود، پس آزمون ها؛ پرخاشگری، $p > 0/05$ و $F=1/21$ ، بنابراین مفروضه همگونی واریانس ها نیز تأیید شد. از این رو، با توجه به برقراری مفروضه های اصلی این آزمون، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم. نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲) نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس جهت مقایسه نمرات پس آزمون پرخاشگری در دو گروه

زیر مقیاس ها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	مجذورات
پرخاشگری	پیش آزمون	۴۶/۶۴۵	۱	۴۶/۶۴۵	۶/۷۵	۰/۰۵	۰/۲۴
	گروه	۴۰/۶۷۸	۱	۴۰/۶۷۸	۵/۸۹	۰/۰۵	۰/۲۲
	خطا	۱۴۵/۰۲	۲۱	۶/۹۰	-	-	-
	کل	۳۴۷۲	۲۴	-	-	-	-

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می شود بین میانگین نمره پس آزمون زیر مقیاس های پرخاشگری [۰/۰۵] $P < 0/05$ و $F(1, 21) = 5/89$ بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنا داری وجود دارد. بنابراین، میانگین نمره پس آزمون پرخاشگری به صورت معنا داری کمتر از گروه کنترل است. به عبارتی می توان گفت آموزش رفتاری والدین به مادران، به صورت معنا داری استفاده از شیوه رفتاری پرخاشگرانه را در فرزندان، کاهش داده است.

بحث و نتیجه گیری

تحلیل نتایج نشان داد که آموزش رفتاری والدین در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه کودکان مؤثر بوده است. لازم به ذکر است که خرده مقیاس رفتارهای پرخاشگرانه که از تحلیل عاملی ماده های فهرست رفتارهای کودک به بوجود آمده است، شامل رفتارهایی نظیر جرو بحث کردن، توجه طلبی، خراب کردن وسایل خود و دیگران، نافرمانی در مدرسه و خانه، درگیری و نزاع با دیگران، یک دندگی و لجبازی، بدعنتی، تهدید کردن دیگران، نق زدن و پر سرو صدا بودن، عدم رعایت قوانین مدرسه و خانه،

دروغگویی و تقلب، آتش افروزی، تخریب‌گری، فرار از خانه و مدرسه، مشکلات جنسی، دزدی، فکر کردن در مورد مسائل جنسی بود.

نتایج این پژوهش با پژوهش‌های ویستر-استراتون (۱۹۸۴)، ویستر-استراتون، رید و هاموند (۲۰۰۱) مبنی بر اثر بخش بودن آموزش والدینی بر کاهش رفتارهای قانون شکنانه و منحرفانه در کودکان، همسو می‌باشد. این یافته با یافته‌های مک کات و پریستر (۲۰۰۶) و پرس نال^۱ و همکاران (۲۰۱۴) که اثر بخشی آموزش والدین را بر رفتارهای ضد اجتماعی در کودکان نشان داده‌اند همسو می‌باشد، زیرا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک‌های والدگری به عنوان یک پیش‌بینی کننده بسیار مهمی برای رفتارهای پرخاشگرانه و قانون شکنانه در کودکان محسوب می‌شود (لی تن و همکاران، ۲۰۱۳)

از دیگر سو، همسو با نتیجه پژوهش حاضر، پژوهش‌های دیگر نیز آموزش رفتارهای والدین را در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه کودکان مؤثر یافته‌اند (کرونیس و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین این نتیجه، با یافته‌های ویستر-استراتون، رید و هاموند (۲۰۰۱)، کریستانتو و نگ (۲۰۰۳)، دین، مایورز و ایوانز (۲۰۰۳)، باتر، آمان و آرنولد (۲۰۰۷)، فاستزو همکاران (۲۰۰۸)، استراتوپولو، جی سین و سیمون (۲۰۱۴)، هوف داکر و همکاران (۲۰۱۴)، فرنزی و همکاران (۲۰۱۵)، گارسیا و همکاران (۲۰۱۵)، طهماسبیان (۱۳۷۵)، قنبری (۱۳۸۵) و تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۷) مبنی بر اثربخشی آموزش والدین بر رفتارهای برون‌ریزانه کودکان همسو می‌باشد.

همچنین، بخشی‌پور (۱۳۸۸) در پژوهش خود با عنوان بررسی اثربخشی درمان راه حل محور به والدین بر رفتارهای برونی‌سازی شده کودکان (رفتارهای پرخاشگرانه و قانون شکنانه)، نشان داد که درمان راه حل محور بر رفتارهای برونی‌سازی شده در کودکان تأثیر داشته و این رفتارها را در آن‌ها کاهش داده است. اثربخشی روش آموزش رفتاری مادران در افزایش عملکرد رفتاری و کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان را به صورت کلی می‌توان به دلایل زیر نسبت داد:

از آن جا که بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به مشکلات برونی‌سازی شده در ارتباط با والدین و به خصوص مادر به وجود می‌آید و ادامه پیدا می‌کند. بنابراین آموزش روش‌های درست رفتار به مادران این چنین کودکانی که بشتترین زمان را با آن‌ها می‌گذرانند و آموزش رویکردهای منظم تقویتی و تنبیهی به آنان، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در این کودکان بالا برده است. همچنین، بیشتر این مادران در تلاش برای اداره رفتار ناکام کننده این اختلال سبک‌های والدینی خشن و منفی

¹ Constantino & Presnall

را اتخاذ می‌کنند و چون مهارت‌های توجه در شکل دادن رفتار کودکان حائز اهمیت هستند، این حوزه از آموزش اداره رفتار، شامل تغییر دادن شیوه‌ای که بر اساس آن مادران به کودکانشان توجه می‌کنند نیز می‌شود.

مهارت‌های توجه مهم از قبیل گوش دادن و ارائه توجه مثبت، در طی درمان ممکن است برای والدین فرصتی فراهم آورده باشد تا یاد گرفته باشند که چگونه بدون دخالت کردن و پرسیدن سوال، به کودکانشان توجه کنند و چگونه به صورت مثبت با اظهار نظرهای خود رفتارهای مطلوبی را که می‌خواهند کودکان آن‌ها را افزایش یا ادامه دهند به وجود آورند. بسیاری از مادرانی که در گروه آموزشی این چینی شرکت می‌کنند، خود را به خاطر مشکلات رفتاری کودکان‌شان مقصر می‌دانند و یا بر عکس، اعتقاد دارند که کودکان آن‌ها به صورت ارادی راهی را برای اذیت و آزار آن‌ها انتخاب کرده‌اند: توضیح در مورد ماهیت و علت مشکلات رفتاری برون‌ریزانه می‌تواند شناخت‌های نادرست والدین را چه در مورد خودش و چه در مورد کودکان‌شان اصلاح کند و احساس گناه، به خاطر مقصر بودن و احساس خشم، به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش دهد. بدین ترتیب کاهش احساسات منفی در والدین به ایجاد روابط بهتر با کودکان و افزایش عملکرد رفتاری این کودکان منجر خواهد شد. این پژوهش به لحاظ تعداد جلسه‌های برگزار شده، تعداد افراد شرکت کننده در گروه آزمایش و کنترل، وسیله‌های ارزیابی شدت نشانه‌ها، محدود بود. پژوهش‌های دیگر می‌توانند روش آموزش رفتاری والدین را در تعداد جلسات بیشتر با موضوعات متنوع‌تر و در نمونه‌ای بزرگ‌تر مورد بررسی قرار دهند.

پژوهش حاضر اثربخشی روش آموزش رفتاری مادران را بر کاهش نشانه‌های پرخاشگرانه کودکان مبتلا به اختلال سلوک مورد بررسی قرار داده است. پژوهش‌های آینده می‌توانند بر کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری دیگر متمرکز شوند. همچنین در دوره آموزشی این پژوهش تنها مادران حضور داشتند. برگزاری جلساتی با حضور افراد دیگری که ارتباط نزدیک با کودک دارند، مانند پدران و معلمان بهتر می‌تواند مشکلات این کودکان مشخص سازد و در بهبود هر چه بیشتر این کودکان سهم داشته باشد. از آن‌جا که اختلال‌ها و مشکلات برون‌ریزانه یکی از شایع‌ترین اختلالات و مشکلات دوران کودکی هستند، لذا پیشنهاد می‌شود، سازمان‌هایی غیر دولتی در رابطه با این اختلال تأسیس گردیده تا والدین این کودکان بتوانند با در میان گذاشتن تجارب خود با یکدیگر، بهتر بتوانند در جهت درمان کودکان خود تلاش و کوشش نمایند.

منابع

- اسفندیاری، غلامرضا. (۱۳۷۴). بررسی مقایسه شیوه های فرزندپروری مادران مبتلا به اختلالات رفتاری و مادران بهنجار و تاثیر آموزش مادران بر اختلالات رفتاری فرزندان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- اکبری، مریم. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مداخلات رفتاری به مادران در چهارچوب نظریه شرطی سازی کنشگر روی پیشرفت تحصیلی و ابعاد رفتاری دانش آموزان دختر با اختلال رفتاری شهر خمین. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- امیرلیروای، مریم. (۱۳۸۴). رابطه رفتار والدین و پایگاه اجتماعی اقتصادی آنان با میزان پرخاشگری دانش آموزان شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- بخشی پور، باب الله. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان راه حل محور بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوان مدارس ساری. رساله دکتری چاپ نشده. دانشگاه علامه طباطبایی.
- تهرانی دوست، مهدی؛ شهریور، زهرا؛ محمودی قرائی، جواد و علاقبندراد، جواد. (۱۳۸۷). تاثیر آموزش سازنده فرزندان به والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۴، ۳۷۹ - ۳۷۱.
- صالحی، سمیه. (۱۳۸۵). اثربخشی آموزش والدین با کودکان آدلری بر سبک‌های مقابله‌ای مادران دارای کودکان اختلال سلوک. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- طهماسبیان، کارنیه. (۱۳۷۵). بررسی اثربخشی آموزش مادران و کاهش مشکلات رفتاری کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- قنبری، سعید. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی آموزش رفتاری والدین در کاهش مشکلات برونی سازی شده کودکان، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی کودک، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی.
- مینایی، احسان. (۱۳۸۴). هنجاریابی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه آخنباخ. تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.
- هومن، حیدر علی. (۱۳۸۶). شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: انتشارات سمت.
- Barkley R. (2000). Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents (rev.ed.). New York: Guilford Press.

- Bonin, EM., Stevens, M., Beecham, J., Byford, AS., & Parsonage, M. (2011). Costs and longer-term savings of parenting programmes for the prevention of persistent conduct disorder: a modeling study. *BMC Public Health*, 11:803.
- Butter, M. Aman, M, Arnold, L. (2007). Parent training for children with pervasive . Developmental Disorder. *Journal of Behavioral intervention intervention*, 22(2),179-199.
- Cavell ,T.A., Elledage, L.C. (2007). Working with parents to aggressive, school ago children .Biresmeister,J.M., schaefer, C.E. *Handbook of parent training: helping parent prevent and solve problem behaviors*,3rd ed, (pp 379-424). Hobon,N.d
- Chronis, A. H., Chacho, A., Fabiano, G. A., & Pelham, W. E. (2004). Enhancement to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of children with ADHD: Review and future direction. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(2), 1-27.
- Crisante, L., & Ng, S. (2003). Implementation and process issues in using Group Triple P with Chinese parents: Preliminary findings. *Australian e-Journal for the Advancement of*
- Danforth.J.S. Harvey.E., Ulaszek.W.R. & Mckee.T.E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention deficit hyper activity disorder and defiant aggression behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37,188-205.
- De Luis-García R, Cabús-Piñol G, Imaz-Roncero C, Argibay-Quñones D, Barrio-Arranz G, Aja-Fernández S, Alberola-López C. 2015. Attention deficit/hyperactivity disorder and medication with stimulants in young children: a DTI study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 3(57),176-84.
- Dean,C., Myers, K, Evants, E(2003).communication wide implementation of parenting problem: the south east Sydney positive parenting program, *Ae JAMH* ,2(3),1-12.
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chornis-Tuscano, A., OConnor, B. (2008). A meta-analysis of behavior treatment for attention-deficit /hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 52, 1-12.
- Finzi-Dottan, R., Triwitz, Y. S., & Golubchik, P. (2011). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in developmental disabilities*, 32(2), 510-519.
- Forehand, R. L., and R. J. McMahon. 1981. *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*: Guilford press New York.
- Foster, E. M., Prinz, R. J., Sanders, M. R., & Shapiro, C. J (2008). The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Children and Youth Services Review*, 30(5), 493–501.
- Frances A. Wymbs, Charles E. Cunningham, Yvonne Chen, Heather M. Rimas, Ken Deal, Daniel A. Waschbusch & William E. Pelham Jr. (2015). Examining Parents' Preferences for Group and Individual Parent Training for Children with ADHD Symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 20, 1-18.
- Garbacz, L. L., D. M. Brown, G. A. Spee, A. J. Polo, and K. S. Budd. 2014. Establishing Treatment Fidelity in Evidence-Based Parent Training Programs for Externalizing

- Disorders in Children and Adolescents. *Clinical child and family psychology review*, 17, 230-247.
- Gimpel, G.A. Holland ,M .L. (2002). *Emotional and Behavioral Problems of Young Children: Effective Interventions in the Preschool and Kindergarten Years*,New York: Guilford press.
- Herschell, A.D., Calzada, E.D., Mcneil, C.B. (2002). Parent child Interaction therapy: New Clirections in Research. *Cognitive and behavioral Practice*, 9,9- 16.
- Hipwell, A., Keenan, K., Kasza, K., Loeber, R., Stoethamer-Loeber, M., & Bean, T. (2008). Reciprocal influences between girls' conduct problems and depression, and parental punishment and warmth: A six year prospective analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 5: 663–677.
- Hollenstein, T. (2004). Rigidity in parent – child interaction and the developmental of externalizing and internalizing early childhood. *Journal of Abnormal child Psychology*, 32(4),595-607.
- Huang.H. Chao.C. Tu.C.C. & Yang.P.C. (2003). Behavior Parent training for Taiwanese parent of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry & Cilinical Neurosciences*, 57,275-281.
- Keenan, K., Wroblewski, K., Hipwell, A., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2010). Age of Onset, Symptom Threshold, and Expansion of the Nosology of Conduct Disorder for Girls. *Journal of Abnormal Psychology*. 4: 689–698
- Leijten, P., Maartje, J. R. , Orobio de Castro, B., Matthys, W. (2013). Does Socioeconomic Status Matter? A Meta-Analysis on Parent Training Effectiveness for Disruptive Child Behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(3), 384–392.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*. 10: 1–41.
- Maria Efstratopoulou, Rianne Janssen, Johan Simons. (2012). Agreement among physical educators, teachers and parents on children's behaviors: A multitrait–multimethod design approach. *Research in Developmental Disabilities*. 33(5), 1343–1351.
- Mash, E J., & Wolfe, D A. (2010). *Abnormal Child Psychology*. Wadsworth, Cengage Learning.
- Mccart, M., Priester, P. (2006). Diffrential Effectivness of behavioral parent training ad cognitive behavior, behavior therapy For Antisocial youth. *Journal of Abnormal child psychology*, 34(4), 525- 537.
- Mckee, L., Colletti, C., Rakow, A., Jones, D.J., - Forehad, R (2008). Parenting and chilf externalizing behaviors: Are the associatins Specific or diffusse? *Aggression and violent Behavior*, 13, 201 – 215.
- Meier, M H., Slutske, W S., Heath, A C., & Martin, N G. (2009). The role of harsh discipline in explaining sex differences in conduct disorder: A study of opposite sex twin pairs. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 37: 653–664.

- Presnall, N., C. H. Webster-Stratton, and J. N. Constantino. 2014. Parent training: equivalent improvement in externalizing behavior for children with and without familial risk. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 53:879-887. e2.
- Price, J.M., Landsverk, J., Reid, J. (2009). Keep Foster-parent training intervention: Model description and effectiveness. *Child and Family Social Work*, 14, 232- 242.
- Sadock, B. J., V. A. Sadock, and H. I. Kaplan. 2009. *Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schilling, C. M., Walsh, A., & Yun, I. (2011). ADHD and criminality: A primer on the genetic, neurobiological, evolutionary, and treatment literature for criminologists. *Journal of Criminal Justice*, 39(1), 3-11.
- Steeger, C. M., D. M. Gondoli, B. S. Gibson, and R. A. Morrissey. 2015. Combined cognitive and parent training interventions for adolescents with ADHD and their mothers: A randomized controlled trial. *Child Neuropsychology*, 1-26.
- Stewart, A., Dennison, S., Waterson, E. (2002). Pathways from child Maltreatment to juvenile offending. School of criminology and criminal justices. Griffith university.
- Tremblay, R. E. (2004). Development of physical aggression during infancy. *Infant Mental Health Journal*. 25:399-407.
- van den Hoofdakker, B. J., P. J. Hoekstra, L. van der Veen-Mulders, S. Sytema, P. M. Emmelkamp, R. B. Minderaa, and M. H. Nauta. (2014). Paternal influences on treatment outcome of behavioral parent training in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European child & adolescent psychiatry*. 23, 1071-1079.
- Webster-Stratton, C, Reid, J, Hammond, M. (2001). Preventing Conduct Problems, Promoting Social Competence: A Parent and Teacher Training Partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 283-302.
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized Trial of Two Parent-Training Programs for Families With Conduct-Disordered Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(4), 666-678.