

The Comparison of the Effectiveness of Parent-Child Interaction Training and Adler-Dreikur Parenting Training on Children's Clinical Syndrome

Safdar Rostami¹ , Hasan Toozandehjani^{2*} , Hamid Nejat³ 

1. Ph.D. Candidate of General Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
2. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
3. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.

***Corresponding Author:** Hasan Toozandehjani, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Email: h.tozandehjani@iau-neyshabur.ac.ir

Received: 4 May 2019

Accepted: 25 June 2019

Published: 7 July 2019

How to cite this article:

Rostami S, Toozandehjani H, Nejat H. The Comparison of the Effectiveness of Parent-Child Interaction Training and Adler-Dreikur Parenting Training on Children's Clinical Syndrome. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2019; 6(4):415-425. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v6i4.25341>.

Abstract

Background and Objective: Extensive efforts have been made in the field of child psychotherapy to involve parents in the treatment of children with psychiatric pathology syndrome. The present study was conducted to investigate and compare the effectiveness of Parent-Child Interaction Training and Adler-Dreikur Parenting Training on children's clinical syndrome.

Materials and Methods: The present study was of semi-experimental design with pre-test, post-test, and control group. The statistical population included divorced mothers who were referred to counseling centers of 11th District in Mashhad city in 2017, among whom 60 mothers with their children were selected through purposeful sampling method and randomly divided into three groups of experimental and control groups. The Parent-Child Interaction group (N=20) received 15 sessions and Adler-Dreikurs group participants underwent 10 training session, the control group did not receive any intervention. For assessing of clinical syndrome, Child Behavior Checklist (CBCL) was used in pre, post, and follow-up stages. Data analyzed using repeated measure variances via SPSS software version 21.

Results: The mean (SD) age of mothers and children in three groups were 32.2(4.5) and 9.0(1.5) in Parent-Child Interaction group, 33.9(3.7) and 9.6(1.5) in Adler-Dreikur group, and 32.7(4.2) and 9.0(1.4) in the control group. The mean (SD) score of clinical syndrome in the Parent-Child Interaction group was 170.5 (9.6) in the pre-test, which varied to 153.4 (13.0) in the post-test, and 155/9(9/0) in the follow-up (P<0.05). In addition, the mean (SD) score of clinical syndrome in the Adler-Dreikur group, was 173.1 (19.1) in the pre-test, 134.9(8.1) in the post-test, and 136.6(11.0) in the follow-up (P<0.05). However, the clinical syndrome scores in the control group showed no significant differences in three stages of pre-test 169.1(14.4), post-test 163.5(9.5) and follow-up 165.9 (11.7). The mean (SD) scores of Adler-Dreikurs intervention decreased significantly more compared with the parent-child method.

Conclusion: The study showed that it is important to educate mothers based on two Parent-Child and Adler-Dreikurs approaches to reduce the clinical symptoms of children, and that the education of mothers based on Adler-Dreikurs approach was more effective.

Keywords: Parent-Child Interaction; Parenting; Clinical Syndrome.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1397.004.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

مقایسه اثربخشی آموزش تعامل والد- کودک و آموزش فرزندپروری به شیوه Adler-Dreikurs بر نشانگان بالینی کودکان

صفدر رستمی^۱، حسن توزنده جانی^{۲*}، حمید نجات^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲. دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۳. استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

* نویسنده مسئول: حسن توزنده جانی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

Email: h.tozandejani@iau-neyshabur.ac.ir

تاریخ پذیرش: تیر ۱۳۹۸

تاریخ دریافت: اردیبهشت ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: در حیطه روان درمانی کودکان تلاش های گسترده ای به منظور درگیر ساختن والدین در فرایند درمان کودکان مبتلا به نشانگان آسیب شناسی روانی انجام شده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش تعامل والد- کودک و آموزش فرزندپروری به شیوه Adler-Dreikurs بر نشانگان بالینی کودکان انجام شد.

روش و مواد: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری مادران مطلقه مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۱۱ شهر مشهد در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ بودند. تعداد ۶۰ نفر همراه فرزندشان به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد، هر گروه ۲۰ نفر قرار گرفتند. ابتدا پیش آزمون برگزار شد. سپس اعضای گروه تعامل والد- کودک، ۱۵ جلسه آموزش در حوزه تعامل والد-کودک و اعضای گروه فرزندپروری به شیوه Adler-Dreikurs، ۱۰ جلسه آموزش مبتنی بر رویکرد Adler-Dreikurs دریافت کردند. گروه شاهد هیچ آموزشی دریافت نکرد. بعد از اتمام دوره های آموزشی، پس آزمون و دو ماه بعد، آزمون پیگیری از شرکت کنندگان سه گروه گرفته شد. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک (CBCL) - Achenbach انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با بکارگیری نرم افزار SPSS-21 استفاده شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن مادر و کودک در گروه های تعامل والد- کودک (۴/۵) ۳۲/۲ و (۱/۵) ۹ و در Adler-Dreikurs (۳/۷) ۳۳/۹ و (۱/۵) ۹/۶ و در شاهد (۴/۲) ۳۲/۷ و (۱/۴) ۹ سال بود. میانگین (انحراف معیار) نشانگان بالینی در گروه والد-کودک از (۹/۶) ۱۷۰/۵، در مرحله پیش آزمون به (۱۳) ۱۵۳/۴ در پس آزمون و (۹) ۱۵۵/۹ پیگیری کاهش یافت ($P < 0.05$). همچنین در گروه Adler-Dreikurs میانگین (انحراف معیار) نشانگان بالینی از (۱۹/۱) ۱۷۳/۱ در مرحله پیش آزمون، به (۸/۱) ۱۳۴/۹ در پس آزمون و (۱۱) ۱۳۶/۶ در مرحله پیگیری کاهش یافت ($P < 0.05$). اما در گروه شاهد نمرات نشانگان بالینی در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشتند. مقایسه دو گروه مداخله نشان داد میانگین نمرات نشانگان بالینی در گروه مداخله به شیوه Adler-Dreikurs کاهش بیشتری نسبت به گروه تعامل کودک-والد داشته است ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که آموزش تعامل والد- کودک و آموزش فرزندپروری به شیوه Adler-Dreikurs هر دو باعث کاهش نشانگان بالینی کودکان شدند اما آموزش فرزندپروری به شیوه Adler-Dreikurs اثربخشی بیشتری داشت. **واژگان کلیدی:** تعامل والد- کودک، فرزندپروری، نشانگان بالینی.

مقدمه

امروزه ثابت شده در دوران کودکی، انسان استعداد زیادی برای ابتلا به انواع بیماری‌های روانی دارد (۱). در تعریف نشانگان بالینی آن دسته از رفتارهایی ناپه‌نجان تلقی می‌شوند که ضمن عدم تناسب با سن، شدید یا مزمن باشند. طبقه بندی مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده از جمله پذیرفته شده ترین طبقه بندی‌ها است (۲). بسیاری از محققان، نشانگان آسیب‌شناسی روانی کودکان را اختلال‌های شایع و ناتوان کننده ای می‌دانند که برای خانواده، محیط و کودک مشکلات بسیاری ایجاد می‌کند (۳). مشکلات درونی و برونی سازی شده نشانگان آسیب‌شناسی روانی می‌تواند در ایجاد مشکلات زبانی نقش داشته و فرآیند رشد کودک را مختل کند (۴)، که علاوه بر ناراحتی‌های شخصی، ممکن است بر چگونگی پیشرفت تحصیلی و اجتماعی آن‌ها در دوره نوجوانی و بزرگسالی نیز، تأثیرات منفی داشته باشد (۵ و ۶). مطالعه Weeks نشان داد، کودکان مبتلا به نشانگان آسیب‌شناسی روانی در نوجوانی نسبت به کودکانی که این علائم را نشان نداده‌اند، وضعیت روان‌شناختی نامناسب‌تری دارند (۷). به اعتقاد Kendall اختلالات روانی دوره کودکی، چنانچه درمان نشود دارای سیری مزمن خواهد بود (۸). با توجه به تأثیرات منفی نشانگان آسیب‌شناسی روانی کودکی بر جنبه‌های مختلف زندگی روان‌شناختی بزرگسالی، پرداختن به آن و شناسایی مداخلات تأثیرگذار بر آن از اهمیت بسزایی برخوردار است.

در حیطه روان درمانی تلاش‌های گسترده‌ای به‌منظور درگیر ساختن والدین در فرایند درمان کودکان مبتلا به نشانگان آسیب‌شناسی روانی انجام شده است. درمان تعامل والد- کودک، روشی است که به یاری والدین می‌پردازد تا رابطه‌شان را با کودکان مشکل‌دار بهبود بخشند تا بتوانند مسائلشان را حل کنند (۹). به نظر Lanier و همکاران هدف از ایجاد درمان تعامل والد- کودک این بود که از سوء رفتاری که والدین با فرزندانشان دارند، جلوگیری به عمل آید (۱۰).

از مداخلات دیگری که اثربخشی آن در زمینه نشانگان آسیب‌شناسی روانی کودکان از حمایت گسترده‌ای برخوردار است، استفاده از کلاس‌های آموزش فرزندپروری است (۱۱). این آموزش‌ها شامل آموزش فرزندپروری مؤثر (گام به گام) و آموزش کارآمدی والدین می‌باشد. «آموزش نظام فرزندپروری کارآمد» یک برنامه استاندارد شده آموزش والدین است که توسط McKay و Dink Meyer با استفاده از مفاهیم Adler و Dreikurs برای کمک به والدین تدوین شده تا آنها را در درک کودکان و برقراری ارتباط مثبت کارآمد سازد (۱۲). فهم و درک اهداف چهارگانه بدرفتاری، دلگرمی، بهتر کردن ارتباطات و روش فرزند پروری دموکراتیک در برنامه گام به گام مورد تأکید قرار داده می‌شود (۱۰).

امروزه برخلاف جوامع سنتی، خانواده‌ها ترکیب‌های متفاوتی دارند که مادران مطلقه و یا سرپرست خانوار همراه فرزند شکلی از خانواده‌های رو به افزایش در جوامع امروزی است. از آنجا که این زنان در معرض فشارها و استرس‌های اجتماعی، اقتصادی، فردی و فرهنگی زیادی قرار دارند و باید نقش پدر و مادر را یکجا به عهده بگیرند. در زمینه فرزند پروری نیاز به مهارت‌های بیشتری دارند (۱۳). این مادران نسبت به خانواده‌های دو والدینی استرس والدینی بیشتری تجربه می‌کنند و کودکان این مادران بیشتر در معرض سوء رفتار قرار می‌گیرند و مشکلات رفتاری بیشتری نشان می‌دهند (۱۴).

با توجه به تأثیرات نشانگان بالینی بر جنبه‌های مختلف زندگی روان‌شناختی کودکان، بررسی مداخلات تأثیرگذار بر پیشگیری و کاهش این موارد از اهمیت بسزایی برخوردار است. همان‌طور که اشاره شد درمان تعامل والد-کودک بر مشارکت والدین و کودکان در فرایند درمان تأکید می‌کند (۹). از طرف دیگر آموزش فرزندپروری Adler-Dreikurs به‌عنوان یک شیوه درمانی در مورد طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان به کار برده شده است. با توجه به این‌که در خصوص اثربخشی مقایسه‌ای بین دو شیوه درمانی انجام نشده است، از طرفی با وجود حساسیت و اهمیت آموزش در مادران مطلقه در جهت ارائه مداخله کارآمد به این موضوع کمتر توجه شده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش تعامل والد-کودک و آموزش فرزندپروری به شیوه Adler-Dreikurs بر نشانگان بالینی کودکان انجام شده است.

روش و مواد

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران مطلقه ای می‌شد که به دلیل مشکلات رفتاری فرزندشان، در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ به مراکز مشاوره تحت نظارت سازمان بهزیستی

شهر مشهد که تعدادشان ۹۶ مرکز است، مراجعه کرده اند. جهت نمونه گیری ابتدا از میان مناطق سیزده گانه مشهد یک منطقه به روش تصادفی انتخاب شد. این منطقه، منطقه ۱۱ مشهد بود که دارای ۱۲ مرکز مشاوره می باشد. محقق جهت نمونه گیری به هشت مرکز مشاوره که به صورت در دسترس انتخاب شدند مراجعه نمود و با توضیح اهداف و شرایط تحقیق از مراکز جهت همکاری دعوت گردید. ارزیابی اولیه و شرایط ورود مادران و کودکان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه توسط روانشناس هر مرکز صورت گرفت. تنها مادران کودکانی وارد مطالعه شدند که بر اساس دستورالعمل پرسشنامه Child Behavior Checklist (CBCL) نمرات ۶۵-۶۹ دریافت کرده بودند و نمرات کودکانشان در محدوده مرزی (بین عادی و بالینی) قرار گرفته بود (۱۵). تعداد ۷۴ نفر از مادران به محقق معرفی شدند. از میان ۷۴ نفر، ۱۴ نفر به دلیل مشکلات رفت و آمد و کمبود وقت در مرحله اولیه تحقیق همکاری خود را قطع کردند، تعداد ۶۰ نفر باقی ماندند.

از آنجا که در کتاب های مرجع روش تحقیق جهت انجام تحقیقات آزمایشی تعداد نمونه ای بین ۱۵ تا ۲۰ نفر در هر گروه مورد قبول است (۱۶) و در مطالعات مشابه نیز تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه انتخاب شده است (۱۳). بنابراین در این مطالعه نیز با پیش بینی احتمال ریزش نمونه تعداد برای هر گروه ۲۰ نفر برآورد گردید. مجموعاً تعداد ۶۰ نفر از مادرانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به روش تصادفی در گروه های مداخله بر اساس Adler-Dreikurs (۲۰ نفر)، تعامل کودک - والد (۲۰ نفر) و شاهد (۲۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک های ورود شامل موارد زیر می شد: از طلاق مادر بیش از دو سال گذشته باشد، مادر سرپرست خانوار باشد، مادر حداقل دو فرزند تحت سرپرستی داشته باشد، سواد مادر حداقل در سطح راهنمایی باشد، کودک حداقل هفت سال تمام داشته باشد، تمایل به شرکت در مطالعه داشته باشد، نمره بین ۶۵-۶۹ در پرسشنامه CBCL، مادر به دلیل مشکلات رفتاری کودک جهت درمان به مراکز مشاوره مراجعه کرده باشد. ملاک های خروج عبارت بودند از بیماری روانی شدید مادر یا کودک، وجود بیماری جسمی ناتوان کننده کودک، غیبت در دو جلسه آموزشی.

ملاحظات اخلاقی تحقیق به این شرح بود: در این پژوهش به شرکت کنندگان درباره تحقیق و شرایط آن توضیح داده شد و افراد در صورت تمایل و رضایت در مطالعه شرکت می کردند در هر زمان که می خواستند می توانستند از ادامه مطالعه انصراف بدهند. اطلاعات شخصی مشارکت کنندگان محرمانه بود. افزون بر آن، به شرکت کنندگان گروه شاهد پیشنهاد شد که در صورت تمایل می توانند پس از اتمام پژوهش تحت جلسات آموزشی - درمانی قرار گیرند. سپس پیش آزمون برای هر سه گروه اجرا شد و بعد از آن گروه اول مادرانی بودند که آموزش رویکرد تعامل والد و کودک شامل ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه ای، هفته ای یک بار بصورت گروهی را دریافت کردند. گروه دوم مادرانی بودند که آموزش رویکرد Adler و Dreikurs شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای، هفته ای یک بار بصورت گروهی را دریافت کردند. گروه سوم مادران گروه شاهد بودند که مداخله ای برای آنها انجام نشد. پس از پایان دوره آزمایش، هر سه گروه مورد پس آزمون قرار گرفتند و سپس دو ماه بعد از مداخله، آزمون پیگیری اجرا شد. جلسات گروهی در محل یکی از مراکز صورت گرفت.

پرسشنامه نشانگان بالینی: سیاهه رفتاری کودک Achenbach (CBCL) از مجموعه فرم-های موازی Achenbach بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله را از دیدگاه والدین در هشت عامل اضطراب/ افسردگی، انزوا/ افسردگی، شکایت های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون سازی شده را تشکیل می دهند. پرسشنامه ۱۱۵ سوال دارد و در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می شود. پاسخ به سوالات سیاهه رفتاری کودک آنباخ به صورت لیکرت سه گزینه ای از صفر تا ۲ می باشد. طبق دستورالعمل اگر نمره فرد کمتر از ۶۵ باشد در محدوده نرمال یا غیربالینی و اگر نمره بین ۶۵-۶۹ باشد در محدوده ی مرزی بالینی و اگر نمره T بزرگ تر از ۶۹ باشد در محدوده بالینی قرار دارد. در مطالعه اولیه روایی محتوایی و روایی ملاکی و روایی سازه پرسشنامه تأیید شده و ضریب پایایی آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۷ به دست آمده است (۱۵). یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۰) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به دست آوردند و در مورد اعتبار سازه همبستگی خرده مقیاس های

بخش مشکلات رفتاری-هیجانی با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۸-۰/۶۲، ۰/۹۱-۰/۴۴ و ۰/۸۵-۰/۵۱ همبستگی خرده مقیاس های بخش مهارت ها با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۲-۰/۲۴، ۰/۹۳-۰/۷۷ و ۰/۸۷-۰/۶۴ گزارش کرده اند (۱۷). در پژوهش حاضر نیز روایی صوری پرسشنامه توسط شش نفر از متخصصین تایید گردید و ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۷۷ بدست آمد.

جدول شماره ۱- خلاصه جلسات آموزش دو رویکرد آموزشی

جلسه	محتوای تعامل والد-کودک	محتوای Adler-Dreikurs
اول	ارزیابی اولیه (ماهیت، شیوع، سیر، پیش آگهی، سبب شناسی، تبیین هدف برنامه و قوانین گروه) و تعیین جهت گیری درمان	اطلاعات ضروری (ماهیت، شیوع، سیر، پیش آگهی، سبب شناسی، تبیین هدف برنامه و قوانین گروه) و تأکید بر نقش خانواده
دوم	آموزش مهارت های تعامل کودک محور (بدون حضور کودک)	اصول شکل گیری رفتار و درک کودک و شناخت انگیزه های او برای بروز رفتارهای نامطلوب
سوم	هدایت و تمرین مهارت های تعامل کودک محور	نقش و اهمیت آموزش و کاربرد عملی روش دلگرم سازی و تأکید بر نکات مهم
چهارم	هدایتگری همراه با توضیح موضوع الگوگیری کودکان از والدین	شناخت اهداف اشتباه های کودکان در انجام رفتارها و هدایت کودکان برای انجام رفتارهای مشارکتی و مطلوب
پنجم	هدایتگری همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت	بررسی اشتباه های رایج در تنبیه و تشویق و استفاده از پیامدهای طبیعی و منطقی
ششم	هدایتگری با تأکید بر موضوع استرس کودکان	عدم اهمیت دادن والدین به عادت های بد کودکان
هفتم	آموزش مهارت های تعامل والدمحور (بدون حضور کودک)	جلوگیری از سرزنش بیش از حد و پرخاشگری در قبال مشکلات رفتاری کودک
هشتم	هدایتگری	جلب مشارکت کودک در انجام کارهای مربوط به زندگی مشترک در محیط های گوناگون زندگی کودک
نهم	هدایتگری همراه با آغاز تعمیم دهی مهارت ها به خارج از اتاق بازی	پیشگیری از توجه و حمایت بیش از حد از کودک بود
دهم	هدایتگری	آموزش چگونگی بر انگیختن استقلال در کودک پرداخته
یازده	هدایتگری همراه با آموزش تنظیم قوانین خانگی	-----
دوازده	هدایتگری همراه با آموزش مدیریت رفتار در اماکن عمومی	-----
سیزده	هدایتگری در یک مکان عمومی	-----
چهارده	هدایتگری و حل مسائلی که مانع اتمام درمان هستند	-----
پانزده	فارغ التحصیلی	-----

جهت تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده و با توجه به فرضیه های پژوهش علاوه بر استفاده از روش های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) از تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه گیری مکرر استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک نرم افزار SPSS-21 انجام گرفت.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن مادر و کودک در گروه های تعامل والد- کودک (۴/۵) ۳۲/۲ و (۱/۵) ۹، در Adler-Dreikurs (۳/۷) ۳۳/۹ و (۱/۵) ۹/۶ و در شاهد (۴/۲) ۳۲/۷ و (۱/۴) ۹ سال بود. تعداد ۱ (۰/۵) نفر تحصیلات راهنمایی، ۷ (۰/۳۵) نفر دیپلم، ۳ (۰/۱۵) نفر فوق دیپلم و ۹ (۰/۴۵) نفر لیسانس اعضای گروه تعامل والد- کودک را تشکیل می دادند. همچنین در گروه Adler-Dreikurs، ۸ (۰/۴۰) نفر تحصیلات دیپلم، ۳ (۰/۱۵) نفر فوق دیپلم، ۷ (۰/۳۵) نفر لیسانس و ۲ (۰/۱۰) نفر فوق لیسانس داشتند. از میان اعضای گروه شاهد، ۱ (۰/۵) نفر تحصیلات راهنمایی، ۸ (۰/۴۰) نفر دیپلم، ۹ (۰/۴۵) نفر فوق دیپلم و لیسانس و ۲ (۰/۱۰) نفر فوق لیسانس داشتند.

جهت مقایسه اثربخشی آموزش به مادران مبتنی بر دو رویکرد تعامل والد- کودک و Adler-Dreikurs بر نشانگان بالینی کودکان از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، ابتدا پیش فرض های انجام این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف نشان داد که داده های بدست آمده از پرسشنامه نشانگان بالینی دارای توزیع نرمال هستند. مفروضه همگنی واریانس های متغیرها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد واریانس های متغیرها همگن هستند. فرض کرویت نیز برای متغیرها برقرار بود. بنابراین جهت اندازه گیری مکرر اقدام شد.

نتایج نشان داد تمامی تقابل ها و اثرات تعاملی بین متغیرهای مستقل دو رویکرد درمانی مذکور (سه مرحله آزمون و عضویت گروهی) هم در آزمون اثر پیلایی و هم در آزمون لامبدای ویکز به طور کلی در سطح ($P < 0/05$) معنادار است. از آنجا که مقدار معنی داری کمتر از خطای ۰/۰۵ می باشد می توان پذیرفت که نمرات متغیرهای تحقیق در بین گروه های آموزشی در طی مقطع پس آزمون و پیگیری تغییر یافته اند و مدل معنادار است. این یافته ها حاکی از این هستند که بین اثربخشی آموزش به مادران مبتنی بر دو رویکرد تعامل والد- کودک و Adler-Dreikurs بر نشانگان بالینی کودکان تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که نمرات نشانگان بالینی و مؤلفه های آن شامل مشکلات تفکر، مشکلات توجه، مشکلات اجتماعی، پرخاشگری، شکایان جسمانی، انزوا و اضطراب-افسردگی در هر دو گروه آموزشی تعامل والد کودک و Adler-Dreikurs در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش پیدا کرده است و در مرحله پیگیری این کاهش در حد معنادار حفظ شده است. در گروه Adler-Dreikurs کاهش نمرات بیش از گروه تعامل والد- کودک بوده است بنابراین اثربخشی گروه Adler-Dreikurs بیشتر بوده است.

برای بررسی و مقایسه دقیق تر اثربخشی آموزش به مادران مبتنی بر دو رویکرد تعامل والد- کودک و Adler-Dreikurs بر هر یک از نشانگان بالینی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون گروه ها با تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر به تفکیک هر یک از مؤلفه های نشانگان بالینی در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

در جدول شماره ۳ اثربخشی آموزش به مادران مبتنی بر دو رویکرد تعامل والد- کودک و Adler-Dreikurs بر هر یک از مؤلفه های نشانگان بالینی بصورت مجزا مقایسه شده است و در نتیجه این بررسی ها می توان مشاهده نمود معنی داری متناظر با همه مؤلفه ها به جز مؤلفه شکایات جسمانی از خطای ۰/۰۵ کمتر بوده و لذا می توان با اطمینان ۹۵ درصد اظهار داشت: اندازه اثر آموزش به مادران مبتنی بر دو رویکرد تعامل والد- کودک و Adler-Dreikurs، بر کاهش اضطراب/افسردگی کودکان ۲۱ درصد، کاهش انزوا/افسردگی ۲۴ درصد، کاهش شکایات جسمانی ۳۱ درصد، کاهش مشکلات اجتماعی ۳۲ درصد، کاهش مشکلات تفکر ۱۳ درصد، کاهش مشکلات توجه ۳۵ درصد، کاهش رفتار قانون شکنی ۱۴ درصد، کاهش رفتار پرخاشگری ۱۶ درصد و نمره کل نشانگان بالینی ۴۷ درصد بوده است. بدین معنا که گروه ها در مقطع پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دارند ($P < 0/05$).

جدول شماره ۲- میانگین (انحراف معیار) نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس آزمون میانگین (انحراف معیار)	پیگیری میانگین (انحراف معیار)	P
اضطراب/افسردگی	والد-کودک	۲۲/۲ (۲/۴)	۱۹/۸(۲/۰)	۱۹/۳(۱/۸)	<۰/۰۰۱
	Adler-Dreikurs	۲۲/۲ (۲/۴)	۱۸/۲(۱/۳)	۱۷/۰(۱/۰)	<۰/۰۰۱
	شاهد	۲۱/۷(۲/۵)	۲۰/۶(۱/۵)	۲۱/۰(۱/۸)	۰/۳۰
	P	۰/۷۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	
انزوا/ افسردگی	والد-کودک	۱۳/۵۰(۱/۴)	۱۱/۴۰(۱/۳۱)	۱۱/۳۰(۱/۴۹)	<۰/۰۰۱
	Adler-Dreikurs	۱۴/۰(۱/۷)	۹/۹(۱/۴)	۹/۴(۱/۲)	<۰/۰۰۱
	شاهد	۱۳/۲(۱/۶)	۱۱/۲(۱/۹)	۱۲/۶(۱/۸)	۰/۱۶
	P	۰/۲۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	
شکایات جسمانی	والد-کودک	۱۹/۵۵(۱/۶)	۱۸/۳۵(۱/۷)	۱۸/۳۰(۱/۸)	<۰/۰۰۱
	Adler-Dreikurs	۲۰/۱۰(۱/۶)	۱۶/۵(۱/۳)	۱۷/۳(۱/۲)	<۰/۰۰۱
	شاهد	۲۱/۱۰(۱/۸)	۲۰/۰(۲/۶)	۱۹/۲(۱/۶)	۰/۱۸
	P	۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۰۱	
مشکلات اجتماعی	والد-کودک	۱۸/۵(۱/۶)	۱۷/۳(۱/۸)	۱۷/۵(۱/۴)	<۰/۰۰۱
	Adler-Dreikurs	۱۹/۱(۱/۶)	۱۵/۵(۱/۳)	۱۶/۳(۱/۲)	<۰/۰۰۱
	شاهد	۱۸/۱(۱/۶)	۱۸/۲(۱/۰)	۱۹/۳(۱/۵)	۰/۶۳
	P	۰/۱۵	۰/۰۱	۰/۰۱	
مشکلات تفکر	والد-کودک	۱۱/۲(۴/۴)	۷/۶(۳/۵)	۵/۶(۴/۲)	<۰/۰۰۱
	Adler-Dreikurs	۱۰/۷(۱/۸)	۵/۶(۲/۳)	۷/۸(۲/۳)	<۰/۰۰۱
	شاهد	۸/۹(۲/۲)	۹/۹(۱/۹)	۱۰/۶(۲/۰)	۰/۳۰
	P	۰/۱۸	۰/۰۱	۰/۰۱	
مشکلات توجه	والد-کودک	۱۸/۴(۱/۳)	۱۷/۳(۱/۶)	۱۷/۵(۱/۴)	<۰/۰۰۱
	Adler-Dreikurs	۱۸/۸(۱/۲)	۱۵/۵(۱/۳)	۱۶/۳(۱/۲)	<۰/۰۰۱
	شاهد	۱۸/۰(۱/۴۲)	۱۸/۲(۱/۰)	۱۹/۰(۱/۲)	۰/۲۷
	P	۰/۲۳	۰/۰۱	۰/۰۱	
رفتار قانون شکنی	والد-کودک	۲۵/۹(۳/۴)	۲۳/۱(۴/۶)	۲۵/۵(۳/۴)	<۰/۰۰۱
	Adler-Dreikurs	۲۷/۲(۳/۵)	۲۰/۳(۳/۲)	۲۱/۳(۴/۵)	<۰/۰۰۱
	شاهد	۲۷/۳(۴/۶)	۲۵/۹(۳/۸)	۲۵/۸(۵/۰)	۰/۱۵
	P	۰/۸۶	۰/۰۱	۰/۰۱	
رفتار پرخاشگری	والد-کودک	۲۷/۶(۳/۵)	۲۴/۷(۴/۱)	۲۵/۵(۳/۴)	<۰/۰۰۱
	Adler-Dreikurs	۲۸/۲(۳/۵)	۲۱/۳(۳/۲)	۲۱/۳(۴/۵)	<۰/۰۰۱
	شاهد	۲۷/۳(۴/۶)	۲۵/۹(۳/۸)	۲۵/۸(۵/۰)	۰/۶۱
	P	۰/۷۰	۰/۰۱	۰/۰۱	
نشانه‌های بالینی (نمره کل)	والد-کودک	۱۷۰/۵(۹/۶)	۱۵۳/۴(۱۳/۰)	۱۵۵/۹(۹/۰)	<۰/۰۰۱
	Adler-Dreikurs	۱۷۳/۱(۹/۱)	۱۳۴/۹(۸/۱)	۱۳۶/۶(۱۱/۰)	<۰/۰۰۱
	شاهد	۱۶۹/۱(۱۴/۴)	۱۶۳/۵(۹/۵)	۱۶۵/۹(۱۱/۷)	۰/۳۲
	P	۰/۷۴	۰/۰۱	۰/۰۱	

جدول شماره ۳- تحلیل واریانس ابعاد نشانگان بالینی دو گروه آزمایشی و گروه شاهد

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	اندازه اثر
اضطراب/افسردگی	۱۱۹/۶۳	۲	۵۹/۸۱	۷/۸۵	*۰/۰۰۱	۰/۲۱
انزوا/افسردگی	۷۷/۵۱	۲	۳۸/۷۵	۹/۱۶	*۰/۰۰۱	۰/۲۴
شکایات جسمانی	۷۲/۰۷	۲	۳۶/۰۳	۱۲/۹۰	*۰/۰۰۱	۰/۳۱
مشکلات اجتماعی	۷۳/۶۷	۲	۳۶/۸۳	۱۳/۸۰	*۰/۰۰۱	۰/۳۲
مشکلات تفکر	۲۸۹/۲۱	۲	۱۴۴/۶۰	۴/۴۸	*۰/۰۱۱	۰/۱۳
مشکلات توجه	۷۰/۸۱	۲	۳۵/۴۰	۱۵/۵۴	*۰/۰۰۱	۰/۳۵
رفتار قانون شکنی	۳۵۴/۹۰	۲	۱۷۷/۴۵	۴/۹۸	*۰/۰۱۱	۰/۱۴
رفتار پرخاشگری	۳۹۳/۷۳	۲	۱۹۶/۸۶	۵/۴۹	*۰/۰۰۷	۰/۱۶
نشانگان بالینی	۱۲۳۹۹/۱۴	۲	۶۱۹۹/۵۷	۲۵/۹۵	*۰/۰۰۱	۰/۴۷

*معنادار در سطح کمتر از ۰/۰۵

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که نمرات پس آزمون و پیگیری نشانگان بالینی کودکان اعضای که در گروه آموزش مبتنی بر تعامل والد- کودک شرکت داشتند و کودکان افرادی که در گروه آموزش مبتنی بر رویکرد Adler-Dreikurs شرکت داشتند، نسبت به کودکان افرادی که در گروه شاهد جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است ($P < 0/05$). بنابراین آموزش به مادران مبتنی بر رویکرد تعامل والد- کودک و آموزش به مادران مبتنی بر رویکرد Adler-Dreikurs بر نشانگان بالینی کودکان اثربخش است. اثربخشی رویکرد Adler-Dreikurs بر نشانگان بالینی کودکان نسبت به رویکرد تعامل والد-کودک قوی تر بود.

بحث

مطالعه نشان داد میانگین (انحراف معیار) نشانگان بالینی در گروه والد-کودک از $170/5(9/6)$ ، در مرحله پیش آزمون به $153/4(13)$ در پس آزمون و $155/9(9)$ پیگیری کاهش یافت. همچنین در گروه Adler-Dreikurs میانگین (انحراف معیار) نشانگان بالینی از $173/1(19/1)$ در مرحله پیش آزمون، به $134/9(8/1)$ در پس آزمون و $136/6(11)$ در مرحله پیگیری کاهش یافت. اما در گروه شاهد میانگین (انحراف معیار) نمرات نشانگان بالینی در مرحله پیش آزمون $14/4(169/1)$ ، پس آزمون $9/5(163/5)$ و پیگیری $11/7(165/9)$ تفاوتی نداشتند. هر چند دو گروه مداخله تفاوت معناداری نداشتند اما اثربخشی رویکرد Adler-Dreikurs بر نشانگان بالینی کودکان نسبت به رویکرد تعامل والد-کودک قوی تر بود. اندازه اثر آموزش به مادران مبتنی بر دو رویکرد تعامل والد- کودک و Adler-Dreikurs به ترتیب ۴۷ درصد بر نمره کل نشانگان بالینی، ۳۵ درصد بر کاهش مشکلات توجه، ۳۲ درصد بر کاهش مشکلات اجتماعی، ۳۱ درصد بر کاهش شکایات جسمانی، ۲۴ درصد بر کاهش انزوا/افسردگی، ۲۱ درصد بر کاهش اضطراب/افسردگی، ۱۶ درصد بر کاهش رفتار پرخاشگرانه، ۱۴ درصد بر کاهش رفتار قانون شکنی و ۱۳ درصد بر کاهش مشکلات تفکر در مقطع پس آزمون و پیگیری بوده است.

این یافته های تحقیق با نتایج تحقیقات Niec و همکاران (۱۸)، مصطفوی و همکاران (۱۹)، پیرنیا و همکاران (۲۰)، Hosogane و همکاران (۲۲) و Leung و همکاران (۲۳) که به تأثیرات مثبت آموزش مبتنی بر تعامل والد- کودک بر بهبود نشانگان بالینی کودکان اشاره کرده اند، همخوانی دارد. همچنین این نتایج با یافته های صالحی (۲۴)، Mc Vittie (۲۵)، Dillman و همکارانش (۲۶) که به تأثیرات مثبت آموزش مبتنی بر رویکرد Adler-Dreikurs بر بهبود نشانگان بالینی کودکان اشاره کرده اند، همسو می باشد.

در تبیین اثربخشی آموزش های مبتنی بر تعامل والد- کودک بر کاهش نشانگان بالینی کودکان باید به بهبود کیفیت رابطه والد - کودک و تأثیرات آن بر جلوگیری از بروز و تداوم علائم آسیب شناسی روانی اشاره کرد. در این رویکرد به والدین

آموزش داده می شود تا در صورت مواجهه با نشانگان بالینی و هیجانات منفی در کودکانشان آشفته نشوند و واکنشی نشان ندهند که باعث تقویت رفتارهای اجتنابی و متعاقبا دوام این علائم در کودک گردد (۸). مکانیسم عمل و منطقی که آموزش‌های فوق بر اساس آن طرح‌ریزی شده‌اند، بازداری - مواجهه خوانده می شود و بر این اعتقاد استوار است که تجربه استرسورهای عمده مانند طلاق والدین باعث بازداری از موقعیت های ارتباطی می شود و بازداری از فهم و جذب تجربه جلوگیری می کند. واداشتن کودک به رویارویی با تجربه آسیب زا باعث تسهیل فرآیند جذب می شود و کودک از مشکل رهایی می یابد (۲۷). در این دیدگاه اعتقاد بر این است که می توان فرآیند مقابله را تسهیل نمود و مکانیسم آن نیز واداشتن کودک به رویارویی و عدم اجتناب است. آموزش های مبتنی بر تعامل والد - کودک این فرآیند را از طریق درگیر ساختن والدین در مدیریت رفتارهای فرزندشان اجرایی می‌سازد (۹). بنابراین آموزش های مبتنی بر تعامل والد-کودک باعث می شود والد از جایگاه کسی که باعث تداوم نشانگان بالینی کودکان می شود، به جایگاهی تغییر موقعیت دهد که همانند یک درمانگر، کودک را در مواجهه با موقعیت های اضطراب آمیز و ارزیابی مجدد آن همراهی می کند و در این مسیر باعث خاموشی پاسخ های اجتنابی و کاهش علائم اضطرابی در کودک می گردد (۲۱).

در تبیین تأثیرات مثبت آموزش مبتنی بر رویکرد Adler-Dreikurs بر بهبود نشانگان بالینی کودکان می‌توان به تأثیرات کاربرد منظم راهکارهای مفید در شکل گیری انضباط، شیوه های حل مسئله و راهکارهای دلگرم سازی و جلوگیری از دلسرد شدن کودکان توسط مادران پس از شرکت در جلسات آموزش مبتنی بر رویکرد Adler-Dreikurs اشاره کرد. یکی از نظریه پردازانی بود که به تعامل والد-کودک به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر کاهش یا افزایش نشانه های بالینی و اختلالات رفتاری کودکان اشاره داشت (۲۵). بنابراین اگر در درمان روش هایی اتخاذ شود که روش های تربیتی نادرست والدین حذف شود و تعامل والد-کودک بهبود یابد، احتمالا مشکلات رفتاری کودکان نیز کاهش می یابد (۲۱). در پژوهش های مختلف نشان داده شده است که بکارگیری فنون ارتباطی برای کاهش مشکلات رفتاری و آموزش مهارت های رفتار اجتماع پسندانه به صورت معنی داری سازگاری اجتماعی کودکان را افزایش می‌دهد و مشکلات رفتاری و نشانگان بالینی را در آن ها کاهش می دهد (۲۸). بنابراین قابل انتظار است که نشانگان بالینی علی الخصوص افسردگی و استرس در کودکانی که مادرانشان آموزش های مبتنی بر رویکرد Adler-Dreikurs را دریافت کرده اند، کاهش یابد.

همچنین نتایج حاکی از این بود که آموزش مبتنی بر رویکرد Adler-Dreikurs نسبت به روش تعامل والد-کودک بر نشانگانی بالینی کودکان تأثیر بیشتری داشته است. در مطالعه اسماعیلی نسب و همکاران نیز که به بررسی و مقایسه رویکرد Adler-Dreikurs و Barkley پرداخته بود رویکرد Adler-Dreikurs بر متغیرهای بیشتری تأثیر گذاشته بود. در توجیه این یافته می توان گفت از آنجا که در رویکرد Adler-Dreikurs کل خانواده به عنوان سیستم در نظر گرفته می شود و کودک به عنوان یک عضو سیستم مورد احترام واقع شده و الگوهای ارتباطی تغییر می کند نتایج اثربخشی بیشتری نسبت به آموزش و تغییر در رفتارهای آشکار نشان می دهد زیرا در درمان Adler-Dreikurs شناخت نیز تحت تأثیر قرار می گیرد (۲۹). در مطالعه هاشمی ملک‌شاه نیز نتایج نشان داد آموزش به شیوه Adler-Dreikurs در افزایش شیوه فرزندپروری مقتدرانه (مادر) و نه پدر کودکان بیش فعال با نارسایی توجه تأثیر معنادار داشته است. بازخوردهای والدین نشان می داد که به کارگیری اصول فرزندپروری دموکراتیک که یکی از اصول رویکرد Adler-Dreikurs است در تعامل اعضای خانواده با یکدیگر رضایت بخش بوده است. از طرفی آموزش این اصول برای والدین چالش برانگیز بود و بحث ها و گفتگوهای زیادی به همراه داشت. در واقع به نظر می رسد روش Adler-Dreikurs از آنجا که بیشتر بر جهان بینی و نگرش تأثیر می گذارد نسبت به روش آموزش تعامل والد - کودک بیشتر نکات ارائه شده یک طرفه بوده و جنبه آموزشی دارد و ممکن است برای برخی افراد این شیوه چندان جذاب نباشد. اما اصول به کار رفته در درمان Adler-Dreikurs از طریق ایجاد بینش در فرد چالش هایی ایجاد می کند که والدین را بیشتر تحت تأثیر قرار می دهد (۳۰).

هر پژوهشی محدودیت هایی دارد که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می کند در این تحقیق نیز با توجه به شیوه نمونه گیری و همچنین شرایط خاص روحی مادران (تجربه طلاق) در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. پیشنهاد

می‌شود از روش‌های آموزش مبتنی بر دو رویکرد تعامل والد-کودک و Adler-Dreikurs، برای بهبود اختلالات روانی دوره کودکی مانند اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، اختلالات رفتاری، اختلالات خوردن و غیره استفاده شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که آموزش تعامل والد-کودک و آموزش فرزندپروری به شیوه Adler-Dreikurs باعث کاهش نشانگان بالینی کودکان شد. در این میان، آموزش فرزندپروری به شیوه Adler-Dreikurs اثربخشی بیشتری نسبت به آموزش تعامل والد-کودک داشت.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر کمال تشکر و قدردانی می‌گردد. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول پژوهش حاضر و دارای کد اخلاق با شماره IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1397.004 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Kisely S, Abajobir AA, Mills R, Strathearn L, Clavarino A, Najman JM. Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*. 2018;213(6):698-703.
2. Vadoudi S, Ghasemzadeh S, Yazdi S M. The Effectiveness of a Family-Centered Intervention on Parent-Child Interactions and Externalized Problems of Children with Down's Syndrome. *sjsph*. 2018; 16 (3) :255-268
3. Enten RS, Golan M. Parenting styles and eating disorder pathology. *Journal of Appetite*. 2009;52: 784-787.
4. Bornstein MH, Hahn CS, Suwalsky JT. Language and internalizing and externalizing behavioral adjustment: Developmental pathways from childhood to adolescence. *Development and psychopathology*. 2013;25(3):857-78.
5. Nunes SA, Faraco AM, Vieira ML, Rubin KH. Externalizing and internalizing problems: Contributions of attachment and parental practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2013;26(3):617-25.
6. Coleman PK, Karraker KH. Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 2008; 49(1): 13-24.
7. Weeks M, Ploubidis GB, Cairney J, Wild TC, Naicker K, Colman I. Developmental pathways linking childhood and adolescent internalizing, externalizing, academic competence, and adolescent depression. *Journal of adolescence*. 2016; 51:30-40.
8. Kendall PC. Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2013; 132: 211-231.
9. Kennedy S C, Kim JS, Tripodi SJ, Brown MS, Gowdy G. Does Parent-Child Interaction Therapy Reduce Future Physical Abuse? A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*. 2014; 6: 101-10 .
10. Lanier P, Kohl PL, Benz J, Swinger D, Drake B. Preventing maltreatment with a community-based implementation of parent-child interaction therapy. *Journal of child and family studies*. 2014;23(2):449-60.
11. Gray GR, Totsika V, Lindsay G. Sustained effectiveness of evidence-based parenting programs after the research trial ends. *Frontiers in psychology*. 2018;9 : 2035..
12. Jonyniene J, Kern RM, Gfroerer KP. Efficacy of Lithuanian Systematic Training for Effective Parenting (STEP) on parenting style and perception of child behavior. *The Family Journal*. 2015;23(4):392-406.
13. DehghanManshadi S M, Gholamrezay S, Ghazanfari F. The Effectiveness of Positive Parenting Skills Training on Parental Self-Efficacy and Children's Behavioral Problems in Female-Headed Households in City of Yazd. *Social workmag*. 2016; 5 (2) :20-27(Full Text in Persian)

14. Barnhart S, Maguire-Jack K. Single mothers in their communities: The mediating role of parenting stress and depression between social cohesion, social control and child maltreatment. *Children and youth services review*. 2016; 70:37-45.
15. Rezapour Y, Ahmadi Ardakani Z, Javad -Shiri M. The Effectiveness of Lifestyle Change-Based Interventions with Emphasis on Educational Lifestyle on Educational Self-Concept of Veterans' Children. *Journal of Military Medicine*. 2018;20(5): 546-553(Full Text in Persian)
16. Minaee A. Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms. *JOEC*. 2006; 6 (1) :529-558(Full Text in Persian).
17. Yazdkhasti F, Oreyzi H. Standardization of Child, Parent and Teacher's Forms of Child Behavior Checklist in the City of Isfahan. *IJPCP*. 2011; 17 (1):60-70.(Full Text in Persian).
18. Niec, L. N., Barnett, M. L., Prewett, M. S., & Shanley Chatham, J. R. Group parent-child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2016; 84(8): 682-698.
19. Mostafavi SS, Shaeeri, MR, AsghariMoghaddam MA, MahmoodiGharaee J. The Effect of Education of Child-Parent Relationship Play Therapy (CPRT) in accordance with the Landreth Pattern for Mothers on Reducing Behavioral Disorders in Children. *Clinical Psychology and Personality (Daneshvar Behavior)*. 2012;19 (7): 33- 42. (Full Text in Persian)
20. Pirnia B, Rasoulzadeh Tabatabaei S K, Pirkhaefi A, Soleimani A. Comparison of the Effectiveness of Two Cognitive-Behavioral and Mother-Child Interactive Therapies on Anxiety of Children with Under-Methadone Treatment Mother. *IJPCP*. 2017; 23 (2) :136-147. (Full Text in Persian)
21. Cooley M, Veldorale-Griffina A, Petren RE, Mullis AK. Parent-Child Interaction Therapy: A Meta-Analysis of Child Behavior Outcomes and Parent Stress. *Journal of Family Social Work*, 2014; 17:191-208.
22. Hosogane N, Kodaira M, Kihara N, Saito K, Kamo T. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for young children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Japan. *Annals of General Psychiatry*. 2018;17(1):9.
23. Leung C, Tsang S, Sin TCS, Choi S. The Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with Chinese Families: Randomized Controlled Trial. *Research on Social Work Practice*. 2014; 25(1) :117-128.
24. Salehi S, The Effectiveness of Parent Training with Adlerian Approach on the Coping Methods among Mothers of their Children with Conduct Disorder. *Global Journal of Archeology and Antropology*, 2018;3(3):1-6.
25. Mc Vittie J, Best AM. The Impact of Adlerian-Based Parenting Classes on Self-Reported Parental Behavior. *Training*. *Journal of Individual Psychology*. 2009;65(3):264-85.
26. Dillman Taylor D, Meany-Walen KK. Investigating the effectiveness of Adlerian play therapy (AdPT) with children with disruptive behaviors: A single-case research design (SCRD). *Journal of Child and Adolescent Counseling*. 2015;1(2):81-99.
27. Luby JL. Treatment of Anxiety and Depression in the Preschool Period. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013; 52 (4): 346-358.
28. Mohajeri A, Pour Etamad H, Shokri O, Khoshabi K. Effect of parent-child interaction therapy on parenting self-efficacy in mothers of children with high function autism. *Applied Psychology* .2013; 7 (1) (25): 21 - 38. (Full Text in Persian)
29. Smaeilinasab M, Alizadeh H, Ahadi H, Delawar A, Eskandari H. A Comparative Study on Effectiveness of Two Adlerian-Dreikursian and Barkley's Parent Training Methods on the Improvement of Family Environment in Families of Children with Conduct Disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2012; 1(4): 42-70. (Full Text in Persian)
30. HashemiMalekshah S, Alizadeh H, Pezeshk S, Soheili F. The Effectiveness of Adlerian Parent Training on Executive Functions in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Advances in Cognitive Science*. 2017; 18 (4) :88-99. (Full Text in Persian)

سیاهه رفتاری کودک (CBCL) آخنباخ - نسخه والدین

در زیر فهرستی از رفتارها و حالات مختلف آورده شده است چنانچه هر کدام از آنها در مورد کودک یا نوجوان شما در حال حاضر یا در طول ۶ ماه گذشته وجود داشته است، آن را با علامت (x) مشخص نمایید.

سئوالات	خبر	بعضی مواقع	بلی
۱ بچه گانه تر از سن خود رفتار می کند.			
۲ حساسیت (آلرژی) دارد. (نوع حساسیت را توضیح دهید: _____)			
۳ زیاد جر و بحث می کند.			
۴ آسم یا تنگی نفس دارد.			
۵ اگر کودک یا نوجوان پسر است می پرسیم «مثل دخترها رفتار می کند» اگر کودک یا نوجوان دختر است می پرسیم «مثل پسرها رفتار می کند»			
۶ بیرون از توالت مدفوع می کند. در هر مکانی آب دهانش را می اندازد (تف می کند)			
۷ مغرور است و از خودش تعریف می کند.			
۸ نمی تواند حواسش را جمع کند، نمی تواند توجه اش را برای مدت طولانی نگه دارد.			
۹ بعضی فکرها را نمی تواند از ذهنش خارج کند (فکر وسواسی).			
۱۰ نمی تواند آرام بنشیند، بی قرار است یا زیاد فعال است.			
۱۱ به بزرگسالان می چسبد، یا خیلی به آنها وابسته است.			
۱۲ از تنهایی شکایت می کند.			
۱۳ گیج یا سردرگم به نظر می رسد.			
۱۴ زیاد گریه می کند.			
۱۵ با حیوانات بی رحم است.			
۱۶ نسبت به دیگران بی رحم است، زورگو است و دیگران را آزار می دهد.			
۱۷ خیال پردازی می کند یا در افکار خودش غرق می شود.			
۱۸ عمداً به خودش صدمه می زند یا قصد از بین بردن خود را دارد.			
۱۹ دلش می خواهد به او زیاد توجه کنند.			
۲۰ وسائش را خراب می کند.			
۲۱ وسائل متعلق به خانواده اش یا وسایل دیگران را خراب می کند.			
۲۲ در خانه نافرمانی می کند (حرف گوش نمی دهد).			
۲۳ در مدرسه نافرمانی می کند (حرف گوش نمی دهد).			
۲۴ خوب غذا نمی خورد.			
۲۵ با بچه های دیگر سازگاری ندارد.			
۲۶ از رفتار بد خود، پشیمان نمی شود.			
۲۷ حسود است.			
۲۸ قوانین و قواعد را در خانه، مدرسه و در جاهای نقض می کند.			
۲۹ از حیوانات، وضعیت ها، موقعیتی ها یا بعضی جاهای خاص (غیر از مدرسه) می ترسد (توضیح دهید از چه می ترسد: _____)			
۳۰ از رفتن به مدرسه می ترسد.			
۳۱ از این که فکر بدی به سرش بزند یا عمل بدی انجام دهد، می ترسد.			
۳۲ احساس می کند که باید از هر جهت بی عیب و نقص باشد.			

بلی	بعضی مواقع	خیر	سوالات
			۳۲ احساس می کند که باید از هر جهت بی عیب و نقص باشد.
			۳۳ احساس می کند که هیچ کس او را دوست ندارد.
			۳۴ احساس می کند دیگران دست نیافتنی هستند.
			۳۵ احساس بی ارزشی می کند، خودش را کمتر از آنچه هست می پندارد.
			۳۶ زیاد به خود صدمه می زند، مستعد آسیب دیدن است.
			۳۷ زیاد جنگ و دعوا می کند.
			۳۸ زیاد سر به سر دیگران می گذارد.
			۳۹ دور و بر بچه هایی می گردد که در دسر، درست می کنند.
			۴۰ صداهایی می شوند که وجود خارجی ندارند (دیگران قادر به شنیدن آنها نیستند). (توضیح دهید: _____)
			۴۱ بدون فکر عمل می کند.
			۴۲ تنهایی را دوست دارد.
			۴۳ دروغ می گوید، حيله گری و تقلب می کند، دیگران را گول می زند.
			۴۴ عادت به ناخن جویدن دارد.
			۴۵ زیاد حساس است، زود عصبی و هیجان زده می شود.
			۴۶ حرکات و پرش های غیرارادی در اندام بدن خود دارد. (توضیح دهید: _____)
			۴۷ خواب های وحشتناک می بیند.
			۴۸ بچه های دیگر او را دوست ندارند.
			۴۹ یبوست دارد.
			۵۰ بسیار ترسو است و مضطرب می شود.
			۵۱ احساس سرگیجه می کند.
			۵۲ زیاد احساس گناه می کند.
			۵۳ زیاد غذا می خورد (پرخور است).
			۵۴ بیش از اندازه احساس خستگی می کند.
			۵۵ اضافه وزن دارد.
			۵۶ از مشکلات و ناراحتی های جسمی زیر در خود شکایت دارد (مشکلاتی که به نظر پزشکان جسمی نبوده و علت عصبی دارد)
			الف) درد در نقاط مختلف بدن
			ب) سردرد
			ج) حالت تهوع، احساس حال به هم خوردن
			د) ناراحتی چشمی (اگر با عینک برطرف نمی شود) (توضیح دهید: _____)
			ه) جوش یا دیگر مشکلات پوستی
			و) دل درد یا دل پیچه
			ز) استفراغ یا بالا آوردن
			ح) سایر ناراحتی ها (قید گردد: _____)

بلی	بعضی مواقع	خیر	سوالات
			بی دلیل با دیگران کت کتکاری می کند. ۵۷
			با بینی، پوست یا دیگر قسمت های بدنش ور می رود و آن ها را زخم می کند. (توضیح دهید: _____) ۵۸
			با آلت تناسلی خود در حضور دیگران ور می رود و بازی می کند. ۵۹
			با آلت تناسلی خود زیاد بازی می کند. ۶۰
			در درس خواندن ضعیف است. ۶۱
			دست و پا چلفتی است. ۶۲
			ترجیح می دهد با بچه های بزرگ تر از خودش باشد. ۶۳
			ترجیح می دهد با بچه های کوچک تر از خود باشد. ۶۴
			از صحبت کردن با افراد غریبه خودداری می کند. ۶۵
			خودش را مجبور به بعضی اعمال می بیند (اعمال وسواسی). (توضیح دهید: _____) ۶۶
			از منزل فرار می کند. ۶۷
			زیاد جیغ می کشد. ۶۸
			مرموز و تودار است، مطالب را توی خودش نگه می دارد. ۶۹
			چیزهایی را می بیند که وجود خارجی ندارند (دیگران قادر به دیدن آنها نیستند). (توضیح دهید: _____) ۷۰
			کمر و خجالتی است. ۷۱
			آتش افروزی می کند. ۷۲
			مشکلات جنسی دارد. (توضیح دهید: _____) ۷۳
			خودنمایی یا دلکک بازی می کند. ۷۴
			بیش از حد ترسوست طوری که زهر ترک می شود. ۷۵
			کمتر از بچه های دیگر می خوابد. ۷۶
			در طول روز و یا شب بیشتر از دیگر بچه ها می خوابد. (توضیح دهید: _____) ۷۷
			بی توجه است یا به راحتی حواسش پرت می شود. ۷۸
			در صحبت کردن و در بیان کلمات مشکل دارد (مثلاً لکنت زبان دارد). (توضیح دهید: _____) ۷۹
			بدون هدف به جایی خیره می شود. ۸۰
			در منزل بدون اجازه وسایل را برمی دارد (دزدی می کند). ۸۱
			خارج از منزل بدون اجازه وسایل را برمی دارد (دزدی می کند). ۸۲
			چیزهایی را که احتیاج ندارد جمع می کند. (توضیح دهید: _____) ۸۳
			رفتارهای عجیب و غریب دارد. (توضیح دهید: _____) ۸۴
			ایده های عجیب و غریب دارد. (توضیح دهید: _____) ۸۵
			کله شق و یک دنده، عبوس و زودرنج است. ۸۶

بلی	بعضی مواقع	خیر	سوالات
			۸۷ در خلق و یا احساساتش تغییرات ناگهانی دارد.
			۸۸ زیاد قهر می کند و اخمو است.
			۸۹ بدگمان و شکاک است.
			۹۰ فحش می دهد یا در صحبت هایش، کلمات زشت و وقیحانه به کار می برد.
			۹۱ می گوید از زندگی سیر شده است و حرف های مایوس کننده می زند.
			۹۲ در خواب راه می رود یا صحبت می کند. (توضیح دهید: _____)
			۹۳ زیاد صحبت می کند.
			۹۴ دیگری را مسخره و اذیت می کند.
			۹۵ بدخلق یا تند مزاج است.
			۹۶ راجع به مسائل جنسی زیاد فکر می کند.
			۹۷ مردم را تهدید می کند.
			۹۸ انگشت شست خود را می مکد.
			۹۹ سیگار می کشد، یا توتون و تنباکو را می جود یا بو می کشد.
			۱۰۰ در خواب رفتن مشکل دارد. (توضیح دهید: _____)
			۱۰۱ از مدرسه گریزان است و فرار می کند.
			۱۰۲ کم فعالیت و کم انرژی است.
			۱۰۳ غمگین، ناراحت و دل گرفته (افسرده) است.
			۱۰۴ بیش از حد پر سر و صدا است.
			۱۰۵ برای مقاصد غیردارویی مواد مخدر مصرف می کند (به غیر از الکل و تنباکو). (توضیح دهید: _____)
			۱۰۶ از نظر اجتماعی ناهنجار است و دست به تخریب اموال عمومی می زند.
			۱۰۷ در روز شلوارش را خیس می کند.
			۱۰۸ شب ادراری دارد.
			۱۰۹ ناله می کند.
			۱۱۰ اگر کودک یا نوجوان پسر است «آرزو می کند دختر باشد» اگر کودک یا نوجوان دختر است «آرزو می کند پسر باشد»
			۱۱۱ با دیگران ارتباط برقرار نمی کند و گوشه گیر است.
			۱۱۲ نگران است.
			چنانچه کودک یا نوجوان مشکلات دیگری دارد که در فهرست بالا نیامده آنها را بنویسید. _____ -۱ _____ -۲ _____ -۳
			۱۱۳