

اثربخشی آموزش فرزندپروری والدین بر کاهش علایم اختلال سلوک و بهبود سبک‌های فرزندپروری

فائزه سهرابی*^۱، دکتر زینب خانجانی^۲، شیرین زینالی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، باشگاه پژوهشگران و نخبگان جوان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد، مهاباد، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز. ۳- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تبریز.

چکیده

زمینه و هدف: حل مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان نه تنها جنبه درمانی دارد؛ بلکه نوعی پیشگیری محسوب می‌شود. عمده‌ترین اختلالات دوران کودکی که باعث مراجعه به متخصصین بهداشت روانی می‌شود؛ از نوع اختلالات رفتاری بوده و شایع‌ترین آن اختلال سلوک است. این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی آموزش والدین بر کاهش علایم اختلال سلوک و بهبود سبک‌های فرزندپروری والدین نوجوانان ۱۶-۱۴ ساله انجام شد.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی ۳۲ نوجوان به همراه والدین پس از تشخیص علایم اختلال سلوک به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. از پرسشنامه علایم مرضی (CSI-4) و پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری Robinson در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و برنامه مداخله فرزندپروری نوجوانان (ساندرز، ۲۰۰۶) به عنوان بسته آموزشی استفاده شد.

یافته‌ها: علایم سلوک در پس‌آزمون پس از تعدیل با نمرات پیش‌آزمون کاهش آماری معنی‌داری نشان داد ($P < 0/05$). همچنین در سبک اقتدارمنش فرزندپروری والدین افزایش آماری معنی‌دار و در سبک سهل‌گیرانه و استبدادی کاهش آماری معنی‌داری در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: آموزش فرزندپروری علاوه بر بهبود روابط عاطفی میان والدین و فرزندان به عنوان یک مداخله موثر در درمان اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان مطرح است.

کلید واژه‌ها: آموزش فرزندپروری، نوجوانان، اختلال سلوک

* نویسنده مسؤل: فائزه سهرابی، پست الکترونیکی sohrabi_faeze@yahoo.com

نشانی: مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد، مرکز مشاوره دانشگاه، تلفن و نمابر ۰۴۴-۴۲۲۳۶۰۰۰

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۸، اصلاح نهایی: ۱۳۹۳/۸/۷، پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۹/۲۳

مقدمه

دیگران؛ بیرون ماندن از خانه علی‌رغم تاکید والدین؛ فرار از مدرسه قبل از سن ۱۳ سالگی جزو نشانه‌های اختلال سلوک محسوب می‌شود (۳). الگوی تکراری و پا برجای رفتاری که طی آن حقوق اولیه دیگران زیر پا گذاشته می‌شود و الگوهای رفتاری با سن فرد متناسب نیست؛ سبب نقض قوانین شده و عملکرد فرد در حوزه شغلی، اجتماعی و تحصیلی آسیب می‌بیند. تظاهرات رفتاری این اختلال شامل پرخاشگری به طرف مردم یا حیوانات، تخریب اموال، فریبکاری یا دزدی و تخلف جدی از قوانین است. در تشخیص اختلال سلوک، کودک باید دست کم سه مشکل رفتاری را طی یک سال گذشته نشان داده و دست کم یک مشکل رفتاری در شش ماه گذشته داشته باشد (۴).

بسیاری از عوامل در پیدایش این اختلال نقش دارند که یکی از

افراد در دوران نوجوانی با شور و هیجان، احساس متناقض، تحریکات فیزیولوژیکی و عواطفی پرتنش همراه می‌شوند. دوران نوجوانی، حساس و بحرانی است و از این رو نوع روش تربیتی به کار رفته برای نوجوان نقش بسیار مهمی در شکل دادن به شخصیت آینده او دارد (۱). در دهه‌های اخیر توجه فراوانی به اختلالات دوران نوجوانی شده و در این میان اختلال سلوک و طیف رفتارهای مقابله‌ای و نافرمانی از شایع‌ترین این اختلالات است. برای تشخیص اختلال سلوک نیاز به یک الگوی تکراری و مداوم از رفتار است که در آن پایه حقوق دیگران و یا هنجارهای اجتماعی به طور نامتناسب با سن نقض می‌شود (۲). برطبق ملاک‌های DSM-IV-TR وجود سه رفتار نامناسب نظیر زورگویی و قلدری؛ تهدید کردن؛ ارباب

مهم‌ترین آنها مربوط به والدین و سبک تعاملات رفتاری میان آنهاست. روش تربیتی تنبیهی و خشن که وجه مشخصه آن پرخاشگری کلامی و جسمانی شدید باشد سبب بروز رفتار پرخاشگرانه و غیرانطباقی در کودک می‌گردد. والدین به جای سرزنش و تهدید برای تغییر رفتارهای منفی، بایستی بر تقویت رفتارهای مثبت تأکید کنند (۵). دیدگاه فرد درباره خودش بسیار مهم است و انتقاد مداوم والدین و یا مربی کودک و نوجوان، ممکن است به عزت نفس پایین و خشم مفرط در سنین بالاتر منجر گردد که معمولاً در افراد مبتلا به اختلال سلوک رایج است. در شرایط بسیار وخیم کودک حتی یک‌بار هم از سوی والدین خود تحسین نشده و این اثرات مخربی را بر هویت‌یابی نوجوان به دنبال خواهد داشت (۶). کودکان مبتلا به اختلال سلوک به‌طور ناخودآگاه تمایلات ضداجتماعی والدینشان را برون‌ریزی می‌کند (۷).

روش بررسی

در این کارآزمایی بالینی ۳۲ نوجوان ۱۶-۱۴ ساله پس از مصاحبه تشخیصی DSM-IV و چک لیست رفتاری نوجوان، باتشخیص اختلال سلوک به همراه مادران به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری کنترل و مداخله قرار گرفتند. افراد از بین نوجوانان مراجعه کننده به بخش مشاوره بیمارستان شهید محلاتی، بیمارستان بهبود، مرکز مشاوره یاوران رشد و مرکز نوروفیدبک سایبر در تبریز طی سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند.

نوجوانان گروه مداخله به همراه والدینشان در مرکز روانشناسی سایبر حاضر شدند و پس از توافق در مورد اهداف جلسات و همچنین توجیه آنان در خصوص محفوظ ماندن اطلاعات شخصی و رضایت فردی و همچنین حق خروج از دوره درمانی در هر زمان به دلخواه، در درمان گروهی شرکت نمودند.

از والدین کودکان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه اخذ شد. همچنین از مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران شماره ثبت (IRCT2013121110512N3) دریافت گردید.

برای والدین و نوجوانان گروه مداخله به صورت جداگانه ۱۰ جلسه درمانی ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای فرزندپروری مثبت به مدت دو ماه اجرا شد. اطلاعات دموگرافیک در جلسه اول به روش مصاحبه تکمیل شد.

از پرسشنامه علائم مرضی (Child Symptom Inventor-4) (CSI-4) استفاده شد. اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش تصنیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ و روایی محتوایی از طریق بازآزمایی ۰/۹۰ تعیین شده است (۱۶).

همچنین از پرسشنامه سبک‌ها و ابعاد فرزندپروری Robinson و همکاران (Parenting Styles Anddimensions Questionnaire: PSDQ) استفاده شد (۱۷).

پیش‌آگهی اختلال سلوک نامطلوب بوده و افراد مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر مشکلات دیگری نظیر اختلالات یادگیری و به‌طور خاص اختلالات خواندن، ناتوانی در برقراری ارتباطات عاطفی و اجتماعی، اختلال خلقی، اضطرابی، مصرف مواد، الکلیسم، شخصیت ضداجتماعی و مجرمیت در دوران بلوغ و بزرگسالی هستند (۹۸).

درمان‌های رایج برای اختلال سلوک از دارودرمانی تا طیف درمان‌های روانشناختی است. مداخله سودمند و اثرگذار بایستی به دو هدف کاهش علائم اصلی اختلال و بهبود عملکردها در حوزه‌های آسیب دیده دست یابد. از آنجا که مدیریت رابطه متقابل والدین و نوجوان، خط اول درمانی در بسیاری از اختلال‌های رفتاری کودکان و نوجوانان محسوب می‌شود؛ درمان‌های رفتاری در اصلاح روابط والدین فرزندان در اختلال سلوک ضروری است (۵). عوامل خانوادگی مانند مشکلات روانی والدین و شیوه‌های تربیتی ناکارآمد، در رشد و حفظ علائم اختلال سلوک در نوجوانان نقش مهمی دارند؛ لذا مداخلاتی که والدین را مورد هدف قرار دهند از جمله روش‌های موثر برای پیشگیری و نیز درمان است (۱۰).

از این رو با توجه به نقش مهم شیوه‌های رفتاری والدین در سبب‌شناسی این اختلال، آموزش سبک‌های والدگری به والدین این نوجوانان در روند درمانی بسیار مفید و کمک کننده است (۱۱).

آموزش مدیریت والدگری یکی از سودمندترین و اثربخش‌ترین مداخلات درمانی برای کودکان مبتلا به اختلال سلوک است و شواهد تجربی زیادی در حمایت از کارآمدی بالینی آن وجود دارد (۱۲). با توجه به معیارهای انجمن روانشناسی آمریکا، چندین برنامه مداخلاتی در این زمینه به انجام رسیده و همگی در گروه‌های مجزا و مستقل از هم نتایج مشابهی را گزارش نموده‌اند (۱۳). در ایران نیز نتایج پژوهش کمیجانی و ماهر در سال ۱۳۸۶ نشان داد که شیوه

پرسشنامه علایم مرضی برای غربالگری اختلالات روانی کودکان براساس DSM تنظیم شده و شامل دو چک لیست والدین و معلمان بوده و دارای فرم‌های متعددی است. اولین فرم آن در سال ۱۹۸۴ توسط Sprafkin و همکاران براساس طبقه‌بندی DSM-III تهیه گردید. بعدها در سال ۱۹۸۷ فرم CSI-3R به دنبال انتشار طبقه‌بندی DSM-III-R تهیه شد و با چاپ DSM-IV در سال ۱۹۹۴ فرم CSI-4 توسط اسپرافکین تجدید نظر شد. این فهرست علامتگذاری شامل ۱۱۲ ماده است که ۱۸ ماده اول آن مربوط به اختلال نقص توجه / بیش فعالی (ADHD) (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) است. هر عبارت در چک لیست، دارای مقیاس ۴ درجه‌ای (هرگز، گاهی، اغلب و بیشتر اوقات) است. محققین مختلف از این وسیله به عنوان ابزاری مناسب در شناسایی و غربالگری نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک یاد می‌کنند (۱۸). نمره گذاری پرسشنامه CSI-4 به دو روش متفاوت برش غربال کننده و روش نمره گذاری است. برای اکثر اختلالات، از روش غربال کننده استفاده می‌شود. در این روش، عبارات «هرگز» و «گاهی اوقات» با عدد صفر و عبارات «اغلب» و «بیشتر اوقات» با عدد یک، نمره گذاری می‌شوند. بنابراین، روش برش غربالگری، حاصل عبارات «اغلب» و «بیشتر اوقات» است. سپس نمره حاصله با نمره معیار این علامت که منبع آن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV است؛ مقایسه می‌گردد. چنانچه نتایج، مساوی یا بیشتر از نمره معیار علامت باشد، نمره غربال کننده، «بلی» خواهد بود که نشان‌دهنده وجود اختلال در فرد است. در صورتی که نتایج، پایین‌تر از نمره معیار علامت باشند؛ نمره برش غربال کننده، «خیر» است. در مطالعات مختلف روایی و پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است. در این راستا Gadon و همکاران (۱۹) در مطالعه‌ای روی ۳۶ کودک مبتلا به اختلالات هیجانی، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آزمون مجدد، حدود ۰/۷ تا ۰/۸ گزارش کردند. روایی و پایایی سبک‌ها و ابعاد فرزندپروری مورد سنجش قرار گرفته است (۲۰). این پرسشنامه دارای ۳۲ پرسش است که در مقیاس لیکرت از طیف یک تا پنج، نمره گذاری می‌گردد. پرسش‌ها برای اندازه‌گیری سه سبک اقتدارمنش، دیکتاتوری و سهل‌گیرانه بر پایه نظریه و سبک‌های فرزندپروری بامریند تنظیم و تدوین شده است. این پرسشنامه علاوه بر سه سبک فرزند پروری دارای ۷ بعد ارتباطی است. سبک اقتدارمنش دارای ابعاد ارتباطی، تنظیمی و خودمختاری است. در این پرسشنامه سبک دیکتاتوری شامل سه بعد اجباری فیزیکی، خصومت کلامی و بعد غیر توضیحی - تنبیهی است. سبک سهل‌گیرانه دارای یک بعد ارتباطی بی‌توجهی است. جلسات آموزشی براساس مراحل گام به گام بسته آموزشی درمانی فرزندپروری Sanders و Turner (۲۱) اجرا شد (جدول

یک). شیوه برگزاری جلسات به صورت جداگانه برای هر آزمودنی بود. به طوری که درمانگر به طور مستقیم مطالب آموزشی را بازگو نمود و در عین حال مادران نیز در جلسه حضور فعال داشتند و در بحث‌ها شرکت نمودند. همچنین از مثال‌های واقعی و ایفای نقش، برای روشن نمودن مطالب استفاده شد. مادران و نوجوانان گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای در طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت کردند.

پس از اتمام جلسات، پرسشنامه‌ها مجدداً توسط مادران هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد.

جدول ۱: محتوی گام به گام بسته آموزشی درمانی فرزندپروری

جلسه	شرح
اول	آشنایی مادران با مفهوم و ویژگی‌های نوجوانی، شناسایی ناهنجاری‌های رفتاری مادران و نوجوانان، بررسی نقص‌های سلسله قدرت در خانواده، آشنا نمودن مادران با رویکرد درمانی و انجام پیش‌آزمون
دوم	شناسایی رفتارهای مثبت نوجوان به همراه مادران و آموزش شیوه تحسین این رفتارها، آموزش تعامل مثبت بین والد-نوجوان با شناسایی علاقه نوجوانان
سوم	نادیده گرفتن رفتارهای منفی، شناسایی ضعف در دستورات مادران، توافق بر سر تکنیک مدیریت مشروط بین والدین و نوجوانان (مثلاً استفاده از کامپیوتر مشروط به اتمام تکالیف درسی قبل از ساعت ۶ عصر)، آموزش شیوه‌های پاداش دهی به والدین و شناسایی نیازهای نوجوان
چهارم	آموزش ایجاد تعهد رفتاری بین نوجوان و والد (نوشتن تعهد کتبی بین نوجوان و والد برای اجرای تعهدات فی‌مابین)، آموزش تکنیک آرام‌سازی و تنفس عمیق به نوجوانان
پنجم	آموزش حذف پاداش یا تخفیف پاداش در صورت انجام رفتار نامناسب از جانب نوجوان (مثلاً پرخاشگری منجر به کاهش پاداش خواهد شد)، شناسایی عوامل برانگیزنده خشم در نوجوان و آموزش روش کنترل آنها
ششم	آموزش تکنیک محرومیت ویژه نوجوان (محروم شدن نیم ساعته از تماشای تلویزیون در صورتی که تکالیف درسی انجام نشود)، مرتبط کردن تکنیک‌های آرام‌سازی با موقعیت‌های واقعی
هفتم	آموزش استفاده از تکنیک‌های قابل بحث (آموزش تکنیک حل مسئله به نوجوان و والد)
هشتم	آموزش تکنیک ارتباط مؤثر (شناسایی آسیب‌های پیام مثلاً به جای توهین، دخالت و دادزدن از روش‌های حل مناسب مسئله استفاده شود).
نهم	شناسایی تحریفات شناختی مادران و نوجوانان (مثلاً افکار کمالگرایانه نسبت به نوجوان) و جایگزینی با افکار مناسب
دهم	جمع‌بندی نهایی و مرور مجدد تکنیک‌ها بین مادران و نوجوانان و همچنین انجام پس‌آزمون

کوواریانس پس از تعدیل نمرات پیش آزمون استفاده شد (جدول ۴). واریانس محاسبه شده در سطح $P < 0/05$ معنی دار بود. این معنی داری نشان داد مداخلات درمانی به کار رفته اثرات متفاوتی بر سبک فرزندپروری و علایم سلوک داشته است و مبتنی بر ضریب اتا می توان استنباط کرد متغیر مستقل ۸۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته را روشن نموده است. مداخله درمانی انجام شده بر هر چهار خرده مقیاس ارزیابی شده اثر مثبت و معنی داری به لحاظ بالینی نشان داد ($P < 0/05$) (جدول ۴).

از لحاظ متغیرهای سبک فرزندپروری و علایم سلوک میان دو گروه تفاوت وجود داشت. به طوری که روش درمانی سبب کاهش علایم سلوک و بهبود سبک فرزندپروری در مقایسه با گروه کنترل گردید ($P < 0/05$) (جدول ۴).

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه سبک فرزندپروری مستبدانه و سهل گیرانه مادران گروه مداخله پس از پایان جلسات مداخله ای کاهش و در مقابل شیوه فرزندپروری مقتدرانه افزایش چشمگیری یافت. همچنین استفاده از برنامه آموزشی ۱۰ جلسه ای منجر به کاهش علایم سلوک در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در گروه مداخله گردید.

همسو با نتایج این مطالعه Reid و Webster-Stratton گزارش کردند با به کارگیری این روش دو سوم کودکان و نوجوانان دارای اختلال سلوک درمان شدند و در مطالعات پیگیری این بهبودی دست کم سه سال ادامه داشت (۲۲). همچنین یافته های Gullotta و همکاران نشان داد برنامه مدیریت والدین، دانش، مهارت و بهداشت روانی والدین بهبود یافته و منجر به کاهش رفتارهای مهار گسیخته در کودکان مبتلا به سلوک می شود (۲۳). در مطالعه اسماعیلی نسب و همکاران نیز به واسطه آموزش به والدین کاهش معنی داری در نشانه های سلوک در کودکان مبتلا گزارش شد (۲۴). Kazdin نیز همسو با مطالعات فوق به نتایج مشابهی دست یافت (۲۵). همچنین حاجی سیدجواد (۵)، Humayun و Scott (۱۳)، Dadds و همکاران (۶) و Pasalich و همکاران (۹) نیز اثربخشی بالای این روش در بهبود علایم اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان را گزارش کرده اند.

داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-16 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) تجزیه و تحلیل شدند. مقادیر کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطوح معنی دار تلقی شدند.

یافته ها

سن مادران دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب $36/8 \pm 5/6$ سال و $37/2 \pm 6/2$ سال و سنوات تحصیلی آنان به ترتیب $11/4 \pm 2/7$ سال و $11/8 \pm 2/5$ سال بود که تفاوت آماری معنی داری نداشتند. مادران دو گروه مداخله و کنترل از نظر شغل با هم تفاوت آماری معنی داری نداشتند (جدول ۲).

جدول ۲: فراوانی شغل مادران نوجوانان با اختلال سلوک

شغل مادران	گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	p-value
خانه دار	۱۰ (۶۲/۵)	۹ (۵۶/۵)	۰/۹
شاغل	۶ (۳۷/۵)	۷ (۴۳/۵)	

جدول ۳: نتایج آزمون همگنی واریانس خطای لون میان مادران گروه های مداخله و کنترل

خرده مقیاس ها	مقدار F	درجه آزادی	p-value
اقتدارمنش	۶/۱۷	۳۰	۰/۱۱۹
سهل گیرانه	۰/۴۰	۳۰	۰/۵۳۱
استبدادی	۰/۱۱	۳۰	۰/۷۳۴
علایم سلوک	۱۳/۵۱	۳۰	۰/۳۰۱

فراوانی ها و میانگین های مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی داری نداشتند. در ادامه تحلیل آزمون های چند گانه اثرات اصلی و تعاملی عامل ها با معیار ویلکز لامبدا، نشان داد متغیر مستقل در مدل تفاوت آماری معنی داری ایجاد کرده است ($F=9/5$, $p=0/001$).

قبل از اعمال تحلیل واریانس ابتدا با استفاده از آزمون تحلیل واریانس پیش فرض همگنی خط رگرسیون (ماتریس واریانس گروه ها) محقق شد. بدین معنی که اثر پیش آزمون بر نمرات پس آزمون و تعامل آن با مداخلات درمانی از نظر آماری معنی دار نبود. همچنین نتایج آزمون لون نشان داد که میزان واریانس ها خطا در میان دو گروه در متغیرها یکسان و همگن است (جدول ۳).

برای تحلیل داده های ارایه شده در جدول ۳ از روش تحلیل

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس های علایم سلوک، اقتدارمنش، سهل گیرانه و استبدادی والدین نوجوانان با اختلال سلوک در دو گروه مداخله و کنترل

خرده مقیاس ها	گروه کنترل		گروه مداخله	
	ابتدای مطالعه	انتهای مطالعه	قبل از مداخله	بعد از مداخله
علایم سلوک	۲۱۱/۲۴ ± ۲/۲۱	۲۰۸/۲۴ ± ۲/۱۶	۲۲۱/۲۴ ± ۱/۷۷	۲۰۱/۱۸ ± ۱/۰۹
اقتدارمنش	۱۴۴/۲۰ ± ۱۰/۳	۱۴۳/۱۹ ± ۹/۸	۱۴۸/۱۹ ± ۸/۷۱	۱۴۴/۲۶ ± ۸/۱۱
سهل گیرانه	۱۴۷/۱۹ ± ۲/۴۹	۱۴۵/۲۰ ± ۲/۴۶	۱۵۹/۲۳ ± ۱/۹۸	۱۴۰/۲۲ ± ۱/۳۵
استبدادی	۳۴/۲۴ ± ۵/۵۴	۳۵/۲۳ ± ۵/۲۷	۳۲/۲۵ ± ۴/۱۰	۴۰/۱۹ ± ۶/۶۲

* تفاوت معنی دار ابتدا و انتهای مطالعه در هر گروه با استفاده از آزمون t- همبسته (tdp) ($P < 0/05$)

بهره‌مند می‌گردند. این تغییرات در مهارت‌های ارتباطی والدین با فرزندان از مهم‌ترین روش‌های کاهنده رفتارهای مخرب در نوجوانان است.

از محدودیت این مطالعه می‌توان به کم بودن تعداد نمونه‌ها و نیز عدم انجام آزمون پیگیری در جهت سنجش میزان پایداری نتایج اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله مبتنی بر آموزش فرزندپروری منجر به کاهش معنی‌داری در علایم اختلال سلوک در نوجوانان و بهبود سبک فرزندپروری مادران آنان می‌شود و به دنبال آن موجب بهبود سبک تعاملی میان والدین و نوجوانان می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب (شماره ۹۱۴۱۵) باشگاه پژوهشگران و نخبگان جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد بود و با حمایت مالی آن دانشگاه به انجام رسید. بدین وسیله از همکاری تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه سپاسگزاری می‌گردد.

References

- Ahadi H, Banijamali S. [Developmental Psychology]. 2nd. Tehran: Jayhoon Publications. 1999; pp: 86-9. [Persian]
- Murray J, Farrington DP. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Can J Psychiatry*. 2010 Oct;55(10):633-42.
- Kaplan H, Sadock V. [A summary of psychiatry (behavioural sciences-clinical psychiatry)]. Translated by Pourafkari N. 2nd. Tehran: Shahr-e-Ab Publications. 2003; pp: 389-92. [Persian]
- Jongsma AE, Peterson M, McInnis WP. [Adolescent therapy homework planner]. 2nd. Translated by Aghamohammadian HR, Kimiaei SA. Tehran: Roshd Publications. 2007; p: 198. [Persian]
- Haji Seyed Javadi T, Borjali M, Borjali A. [Effectiveness of Barkley's behavioral parent training in reducing symptoms of children with attention deficit hyperactivity disorder]. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2014; 17(6): 47-52. [Article in Persian]
- Dadds MR, Cauchi AJ, Wimalaweera S, Hawes DJ, Brennan J. Outcomes, moderators, and mediators of empathic-emotion recognition training for complex conduct problems in childhood. *Psychiatry Res*. 2012 Oct;199(3):201-7.
- Dodge KA. [Conduct disorder in handbook of developmental psychopathology]. 2nd. New York: Plenum Press. 2000; pp: 139-59.
- Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004 Mar;45(3):609-21.
- Pasalich DS, Dadds MR, Hawes DJ, Brennan J. Do callous-unemotional traits moderate the relative importance of parental coercion versus warmth in child conduct problems? An observational study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Dec; 52(12):1308-15.
- Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R. [Behavioural problems in children and adolescents. First results from the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS)]. *Bundesgesundheitsblatt*

در توضیح این مسأله می‌توان گفت والدین نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، معمولاً در تربیت فرزندان از قوانین بی‌ثبات، مهارت‌های ضعیف حل مسأله و مسئولیت‌پذیری ضعیف برخوردارند و تعاملاتشان با فرزندان اغلب توأم با تعارض و به شکل سطحی، سرد و طردکننده است (۲۶). میزان پاسخدهی این والدین به نیازهای فرزندان و همراهی کردن با آنها در فعالیت‌ها عموماً در سطح پایینی است. همچنین وضع قوانین شفاف و به شکل موثر برای فرزندان اغلب در این خانواده‌ها دیده نمی‌شود (۲۷ و ۲۸). بنابر شواهد موجود، آموزش والدین در جهت ارتقاء سبک فرزندپروری و به کارگیری شیوه‌های صحیح تربیتی، بسیاری از مشکلات رفتاری فرزندان که در واقع بازتابی از الگوهای غلط رفتاری خود والدین است را برطرف نموده و باعث کاهش رفتارهای لجام‌گسیخته و قانون‌شکنی‌ها در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک می‌شود (۲۹). آموزش مدیریت والد، باعث افزایش رفتارهای مثبت آنان می‌گردد. به طوری که روش‌های انضباطی غیرخشن (نظیر محرومیت) جایگزین شیوه‌های خشن شده و از روش‌های حل مسأله

Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2007 May-Jun; 50(5-6): 784-93. [Article in German]

- Sukhodolsky DG, Martin A. Parent management training: treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. In: Kazdin AE. Parent management training: treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. 1st. New York: Oxford University Press. 2008; p:424.
- Furlong M, McGilloy S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Feb;2:CD008225.
- Humayun S, Scott S. Management of antisocial behaviour in childhood. *Clinical Topics in Child and Adolescent Psychiatry*. 2014; 57-73.
- Kemijani M, Maher F. [Comparison of parenting styles in adolescents with conduct disorder and normal adolescents]. *Quarterly Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2007; 9(3): 63-94. [Article in Persian]
- Motamedi M, Atari A, Siavash M, Shakibai F, Azhar M. [Evaluation of family training effect on salivary cortisol and behavioral symptoms in children and adolescents with Disruptive Behavior Disorder]. *J Arak Univ Med Sci*. 2007;10(4):43-9. [Article in Persian]
- Mohammad Esmail E, Alipoor A. [A preliminary investigating of reliability and validity and determine cut off points in disorders of child symptom inventory (CSI-4)]. *Research on Exceptional Children*. 2002;2(3):239-54. [Persian]
- Robinson CC, Mandelco B, Olsen SF, Hart CH. Parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ). In: Permluter BF, Touliatos J, Holden GW (eds.). *Handbook of Family Measurement Techniques*. Vol 3. Thousand Oaks, CA: Sage. 2001; pp: 319-21.
- Jafari BS. [The effectiveness of positive parenting program on the mental health of mothers with children suffering from attention deficit/hyperactivity disorder]. Master Thesis. Tehran University.

2005. [Persian]

19. Gadow KD, Sprafkin J. Child Symptom Inventory-4 norms manual (CSI-4). Checkmate Plus. New York: Stony Brook University. 1997.

20. Laali-Faz A, Askari AA. [The power of predicting perceived parenting styles and demographic variables on girl student's loneliness feeling]. *J Fundam Ment Health*. 2008; 10(1): 71-8. [Article in Persian]

21. Turner KM, Sanders MR. Help when it's needed first: a controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behav Ther*. 2006 Jun;37(2):131-42.

22. Reid MJ, Webster-Stratton C. The incredible years parent, teacher, and child intervention: Targeting multiple areas of risk for a young child with pervasive conduct problems using a flexible, manualized treatment program. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2001;8(4), 377-86. doi:10.1016/S1077-7229(01)80011-0.

23. Gullotta TP, Blau GM, Ramos JM. Handbook of childhood behavioral issues : evidence-based approaches to prevention and treatment. 1st. New York: Routledge. 2007; pp: 24-8.

24. Esmaeilinasab M, Alizadeh H, Ahadi H, Delavar A, Eskandari H. [The effectiveness of adlerian parent training comparing with behavioral parent training on symptoms amelioration in children with conduct disorder]. *Research on Exceptional Children*. 2010;10(3): 227-36. [Article in Persian]

25. Kazdin AE. Psychosocial treatment for conduct disorder in children and adolescents. In: Nathan PE, Gorman JM. A guide to treatments that work. 3rd. New York: Oxford University Press. 2007; p:71.

26. Bayrami M. [The effect of the parent management training to mothers of school-boys with externalizing disorders on their general health and parenting styles]. *J Fundam Ment Health*. 2009; 11(2):105-14. [Article in Persian]

27. Keiley MK. Attachment and affect regulation: a framework for family treatment of conduct disorder. *Fam Process*. 2002; 41(3):477-93.

28. Henggeler SW, Sheidow AJ. Conduct disorder and delinquency. *J Marital Fam Ther*. 2003 Oct;29(4):505-22.

29. Long P, Forehand R, Wierson M, Morgan A. Does parent training with young noncompliant children have long-term effects? *Behav Res Ther*. 1994 Jan;32(1):101-7.

Original Paper

Efficacy of adolescent parent management training in conduct disorder symptoms and Improve parents' parenting styles

Sohrabi F (M.Sc)^{*1}, Khanjani Z (Ph.D)², Zeinali Sh (M.Sc)³

¹Ph.D Candidate in Psychology, Young Researchers and Elite Club, Mahabad Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran. ²Associate Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. ³Ph.D Candidate in Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Abstract

Background and Objective: The therapy of psychological problems in children and adolescents not only has medicinal aspects, but also it is really considered as prevention of psychological disorders. The most common childhood disorders that may be referred to mental health professionals is behavioral disorders. Among these, the most common is conduct disorder. This study was done to determine the efficacy of adolescent parent management training in conduct disorder symptoms and improve parents' parenting styles in 14-16 adolescent.

Methods: In this clinical trial study, following the diagnosis disorder in 32 adolescent the subjects and their parents randomly divided into the intervention and control groups. Disease sign inventory (CSI-4) questionnaire, rabinson parenting style questionnaire and sanders educational package for adolescent were used in pre and post-test.

Results: Conduct symptoms in post test significantly reduced after scores modification ($P<0.05$). Scores in authoritarian parenting style significantly increased while permissive and authoritative styles reduced in comparison with controls ($P<0.05$).

Conclusion: Training parentings improve relationships between parents and children and in addition it is an effective intervention in the treatment of behavioral disorders in children and adolescents.

Keywords: Parent management training, Adolescent, Conduct disorder

* **Corresponding Author:** Sohrabi F (M.Sc), E-mail: sohrabi_faeze@yahoo.com

Received 18 Jan 2014

Revised 29 Oct 2014

Accepted 14 Dec 2014