

مقاله‌ی پژوهشی

اثربخشی آموزش رفتاری مادران بر مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان پیش دبستانی محروم از پدر

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش رفتاری مادران بر مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان پیش دبستانی محروم از پدر بود.

روش کار: در این کارآزمایی بالینی با روش نمونه‌گیری هدفمند، از مادران مراجعه‌کننده به انجمن مددکاری امام زمان (عج) اصفهان در سال ۱۳۸۹ که دارای کودکان ۴ تا ۶ ساله‌ی بدون پدر بودند، خواسته شد تا به پرسش‌نامه‌ی توانایی و مشکلات (فرم والدین)، چک‌لیست علایم روانی ۹۰ آیتمی و پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی پاسخ دهند. ۱۸ نفر از مادرانی که کودکان‌شان بر اساس نمره‌ی کل پرسش‌نامه، بیشترین مشکلات هیجانی و رفتاری را دارا بودند، به عنوان نمونه‌ی مقدماتی به طور تصادفی در دو گروه ۹ نفره‌ی آزمون و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمون، آموزش رفتاری را در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای در محل انجمن مددکاری دریافت کردند. در پایان جلسات از هر دو گروه، پس‌آزمون و بعد از ۳ ماه، پی‌گیری به عمل آمد. داده‌ها با آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: آموزش رفتاری مادران، میزان مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان پیش دبستانی محروم از پدر را در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری، به طور معنی‌داری کاهش داد ($P < 0/01$). این نتیجه در مورد تمام زیرمقیاس‌های مشکلات هیجانی و رفتاری (مشکلات هیجانی در پس‌آزمون، سلوک، بیش‌فعالی، مشکل با همسالان) به استثنای زیرمقیاس مشکلات هیجانی در مرحله‌ی پی‌گیری، صادق بود. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد آموزش رفتاری مادران در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان پیش دبستانی محروم از پدر موثر است.

واژه‌های کلیدی: آموزش، رفتار، کودکان پیش دبستانی، مادران، هیجان

الهام آقائی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی
دانشگاه شاهد

مهرداد کلاتری

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

سمیه جمالی پاتلعه

دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی
دانشگاه الزهرا

*مؤلف مسئول:

ایران، تهران، ابتدای آزاد راه تهران - قم،
دانشگاه شاهد، دانشکده‌ی علوم انسانی
elhamaghaei87@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۱/۷/۶

تاریخ تایید: ۹۲/۲/۲۲

پی‌نوشت:

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد بوده و با کد IRCT2012061210008N1 در سایت کارآزمایی‌های بالینی به ثبت رسیده و پس از تایید گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری انجمن مددکاری امام زمان (ویژه‌ی کمک به ایتم) اصفهان و شرکت‌کنندگان این پژوهش، قدردانی می‌گردد.

Original Article

The efficacy of mothers' training on behavioral and emotional problems of bereaved preschool children

Abstract

Introduction: The purpose of this study was an investigation of the effectiveness of mother's behavioral training on emotional and behavioral problems of bereaved preschool children.

Materials and Methods: In this clinical trial, sampling method was purposeful, so mothers with children 4 to 6 years who were referred to Imam Zaman Social Work Association in Isfahan in the year of 2010-2011, and they were asked to answer the strengths and difficulties questionnaire, SCL-90-R and demographic questionnaire, 18 mothers with the higher scores of emotional and behavioral problems in their children were selected by random sampling. They were then randomly allocated in to two groups each contains 9 mothers as control and experimental groups. The experimental group received the training in the 8 sessions (90 minutes) in the Social Work Association, while the control group was in waiting list control. The two groups complete the post and follow up (3 month follow-up) measure. Data were analyzed by descriptive statistics, multivariate analysis of covariance and SPSS15 software.

Results: Results showed the significant effect of mother's group training on reduction of emotional and behavioral problems of bereaved preschool children ($P < 0.01$). Results also showed significant difference two groups in the all subscales of emotional and behavioral problems (emotional problems in post test, conduct, ADHD, peer problems) except subscale emotional problem in follow up.

Conclusion: It seems that mothers' training is effective in reducing the emotional and behavioral problems of bereaved preschool children.

Keywords: Behavior, Emotion, Mothers, Preschool children, Training

Elham Aghaei

Ph.D. student in clinical psychology
Shahed University

Mehrdad Kalantari

Associate professor of psychology,
Isfahan University

Somayyeh Jamali Paghaleh

Ph.D. student in educational psychology
Al-Zahra University

*Corresponding Author:

Faculty of humanistic sciences, Shahed University.
Beginning of the highway
Tehran-Qom, Tehran, Iran
elhamaghaei87@yahoo.com
Received: Sep. 27, 2012
Accepted: May. 12, 2013

Acknowledgement:

This study derivated from MS dissertation. It registered in with code IRCT2012061210008N1 in Iranian Clinical Trials Registration and approved by department of Isfahan University. No grant has supported this present study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Aghaei E, Kalantari M, Jamali Paghaleh S. The efficacy of mothers' training on behavioral and emotional problems of bereaved preschool children. Journal of Fundamentals of Mental Health 2014; 16(2): 100-9.

مقدمه

خانواده، مهم‌ترین نهاد اجتماعی در جوامع انسانی بوده و از نظر تکوین شخصیت و پرورش آن در فرزندان و همچنین سازگاری بعدی فرد با جامعه دارای آثار وسیعی می‌باشد. پدر و مادر دو رکن اساسی خانواده هستند که با به وجود آوردن محیطی امن و سالم، رشد روانی فرزندان خود را میسر می‌سازند (۱) لذا عدم حضور هر یک از والدین در محیط خانواده، تعادل آن را بر هم زده و آثاری سوء بر رشد طبیعی فرزندان می‌گذارد. شناخت نحوه‌ی تاثیر والدین بر کودکان و بررسی نقش هریک از آنان در روند رشد روانی-اجتماعی و شخصیتی کودکان و نوجوانان همواره مورد توجه روان‌شناسان و جامعه‌شناسان بوده است (۲). در این زمینه، در طی دهه‌های گذشته، بیشتر بر نقش مادر در پرورش فرزندان تاکید شده، در حالی که اخیراً اهمیت نقش پدر نیز شناخته شده و در پژوهش‌های متعدد بر اهمیت حضور پدر در خانواده و نقش وی در سلامت روانی کودکان تاکید شده است (۳). روند وابستگی کودکان به پدران از سال اول زندگی شکل گرفته و طی سال‌های بعد، تشدید می‌شود. حضور پدر طی این سال‌ها در کنار کودک، منجر به رشد توجه و تمرکز، انضباط عاطفی و شناخت اجتماعی در فرزندان شده (۴)، به افزایش سازگاری و کاهش اضطراب و افسردگی در دختران و پسران منجر می‌شود و در جهت‌گیری جنسی مناسب آن‌ها نقش مهمی را ایفا می‌کند. تحقیقات اخیر نیز نشان داده، کودکانی که دلبستگی به پدر دارند سازگاری روان‌شناختی بهتری داشته و در مدرسه بهتر عمل می‌کنند، رفتارهای ضد اجتماعی کمتر و روابط صمیمانه‌ی بهتر دارند (۵-۸). لذا از دست دادن والد از مهم‌ترین چالش‌های تحولی و رشدی است که کودک با آن روبه‌رو می‌شود و این اتفاق به عنوان یک عامل خطر ساز عمده برای اختلالات روان‌پزشکی در کودکی و بعد از آن مورد ملاحظه قرار گرفته است. مرگ والد، فقط یک حادثه‌ی ضربه‌ای^۱ برای کودک نیست زیرا فقدان واقعی والد منجر به تغییرات بسیاری می‌شود که ابعاد زندگی کودک را تحت تاثیر می‌گذارد. بسیاری از محققان بیان می‌کنند که مرگ والدین،

تنش‌هایی در ارتباط با کاهش منابع اقتصادی، تغییر محل سکونت، کاهش ارتباط با دوستان و همسایه‌ها، افزایش مسئولیت‌ها و کاهش مدت زمانی که کودک با والد سپری می‌کند، ایجاد می‌کند (۹). مرگ یک والد ممکن است تنش‌هایی ایجاد کند که باعث شود والد بازمانده، توانایی‌اش برای ایجاد محیطی باثبات، انضباط باثبات و حمایت کافی و ارتباط مناسب با کودک، کاهش یابد (۱۰). در نتیجه، کودک ممکن است دچار مشکلات روانی یا جسمی شود. سوگ ممکن است باعث افزایش رفتارهای مختل از قبیل افسردگی و اختلال سلوک در کودک شود (۱۱). در حدود ۲/۵ میلیون (۳/۵٪) از کودکان در آمریکا فقدان یک والد را قبل از ۱۸ سالگی تجربه می‌کنند. در کشورهای غربی بین ۱/۵ تا ۴ درصد کودکان، در دوران کودکی یتیم می‌شوند. در کشورهای در حال توسعه و کشورهایی که تحت تاثیر بلایای طبیعی، کشمکش‌های داخلی و جنگ هستند، شیوع بالاتری گزارش شده است (۱۲). ۲۰۰ سال پیش، ژان ژاک روسو، تاثیر شیوه‌ی پرورش والدین از جمله طرد کردن و یا ناز پروده کردن را در رشد کودک، خاطرنشان ساخت. بعد از آن متخصصان بر اصول تربیت کودک، متمرکز شده و آنان را مورد ارزیابی قرار دادند. همچنین تاثیر شیوه‌های مختلف تربیتی را بر رشد بعدی کودک، تجزیه و تحلیل نمودند. با استناد بر این مدعا که والدین در جریان شکل‌پذیری شخصیت کودکان سهم عمده‌ای دارند و مشکلات رفتاری آنان نشان‌دهنده‌ی مشکلات رفتاری و روانی سایر اعضای خانواده به خصوص والدین می‌باشد متخصصان را بر آن داشت که والدین را در بخشی از فرایند درمان وارد نموده و از طریق آموزش‌های ویژه به آنان برخی از مسایل رفتاری کودکان را تحت درمان قرار دهند (۱۳). آموزش رفتاری والدین، مداخله‌ای با هدف تغییر تعامل ناسازگارانه‌ی والد-کودک از طریق روش‌های رفتاری، به منظور کاهش رفتارهای مخل و افزایش رفتارهای مناسب اجتماعی در کودکان است. هدف آموزش رفتاری والدین، تغییر مشکلات ارجاعی کودک از طریق بهبود مهارت‌های والدین است که بر تعامل والد-کودک، موثر است (۱۴). این روش مبتنی بر شرطی‌سازی کنشگر در نظریه‌ی یادگیری

^۱Traumatic

آموزش) بر روی ۳۵ والد به این نتیجه رسیدند که این برنامه بر روش تربیتی والدین (از جمله روش‌های انضباطی، تشویق مناسب و تشویق کلامی) و شناخت و درک آن‌ها از رفتار کودکان‌شان، تاثیر مثبتی داشته است (۲۲). کامینسکی و وال، فیلن و بویل^۶ در یک بررسی فراتحلیل که شامل ۷۷ مطالعه در زمینه برنامه‌ی آموزش والدین برای بهبود رفتار و سازگاری کودکان ۱ تا ۷ ساله بود به این نتیجه رسیدند که اجرای برنامه‌ی آموزش والدین، در افزایش تعاملات مثبت والد-کودک و کسب مهارت‌های ارتباطی-هیجانی، دارای میزان اندازه اثر بالا بود. هم‌چنین برنامه‌ی آموزش والدین در آموزش حل مسئله و بهبود مسایل شناختی و تحصیلی کودکان و مهارت‌های اجتماعی دارای اندازه اثر کم بود (۲۳). لانداهل، ریزر و لاجوی^۷ نیز در یک بررسی فراتحلیل که شامل ۶۳ مطالعه بود به این نتیجه رسیدند که آموزش رفتاری و غیررفتاری والدین دارای میزان اثر کم تا متوسط می‌باشد و در پی‌گیری این میزان اثر با مقدار کم گزارش شد (۲۴). با توجه به یافته‌های به دست آمده، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش رفتاری مادران بر مشکلات رفتاری و هیجانی انجام شده است. در این پژوهش سعی شده است که اثربخشی آموزش مادران بر مشکلات هیجانی، سلوک، بیش‌فعالی، مشکل با همسالان در کودکان محروم از پدر، بررسی شود.

روش کار

این کارآزمایی بالینی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه پی‌گیری (۳ ماهه) با گروه شاهد و با استفاده از گزینش تصادفی عضویت گروهی انجام شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش، تمام خانواده‌های فاقد پدر شهر اصفهان بودند که دارای فرزندان ۴ تا ۶ ساله بودند و طی ۵ سال اخیر همسر خود را از دست داده بودند و در سال ۱۳۸۹ به انجمن مددکاری امام زمان (عج) مراجعه کردند. پس از توضیح و اخذ رضایت از افراد واجد شرایط، از مادران خواسته شد تا به پرسش‌نامه‌ی توانایی و مشکلات (فرم والدین) و چک‌لیست تجدید نظر شده‌ی علائم روانی ۹۰ آیمی^۸ (SCL-90-R) پاسخ دهند. ۱۸

اجتماعی است که طبق آن رفتارها ایجاد می‌شوند و با تمرکز بر پیامدهایش تغییر می‌کنند (۱۵). آموزش، بر این نظر کلی استوار است که رفتار منفی به طور غیر عمد ایجاد می‌شود و از طریق تعاملات غیر انطباقی والدین در خانه استمرار می‌یابد (۱۶). به نظر می‌رسد، هر چه آموزش والدین زودتر آغاز شود، احتمال موفقیت آن بیشتر خواهد بود. آموزش والدین را باید زمانی آغاز کرد که شخصیت کودکان کاملاً شکل نگرفته است و احتمال اصلاح الگوهای رفتاری والدین و فرزندان بیشتر است. بنا بر این همان گونه که پاترسون^۱ و همکاران، اشاره کرده‌اند، لازم است قبل از این که مشکلات کاملاً به وجود آیند، روی پیشگیری از آن‌ها تمرکز شود (۱۷). پاترسون، اشاره کرده است که کودکان رفتارهای پرخاشگری را در سال‌های قبل از دبستان می‌آموزند. بنا بر این به نظر می‌رسد که بهتر باشد آموزش والدین از سال‌های قبل از دبستان آغاز شود. برنامه‌ی آموزش والدین به والدین یاد می‌دهد که چگونه رفتار کودک را در خانه اصلاح کنند. دادس و مک‌هاگ^۲ در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که برنامه‌ی آموزش والدین در خانواده‌های تک‌والد که دارای کودکان با اختلال سلوک بودند، موثر می‌باشد (۱۹). مک‌کات و پریستر^۳ به مقایسه‌ی اثربخشی آموزش والدین و درمان‌های شناختی-رفتاری در کودکان و نوجوانانی که رفتارهای ضد اجتماعی نشان می‌دهند پرداخته‌اند. یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد که آموزش والدین تاثیری قوی‌تر در کودکان سنین پیش‌دبستانی و کودکان سن مدرسه داشته است در حالی که درمان‌های شناختی-رفتاری تاثیر قوی‌تری بر نوجوانان داشته است (۲۰). پیکسا، سبرا، لوبنکو^۴ در بررسی تاثیر برنامه‌ی آموزش والدین در مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی به این نتیجه رسیدند که برنامه‌ی آموزش والدین موجب کاهش اختلالات رفتاری برونی و هم‌چنین کاهش اختلالات رفتاری درونی شده در کودکان پیش‌دبستانی می‌شود (۲۱). لتارت، نورماندو، آلارد^۵ در بررسی میزان تاثیر برنامه‌ی آموزش والدین (۱۶ هفته

¹Patterson

²Dadds and McHugh

³McCart and Priestner

⁴Pikse, Sebre and Lubenko

⁵Letarte, Normandeau and Allard

⁶Kaminski, Valle, Filene and Boyle

⁷Lundahl, Risser and Lovejoy

⁸Symptom Checklist 90 Revised

نمرات شاخص‌های پر فعالیت‌ها و نمره کلی مشکلات تشخیص‌های روانپزشکی نشان داد که پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات از روایی مطلوب برخوردار است (۳۱).

ب- پرسش‌نامه‌ی *SCL-90-R* به منظور بررسی میزان بهره‌مندی مادران از سلامت روانی از فهرست تجدید نظر شده‌ی علائم روانی استفاده شد. فرم نهایی این پرسش‌نامه را در آگوستیس^۳ و همکاران تهیه کردند. آزمودنی‌ها پاسخ‌هایشان را روی یک طیف هیچ (صفر) تا به شدت (چهار) با در نظر گرفتن این که چه میزان این اختلال را در طول هفته گذشته تا به امروز تجربه کرده‌اند مشخص می‌کنند. مواد این آزمون، نه بعد از می‌سنجد که عبارت هستند از: شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی. گرفتن نمره‌ی بالا در این آزمون، حاکی از نداشتن سلامت روانی فرد است. باقری در سال ۱۳۷۳ جهت ارزیابی پایایی آزمون به روش بازآزمایی ۱۰٪ گروه نمونه مورد مطالعه (۴۰ نفر) را با فاصله زمانی یک هفته بعد از اجرای اولین آزمون مورد مطالعه قرار داد. ضریب همبستگی نتایج که براساس ضریب کلی علائم مرضی به دست آمد با فرمول پیرسون ۰/۹۷ = r بود که از لحاظ آماری معنادار بود. حساسیت و ویژگی و کارایی آزمون به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۸ و ۰/۹۶ بود (۳۲). به منظور کنترل وضعیت روانی مادر و تاثیر آن بر مداخله از پرسش‌نامه‌ی *SCL-90-R* استفاده شد.

ج- پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی: به منظور کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی، طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۴۰ سؤال عینی است که اکثر آن‌ها به صورت بله-خیر توسط مادر کودک پاسخ داده شد.

به منظور اجرای پژوهش، پس از تعیین اهداف پژوهش و تعریف جامعه‌ی آماری ۱۸ مادر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد، تقسیم شدند. سپس جلسات آموزش رفتاری گروهی برای گروه آزمون به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای در هفته، در محل انجمن مددکاری امام زمان در

نفر از مادرانی که کودکان‌شان بر اساس نمره‌ی کلی پرسش‌نامه توانایی و مشکلات (SDQ)، بیشترین مشکلات رفتاری و هیجانی (بر اساس نمره برش کلی ۱۲) را دارا بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. شرایط ورود شامل مادرانی بود که دارای کودک ۴ تا ۶ ساله بودند و مشکلات روانی نداشتند، شرایط خروج نیز شامل مادران دارای کودک بالاتر از ۶ سال و مبتلا به مشکلات روانی بودند.

ابزار پژوهش

الف- پرسش‌نامه‌ی توانایی‌ها و مشکلات^۱: یک ابزار غربالگری کوتاه است که به طور فزاینده‌ای در تعیین مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان در دامنه‌ی سنی ۳ تا ۱۶ ساله به کار می‌رود. این پرسش‌نامه‌ی سه درجه‌ای شامل گزینه‌های درست نیست، کمی درست است و حتما درست است، می‌باشد که به ترتیب صفر، یک و دو، نمره‌گذاری می‌شود. البته برخی از گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این ابزار در کشور انگلستان طراحی شده است و پنج زیرگروه اصلی روان‌پزشکی را ارزیابی می‌کند: مشکلات سلوک، بیش‌فعالی، علائم هیجانی، مشکلات با همسالان و رفتارهای مطلوب اجتماعی. مجموع چهار مورد اول، نمره‌ی کلی مشکلات را نشان می‌دهد. این پرسش‌نامه، یک نمره‌ی تاثیرگذاری نیز دارد که نشان می‌دهد آیا شدت مشکلات کودک به اندازه‌ای هست که بتواند در زندگی روزمره‌ی او و خانواده‌اش اختلال ایجاد نماید (۲۵). گودمن^۲ برای ارزیابی پایایی درونی پرسش‌نامه‌ی توانایی‌ها و مشکلات در نمونه‌ی خود آلفای کرونباخ را برای مقیاس‌های مختلف ۰/۷۳ گزارش کرد (۲۶) که این رقم در سایر مطالعات نیز در محدوده‌ی مشابه تکرار شده است (۳۰-۲۶). تهرانی‌دوست و همکاران روایی نسخه‌های والد و آموزگار پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات را در یک نمونه ۶۰۰ نفری از جامعه کودکان ۶ تا ۱۲ ساله ایرانی مورد ارزیابی قرار داد و نمرات بدست آمده از نسخه‌های والد و آموزگار پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات در تمام قسمت‌ها بایکدیگر همبستگی مثبت داشتند و مقایسه

^۱Strength and Difficulty Questionnaire

^۲Goodman

^۳Derogotic

شد. در این تجزیه و تحلیل تاثیر پیش آزمون و سایر متغیرهای مداخله گر از روی نمرات پس آزمون و پی گیری برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقی مانده مقایسه شدند.

نتایج

میانگین سن مادر در گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۳۶/۴ و ۳۱/۲ بود و آزمون تی دو گروه مستقل نیز نشان داد که تفاوت سن مادران در دو گروه آزمون و شاهد، معنی دار نیست ($P=0/08$). لازم به ذکر است که در گروه آزمون ۴ نفر و در گروه شاهد ۱ نفر تحصیلات در سطح ابتدایی، در گروه آزمون ۱ نفر و در گروه شاهد ۵ نفر تحصیلات در سطح راهنمایی، در گروه آزمون ۴ نفر و در گروه شاهد ۲ نفر تحصیلات در سطح متوسطه و در گروه شاهد ۱ نفر تحصیلات در سطح کارشناسی بود، ولی در گروه آزمون، فردی در سطح تحصیلات کارشناسی وجود نداشت.

نتایج آزمون مجذور خی نیز نشان داد که تفاوت بین فراوانی های تحصیلات مادران دو گروه آزمون و شاهد، معنی دار نمی باشد ($P=0/1$). هم چنین آزمون مجذور خی نشان داد که بین دو گروه آزمون و شاهد از لحاظ متغیر جمعیت شناختی وضعیت اجتماعی-اقتصادی تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P=0/1$).

ضریب معنی داری همبستگی نیز نشان داد که متغیر جمعیت شناختی شرایط خانوادگی با اختلال سلوک ($r=-0/56$) و متغیر جمعیت شناختی حمایت از خانواده با مشکل با همسالان ($r=-0/43$) رابطه معنی داری وجود دارد ($P=0/004$). هم چنین بین وضعیت روانی مادر (مقیاس SCL-90-R) و نمره کل مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان ($r=0/53$) همبستگی معنی داری وجود دارد ($P=0/007$). بنا بر این به منظور کنترل متغیرهای مداخله گر، در این پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. میانگین و انحراف معیار نمره کل مشکلات هیجانی و رفتاری و زیرمقیاس های آن (مشکلات هیجانی، سلوک، بیش فعالی، مشکل با همسالان) در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری در دو گروه آزمون و شاهد به تفکیک اندازه گیری شده است (جدول ۲). تایچ آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس ها نشان داد که پیش فرض

شهر اصفهان، برگزار گردید. ولی در گروه شاهد، هیچ آموزشی صورت نگرفت. در پایان جلسه هفتم، مادران پرسش نامه ی توانایی و مشکلات را در دو گروه آزمون و شاهد، تکمیل نمودند. جهت رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش برای گروه شاهد (۹ مادر) در پایان، آموزش صورت گرفت. در نهایت، پس از نمره گذاری پرسش نامه ها، تحلیل آماری متناسب با اهداف پژوهش صورت پذیرفت. پی گیری آزمودنی ها بعد از سه ماه صورت گرفت و مادران مجددا پرسش نامه ی توانایی و مشکلات را تکمیل نمودند، جلسات به صورت گروهی انجام شد. محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- محتوای جلسات آموزش رفتاری ارائه شده

جلسه اول	معارفه، آشنایی و ثبت نام، آشنایی با اهداف جلسات آموزش رفتاری، تعهد به قرارداد به معنی شرکت در جلسات.
جلسه دوم	آشنایی با مدل یادگیری اجتماعی برای اصلاح رفتار کودک، آموزش تقویت مثبت، آموزش تقویت منفی، آموزش قوانین رفتار با کودک.
جلسه سوم	آموزش مشاهده و شمارش رفتار، تمرین و فعالیت در زمینه ی مشاهده و شمارش رفتار.
جلسه چهارم	روش های افزایش رفتار مطلوب، ارائه ی نمونه هایی از تقویت های کلامی، غیر کلامی و مادی، جدول ستاره، دفتر ثبت رفتارهای مثبت روزانه، تمرین و فعالیت در زمینه ی روش های افزایش رفتار مطلوب
جلسه پنجم	روش های کاهش رفتار نامطلوب، ارائه ی نمونه هایی از انواع تنبیه شامل بی توجهی به رفتار نامطلوب، حذف برخی امتیازات، محروم کردن، تمرین و فعالیت در زمینه ی روش های کاهش رفتار نامطلوب.
جلسه ششم	ترکیب تشویق و تنبیه و استفاده از هر دو روش به طور هم زمان.
جلسه هفتم	ثبات در تقویت رفتارهای مثبت و عدم تقویت رفتارهای منفی.
جلسه هشتم	نظارت و پی گیری، هماهنگی بین تمام اعضای خانواده و هماهنگی والد و معلم.

داده های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ی ۱۵ مورد تحلیل قرار گرفت. داده ها ابتدا با استفاده از روش های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) توصیف شدند، سپس با استفاده از روش های آماری استنباطی (تحلیل کوواریانس) تفاوت های موجود بین دو گروه پژوهش بررسی

تساوی واریانس‌ها در مورد نمرات مشکلات هیجانی و رفتاری و تمام زیرمقیاس‌های آن در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری، تایید می‌شود. نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله‌ی پس‌آزمون برای نمره‌ی مشکلات هیجانی و رفتاری و زیرمقیاس‌های آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲- مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کل و زیرمقیاس‌های مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان محروم

از پدر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پی‌گیری

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پی‌گیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمون	نمره‌ی کل	۹	۲۳/۸۵	۳/۴۲	۱۸/۴۵	۳/۳۸	۲۰/۴۵	۴/۹۹
	مشکلات هیجانی	۹	۴/۵۵	۲/۳۵	۲/۹۰	۲/۶۱	۳/۸۲	۳/۴۸
	سلوک	۹	۳/۴۴	۱/۴۲	۱/۳۸	۱/۱۱	۱/۴۰	۱/۴۱
شاهد	بیش‌فعالی	۹	۵/۳۳	۱/۵۸	۳/۸۶	۱/۷۱	۳/۶۵	۱/۵۸
	مشکل با همسالان	۹	۲/۷۸	۳/۱۱	۱/۲۷	۱/۱۳	۱/۷۳	۱/۳۶
	نمره‌ی کل	۹	۲۷/۳۷	۴/۷۷	۲۵/۷۷	۴/۹۷	۲۵/۴۳	۴/۸۹
مشکلات هیجانی	مشکلات هیجانی	۹	۶/۵۵	۳/۵۷	۵/۵۳	۳/۲۰	۵/۵۰	۳/۱۶
	سلوک	۹	۳/۵۵	۱/۸۷	۳/۶۱	۱/۸۷	۳/۳۷	۱/۸۱
	بیش‌فعالی	۹	۵/۵۵	۲/۱۸	۵/۸۰	۲/۰۲	۵/۵۷	۲/۱۲
	مشکل با همسالان	۹	۳/۶۶	۳/۳۳	۳/۱۷	۱/۵۰	۳/۲۶	۱/۶۱

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس و تاثیر عضویت گروهی بر میزان مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان پس از کنترل پیش‌آزمون،

متغیرهای جمعیت‌شناختی و وضعیت روانی مادر در مرحله‌ی پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	df	مجموع مجذورات	F	P	مجذور اتا	توان آماری
نمره‌ی کل	پیش‌آزمون	۱	۱۲۱/۸۱	۳۰/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۱	۱۱۰/۲۶	۲۷/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۰/۹۹
مشکلات هیجانی	پیش‌آزمون	۱	۹۳/۱۲	۳۱/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱
	عضویت گروهی	۱	۲۷/۶۶	۹/۴۸	۰/۰۰۸	۰/۳۸	۰/۸۲
سلوک	پیش‌آزمون	۱	۱۴/۹۳	۱۸/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۷
	عضویت گروهی	۱	۱۶/۳۱	۱۹/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۹۸
بیش‌فعالی	پیش‌آزمون	۱	۳۶/۶۹	۲۷/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۱	۱۶/۷۸	۱۲/۷۴	۰/۰۰۳	۰/۴۵	۰/۹۱
مشکل با همسالان	پیش‌آزمون	۱	۵/۳۶	۹/۱۱	۰/۰۰۹	۰/۳۹	۰/۸۰
	عضویت گروهی	۱	۱۲/۴۴	۲۱/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۰/۹۸

همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت بین میانگین نمرات باقی‌مانده‌ی نمره‌ی کل مشکلات هیجانی و رفتاری پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر در گروه آزمون، معنی‌دار است ($P=۰/۰۰۰۱$). پس می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مادران موجب بهبودی مشکلات هیجانی و رفتاری در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد در مرحله‌ی پس‌آزمون شده است. میزان تاثیر این مداخله‌ی درمانی ۰/۷۳ است. یعنی ۷۳ درصد واریانس نمره‌ی کل باقی‌مانده مربوط به عضویت گروهی یا همان طور که جدول ۴ نشان می‌دهد اثربخشی آموزش مادران بر مشکلات هیجانی و رفتاری در مرحله‌ی پی‌گیری در جدول ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد اثربخشی آموزش مادران بر مشکلات هیجانی و رفتاری در مرحله‌ی پی‌گیری با

تاثیر مداخله‌ی درمانی بوده و توان آماری برابر ۰/۹۹ است. هم‌چنین تاثیر معنی‌دار در تمام زیرمقیاس‌های مشکلات هیجانی و رفتاری وجود دارد. به بیان دیگر آموزش مادران باعث بهبود مشکلات هیجانی، بیش‌فعالی، سلوک و مشکلات با همسالان شده است. نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله‌ی پی‌گیری در جدول ۴ ارائه شده است.

گذشت ۳ ماه بررسی شده است. یافته‌ها نشان داده‌اند که آموزش مادران در طول زمان با گذشت ۳ ماه در مورد تمام هیجانی از ثبات برخوردار بوده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس و تاثیر عضویت گروهی بر میزان مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان پس از کنترل پیش‌آزمون و

متغیرهای جمعیت‌شناختی و وضعیت روانی مادر در مرحله‌ی پی‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	df	مجموع مجذورات	F	P	مجذور تا	توان آماری
نمره‌ی کل	پیش‌آزمون	۱	۱۱۰/۲۳	۱۳/۷۵	۰/۰۰۳	۰/۵۵	۰/۹۲
	عضویت گروهی	۱	۵۱/۱۷	۶/۳۸	۰/۰۲	۰/۳۶	۰/۶۳
مشکلات هیجانی	پیش‌آزمون	۱	۱۲۸/۷۸	۳۹/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲	۱
	عضویت گروهی	۱	۱۱/۳۱	۳/۵۱	۰/۰۸	۰/۱۹	۰/۴۱
سلوک	پیش‌آزمون	۱	۱۲/۷۷	۸/۳۹	۰/۰۱	۰/۳۷	۰/۷۶
	عضویت گروهی	۱	۱۲/۵۴	۸/۲۴	۰/۰۱	۰/۳۷	۰/۷۶
بیش‌فعالی	پیش‌آزمون	۱	۴۲/۹۳	۴۸/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶	۱
	عضویت گروهی	۱	۱۶/۵۳	۱۸/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۸
مشکل با همسالان	پیش‌آزمون	۱	۵/۹۴	۵/۱۶	۰/۰۳	۰/۲۷	۰/۵۶
	عضویت گروهی	۱	۷/۹۹	۶/۹۵	۰/۰۲	۰/۳۳	۰/۶۸

بحث

آموزشی حاضر، از جمله اجرای برنامه در قالب گروهی و تنوع در فعالیت‌ها می‌تواند مبین تاثیرات درمانی باشد. به نظر می‌رسد اجرای برنامه به صورت گروهی توان تغییر را در آزمودنی‌ها افزایش داده باشد. زیرا گروه می‌تواند مجالی برای سهیم شدن در تجربه‌های یکدیگر و یاد گرفتن از آن‌ها، تغییر احساس انزوا و تنهایی، بیان تجارب شخصی را فراهم نماید. موفقیت درمانی در برنامه‌ی آموزشی والدین به استفاده‌ی ماهرانه، مداوم و باثبات مادران نیز بستگی دارد. بنابراین مشارکت فعال در مباحث گروهی از ارزش بسیاری برخوردار است و هر چه والدین، انگیزه و تلاش بیشتری در به‌کارگیری اصول آموخته شده در جلسات داشته باشند، اثرات آموزش نیز افزایش خواهد یافت (۳۳). بنابراین شرکت فعال مادر در جلسات و انگیزه‌ی آن‌ها، در نتایج آموزش اثری تعیین‌کننده دارد. از طرفی در تبیین نتایج پژوهش می‌توان این گونه بیان کرد که چون این مادران در شرایطی بودند که همسر خود را از دست داده بودند، ممکن است با توجه به شرایط زندگی‌شان وقت کمتری را صرف برقراری ارتباط مناسب با کودک نموده، رفتارهای بد کودک را بیشتر از رفتارهای خوب او مورد توجه قرار دهند، همین امر موجب شود که رفتارهای منفی در کودک تقویت شده و با گذشت زمان و ایجاد چرخه‌ی منفی در تعامل مادر-کودک به اختلالات رفتاری و هیجانی تبدیل شود. پس با آگاه کردن

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مادران بر مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان پیش‌دبستانی محروم از پدر انجام شد. نتایج حاکی از آن بودند که آموزش مادران باعث کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری (به جز مشکلات هیجانی در پی‌گیری) شده است. مک‌کات و پرپرستر در پژوهشی هم‌سو با یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که آموزش والدین، تاثیر قوی بر روی کودکان سنین پیش‌دبستانی دارد (۲۰). هم‌چنین پیکسا، سبرا، لوبنکو در بررسی تاثیر برنامه آموزش والدین در مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزش والدین موجب کاهش اختلالات رفتاری برونی و درونی شده در کودکان پیش‌دبستانی می‌شود (۲۱). مطالعه‌ی دادس و مک‌هاگ نیز هماهنگ با پژوهش حاضر بود، در این پژوهش خانواده‌های تک‌والدی را که دارای کودکانی با اختلال سلوکی بودند تحت برنامه‌ی آموزش والدین قرار دادند. نتایج، بهبودی آشکاری را نشان داد و در طی شش ماه پی‌گیری نیز این بهبودی ثابت باقی ماند (۱۹). نتیجه‌ی این پژوهش با نتیجه‌ی فراتحلیل لاندهل، ریزر و لاجوی که میزان اثر آموزش والدین را کم گزارش کرده بود، ناهم‌خوان می‌باشد (۲۴). ویژگی‌های خاص برنامه‌ی

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم استفاده از فرم معلم پرسش‌نامه‌ی توانایی و مشکلات بود ولی از آن جا که بسیاری از این کودکان در مراکز پیش‌دستانی حضور نداشتند فقط از فرم والد پرسش‌نامه استفاده شد. محدودیت دیگر، عدم مصاحبه با کودک و بررسی مشکلات هیجانی-رفتاری در کودک بود. پیشنهاد می‌شود در خصوص تاثیر فقدان پدر بر خانواده، پژوهش‌های وسیعی صورت گیرد و با توجه به گستردگی این معضل در جامعه، پژوهش‌هایی نیز جهت تعدیل آثار مخرب آن در سنین مختلف، صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

برنامه‌ی آموزشی مادران، الگویی برای شیوه‌های مناسب برخورد با کودک در موقعیت‌های مختلف ارائه می‌دهد و برنامه‌ی آموزش والدین در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان پیش‌دستانی محروم از پدر، قابلیت استفاده دارد.

مادر از تاثیری که بر رفتار کودک و آینده‌ی او خواهند داشت و آموزش آن‌ها جهت رفتار مناسب با کودک و تقویت رفتارهای مثبت او، می‌توان از تشدید مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان محروم از پدر جلوگیری کرد. البته همان طور که نشان داده شد، در طی پی‌گیری میزان اثرگذاری آموزش، کاهش پیدا کرده است. در تبیین این مسئله می‌توان گفت که ممکن است بعد از گذشت سه ماه برخی از آموزش‌هایی که به مادران داده شده است، به کار بسته نشده باشد. عواملی مانند سن کودک، وضعیت فرهنگی-اقتصادی والدین، انگیزه و ویژگی‌های والدین، در آموزش ایشان موثر است (۳۴). هرچه سطح اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر باشد، علاوه بر این که احتمال ابتلا به اختلال رفتاری در کودکان افزایش می‌یابد، والدین نیز به علت مشکلات مالی و فرهنگی، کمتر می‌توانند در برنامه‌های آموزش والدین شرکت کنند و یا مهارت‌های کسب شده را به خوبی به کار برند (۳۵).

References

1. Darling N. Parenting style and its correlates. *Psychol Bull* 1993; 193: 482-92.
2. Black B, Hocan A. Links between communication pattern in mother- child, father- child, and peer interaction and children's social status. *Child Dev* 1995; 66: 255-71.
3. Lamb ME. The role of the father in child development. 4th ed. New York: Wiley; 2004: 446-75.
4. Parkes R D, McDowell D J, Kim M, Killian C, Dennis J, Flyr M R, Wild M N. Father's contributions to children's peer relationship. In C. S. Tamis LeMonda, & N. Carbrera (Eds), *Handbook of father involvement: Interdisciplinary perspectives*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum 2002; 141-167.
5. Sanford M, Szatmari P, Spinner M, Munroe-Blum H, Jamieson E, Walsh C, et al. Predicting the one-year course of adolescent major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 1618-28.
6. Gould MS, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R. Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 37: 155-62.
7. Flouri E, Buchanan A. What predicts good relationships with parents in adolescence and partners in adult life: Findings from the 1958 British birth cohort. *J Fam Psychol* 2000; 16: 186-98.
8. Flouri E, Buchanan A. Life satisfaction in teenage boys: The moderating role of father involvement and bullying. *Aggress Behav* 2002; 28: 126-33.
9. Wolchik SA, Ma Y, Tein JY, Sandler IN, Ayers TS. Parentally bereaved children's grief: Self-system beliefs as mediators of the relations between grief and stressors and caregiver-child relationship quality. *Death Stud* 2008; 32: 597-620.

10. Wolchik SA, Tein J, Sandler IN, Ayers TS. Stressors, quality of the child caregiver relationship, and children's mental health problems after parental death: The mediating role of self-system beliefs. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34: 221-38.
11. Thompson MP, Kaslow NJ, Kingree JB, King M, Bryant LJ, Rey M. Psychological symptomatology following parental death in a predominantly minority sample of children and adolescents. *J Clin Child Psychol* 1998; 27: 434-41.
12. Rutter M, Taylor E. *Child and adolescent psychiatry*. London: Blackwell; 2002: 446-75.
13. Kazdin AE. Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 56: 451-64.
14. Matthys W, Lochman JE. *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Philadelphia: John Wiley and sons; 2010: 448-56.
15. Kazdin AE. Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. New York: Oxford University; 2005: 147-62.
16. Barry G. The effectiveness of treatment for oppositional defiant disorder: A critical review. Ph.D. Dissertation. United States International University, College of philosophy; 2001: 244-54.
17. Patterson GR, Dishion TJ, Chamberlin P. Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. In Giles TR. (editor). *Handbook of effective psychotherapy*. New York: Plenum; 1993: 846-51.
18. Patterson GR. Some alternatives to seven myths about treating families of antisocial children. In: Henricson C. (editor). *Crime and the family: Conference report. Proceedings of an International Conference. Occasional paper 20*. Family Policy Studies Center. London, United Kingdom; 1994: 26-49.
19. Dadds MR, McHugh TA. Social support and treatment outcome in behavioral family therapy for child conduct problem. *J Cons Clin Psychol* 1992; 2: 252-9.
20. McCart M, Priester P. Differential effectiveness of behavioral parent training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34: 525-37.
21. Pikse SI, Sebra S, Lubenko J. Child behavior and mother-child emotional availability in response to parent training program: moderators of outcome. *Procedia Soc Behav Sci* 2010; 5: 1418-24.
22. Letarte JM, Normandeau S, Allard J. Effectiveness of a parent training program "incredible years" in a child protection service. *Child Abuse Negl* 2010; 34: 253-61.
23. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36: 567-89.
24. Lundhal B, Riser JH, Lovejoy CM. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev* 2005; 26: 86-104.
25. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 581-6.
26. Goodman R. Psychometric properties the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 1331-45.
27. Muris P, Meesters C, van den Berg F. the Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12: 1-8.
28. Thabet AA, Stretch D, Vostanus P. Child mental health problems in Arab children. *Appl Soc Psychiatry* 2000; 46: 266-80.
29. Smedje H, Baroman JE, Hetta J, Knorrning AL. Psychometric properties of a Swedish version of the strengths and difficulties questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8: 63-70.
30. Koskelainen M, Sourander A, Kaljonen A. The strengths and difficulties questionnaire among Finnish school, aged children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9: 277-84.
31. Tehranidust M, Shahrivar Z, Pakbaz B, Rezaie A, Ahmadi F. [Validity of ability and difficulty questionnaire]. *Advances in cognitive sciences* 2007; 8: 33-9. (Persian)
32. Bagheri Yazdi S.A, Bolhari J, Shahmohamadi D. [Epidmiological survey of mental disorder in rural area of Yazd]. *Journal of thought and behavior*, 1994; 1 32-41 (Persian)
33. Kazdin AE. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *J Cons Clin Psychol* 1995; 60: 733-41.

34. Watson S. Oppositional defiant disorder. [cited 2003]. Available from: URL; <http://specialed.about.com>.
35. Kane A. Oppositional defiant disorder treatment. [cited 2004]. Available from: URL; [www.oppositional defiant disorder.parentingtheatriskchild.com](http://www.oppositionaldefiantdisorder.parentingtheatriskchild.com)