

اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری والدین دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی

شهناز هاشمی ملک‌شاه^۱

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۳/۰۸

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۲۸

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری والدین دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. تعداد ۳۰ نفر از والدینی که فرزندانشان با استفاده از پرسش‌نامه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳) دارای این اختلال تشخیص داده شده بودند به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جای گرفتند. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳) و سبک‌های فرزندپروری رابینسون و همکاران (۲۰۰۰) بود. آموزش والدین با رویکرد آدلری در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. در پایان و در پیگیری، دو گروه آزمایش و کنترل، پرسش‌نامه سبک فرزندپروری را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل تحلیل واریانس همراه با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان داد که این برنامه آموزش والدین توانسته است در افزایش شیوه فرزندپروری مقتدرانه (مادر) و نه پدر تأثیر معنادار داشته باشد. همچنین لازم به ذکر است که این برنامه آموزش والدین بر شیوه فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه (پدر و مادر) تأثیر معنادار نداشت. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که این برنامه آموزش والدین به شیوه آدلری، شیوه فرزندپروری مقتدرانه مادران دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی را تغییر داده است.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول).

واژگان کلیدی: آموزش والدین آدلری، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، شیوه‌های فرزندپروری

مقدمه

نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱ یکی از اختلال‌های عصبی رشدی است که از سال‌های اولیه رشد ظاهر شده و چند ویژگی اصلی دارد. این ویژگی‌ها عبارت‌اند از نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانش‌گری (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳، کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۱۵). برای این اختلال سه طبقه در نظر گرفته شده که شامل نوع عمدتاً بی‌توجه، نوع عمدتاً تکانشگر و نوع مرکب است (کوگان، بایرد، پوپا-وگنر و تام^۴، ۲۰۱۶). تقریباً بین ۳ تا ۵ درصد از جمعیت کلی کودکان شرایط مربوط به تشخیص انواعی از اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را احراز می‌کنند (اسائو^۵، ۲۰۰۶).

نظریه‌های متفاوتی در مورد اینکه چرا کودکان نشانه‌های اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی را نشان می‌دهند وجود دارد. یکی از عواملی که در اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی نقش دارد، عوامل ژنتیکی است. پژوهش‌های انجام شده روی دوقلوهای خانواده‌های آن‌ها بیانگر این است که ژن‌ها به نحوی در این اختلال دخیل هستند (دراستون و کونارد^۶، ۲۰۰۷). در مقابل نظریه‌های دیگری بر نقش عوامل محیطی در علت‌شناسی این اختلال تأکید دارند (فینزی-دوتان^۷، ۲۰۱۱). سبک فرزندپروری والدین، آسیب روانی آنها، مشکلات زناشویی و عوامل استرس‌زای خانواده، مهم‌ترین این عوامل محیطی محسوب می‌شوند (مادریگال^۸، ۲۰۰۶). ساخت‌گرایان، خانواده را کانون آسیب‌شناسی روانی می‌دانند و فرایندهای درونی افراد را پدیده‌ای کاملاً درونی نمی‌دانند بلکه تحت الشعاع عوامل بیرونی از جمله تعاملات درون خانوادگی می‌دانند که متقابلاً بر هم اثر می‌گذراند

-
1. Attention-deficit/hyperactivity disorder
 2. American Psychiatry Association
 3. Sadock & Kaplan
 4. Coogan, Baird, Popa-Wagner & Tome
 5. Essau
 6. Durston & Konard
 7. Finzi dottan
 8. Madrigal

(سکستون، ویکز، رایبنز^۱، ۲۰۰۳، به نقل از در تاج و محمدی، ۱۳۸۹). پاندینا، بیلدر و کفی^۲ (۲۰۰۷) اختلال‌های رفتاری کودکان را با محرک‌های محیطی نامناسب مانند عدم پذیرش کودک، عدم محبت و حمایت کافی از طرف والدین، افراط در محبت، بی‌هدفی در خانواده، سردی کانون خانواده، دلبستگی نایمن در خلال کودکی و استرس والدین در ارتباط دانسته‌اند. تحقیقات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که ارتباط تنگاتنگی بین ویژگی‌های والدین و خانواده با کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی وجود داشته و رفتارهای نامناسبی در روابط والد-فرزندی افراد با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی وجود دارد (مک برنت و فیفنز^۳، ۲۰۰۸). مطالعه تعامل والد-فرزند در بین خانواده‌های کودکان با این اختلال در ایران نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین کودکان عادی از شیوه‌های فرزندپروری منفی و خودکامه استفاده می‌کنند (علیزاده، ۱۳۸۳) از اعتماد به نفس کمتری در تربیت کودک برخوردارند و از شیوه‌های تنبیهی بیشتری استفاده می‌کنند که به نوبه خود موجب کودک‌آزاری و غفلت بیشتر از این کودکان می‌شود (علیزاده، اپلکوویست و کولیک^۴، ۲۰۰۷). جانستون و ماش^۵ (۲۰۰۱) در تحقیقی تعامل بین والدین و کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را مورد بررسی قرار داده و مشاهده کردند که این والدین واکنش‌های منفی‌تری در برخورد با کودکانشان نشان می‌دهند و شیوه‌های مثبت کمتری اتخاذ می‌کنند. میراندا^۶ (۲۰۰۷، به نقل از بیرامی و همکاران، ۱۳۸۸) نیز نشان دادند که والدین این کودکان سطوح بالاتر استرس و احساس شایستگی کمتری دارند که این استرس در ارتباط با به کارگیری تکنیک‌های انضباطی ناکارآمد یعنی سهل‌گیرانه و سخت‌گیرانه است. از سوی دیگر، نشانه‌های اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی بر تعامل کودکان با والدینشان و نیز شیوه پاسخدهی والدین به این کودکان تأثیر می‌گذارد، زیرا این کودکان بسیار پر حرف، منفی‌گرا و بی‌اعتنا هستند و کمتر مشارکت و همکاری می‌کنند، همچنین این کودکان ممکن است از اجرای قواعد و قوانین سرباز زنند، در انجام کارهای محوله اهمال کار بوده و همچنین در انجام فعالیت‌های خواسته

-
1. Sekston, Vikze & Rabyzn
 2. Pandina, Bilder & Keefe
 3. McBurnett & Pfiffner
 4. Alizadeh, Applequist & Coolidge
 - 5 . Johnston & Mash
 6. Miranda

شده و نظم در امور زندگی روزمره نیز با مشکل مواجه می‌باشند (بوسینگ، زیما، ماسون و میر^۱، ۲۰۰۷). بررسی تعامل‌های این کودکان نشان‌دهنده آن است که رفتار کودک به‌عنوان یک محرک تنش‌زا عمل می‌کند (یوسفی، سلطانی‌فر و تیموری، ۱۳۸۸) و می‌تواند به ایجاد احساس افسردگی، اضطراب، محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم کفایت در تربیت فرزند، دل‌بستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، بالا رفتن سطح تنیدگی در خانواده، بالاتر رفتن میزان طلاق و از هم گسیختگی روابط خانوادگی منجر شود (هوش‌ور، خوشابی، میرزایی و رهگذر، ۱۳۸۸). بنابراین، این اختلال نه تنها فرد، بلکه نظام یکپارچه و گسترده‌تر خانواده (ساندرز، بور و موراسک^۲، ۲۰۰۷) و کیفیت زندگی اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

اگرچه درمان دارویی یکی از موثرترین انواع درمان کوتاه‌مدت برای این اختلال شناخته شده است، نگرانی والدین و پزشکان از عوارض جانبی داروها و از سوی دیگر، در دست نبودن یافته‌های پژوهشی که نشان‌دهنده تأثیرات بلندمدت داروها باشد، مشکلاتی را در تجویز داروها پدید آورده است (مارکوس، ون، کمندر، الفسون^۳، ۲۰۰۵). اصولاً اثرات داروهای روان‌محرک موقتی است و فقط هنگام مصرف دارو مشاهده می‌شود (بنت^۴، ۲۰۰۷). از این رو، در حوزه درمان‌های روانی-اجتماعی این اختلال، درمان آموزش والدین بخشی ضروری از مداخلات درمانی محسوب می‌شود (بل^۵، ۲۰۱۱). تحقیقات جدید نشان داده که آموزش والدین می‌تواند یک جنبه مهم در درمان کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی باشد (دالی^۶، ۲۰۱۴). موفق‌ترین و متداول‌ترین درمان اختلالات کودکان، آموزش تعامل والد-کودک است که بیشتر والدین از آن رضایت دارند (اسکریتول، سبرو و لوبنکو^۷، ۲۰۱۰).

بارکلی (۲۰۰۲) معتقد است آموزش والدین موجب شناخت آنان از ماهیت اختلال شده و اعتماد به نفس‌شان را در خصوص نقش فرزندپروری بالا خواهد برد و نیز به آنها

-
1. Bussing, Zima, Mason, Meyer
 2. Sanders, Bor & Morawsk
 3. Marcus, Wan, Kemner & Olfson
 4. Bennet
 5. Bell
 6. Daley
 7. Skreitule, Sebro & Lubenko

کمک می‌کند تا رفتارهای نامناسب فرزند خود را کنترل کرده و کاهش دهند و در تربیت آنها احساس موفقیت بیشتری داشته باشند. در بحث انواع آموزش والدین، اسمیت^۱ (۱۹۹۶) رویکرد آدلری را از جمله رویکردهای ارتباطی مطرح می‌کند که هدف آنها بهبود الگوهای ارتباطی در خانواده است و بر ارتقاء احترام متقابل و حل تعارض تاکید می‌کند و در این میان کودک به عنوان عضوی از سیستم خانواده، از آن تاثیر می‌پذیرد و بر آن تاثیر می‌گذارد. رویکرد آدلری چنین فرض می‌کند که قسمت زیادی از مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان از محیط خانه و خانواده آغاز شده و بوسیله آن محیط تداوم پیدا می‌کند. بدین ترتیب این نتیجه بدست می‌آید که مداخله در این بافت روشی ایده‌آل برای پیشگیری و نیز درمان خواهد بود (خدابخش و جعفری، ۱۳۹۳). یکی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار بر اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی در رویکرد آدلری سبک فرزندپروری والدین است (والتون^۲، ۲۰۰۷) به خصوص اینکه روابط منفی والدین و کودک به عنوان یک عامل خطر ساز در مشکلات رفتاری کودکان (درایکورس، برونیا گرونوالد و پیر^۳، ۱۹۹۹، ترجمه علیزاده و روحی، ۱۳۸۸) و بالاخص کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش-فعالی همواره مطرح بوده است. زیرا مشکلات رفتاری کودکان، منعکس کننده شکست والدین در به کارگیری یک سبک فرزندپروری کارآمد و مناسب به منظور کنترل رفتار فرزندان‌شان است (بارکلی^۴، ۲۰۰۶). در رویکرد آدلری اصولاً والدین دو رویکرد اشتباه و متداول را در تربیت فرزندان خود به کار می‌برند: نخست، رویکرد نازپرورده کردن است، یعنی انجام دادن همه کارها برای کودک و تسلیم خواسته‌های او شدن. رویکرد دوم، خودکامگی است، مطیع کردن کودکان. رویکرد نازپروردگی مخرب بوده و نوآوری و اعتماد به نفس را از کودک و نوجوان می‌گیرد. چنین افرادی حس اجتماعی پرورش یافته‌ای نداشته، انتظار دارند جامعه خود را با آنها هماهنگ کند. در حالی که والدین نازپرور حمایت بی‌موردی به فرزند خود می‌دهند، والدین خودکامه فرزندان را طبق میل خود تربیت می‌کنند (کریمی، ۱۳۷۰). در پژوهش گوتیررز^۴ (۲۰۰۶) در مقایسه دو رویکرد آدلری و رفتاری به کاهش علائم اختلال‌های رفتاری کودکان خانواده‌های آمریکای

-
1. Smith
 2. Valton
 3. Dereikurs, Grunwald & Pepper
 4. Gutierrez

لاتین نشان داد که درمان رفتاری و آدلری تاثیر مثبت یکسانی بر بهبود ارتباطات درون خانواده و مهارت‌های فرزندپروری داشته است. در تحقیقی که متیو و بست^۱ (۲۰۰۹) در آمریکا انجام داده و در آن به بررسی تاثیر کلاس‌های والدگری آدلری بر رفتار خودگزارشی والدین پرداختند، نتایج نشان داد که والدین تغییرات معناداری را در رفتار، تنظیم کردن محدودیت‌ها، افزایش احساسات و پیوندهای مثبت و کاهش خشونت و تندی نسبت به فرزندان خود نشان دادند. این تغییرات بیشتر به سمت والدگری مقتدرانه گرایش داشت و بیشتر در والدین جوان‌تر، افراد با درآمد پایین‌تر و کودکان کمتر رخ داده بود. اسمالز^۲ (۲۰۱۰) اثر آموزش دلگرم‌سازی به والدین بر میزان پذیرش فرزند، سطح اضطراب ناشی از تعامل با فرزند و انگیزه پیشرفت فرزند را روی والدین سیاه پوست کم‌درآمد سنجید. نتیجه این تحقیق تغییر نگرش والدین در جهت پذیرش فرزندانشان را نشان داد، همچنین این والدین سطح اضطراب کمتری را تجربه کرده و فرزندانشان انگیزه پیشرفت بالاتری را نشان دادند. پژوهش دیگری که توسط کی مولر^۳ (۲۰۱۱) انجام گرفت نشان داد که آموزش والدین با رویکرد آدلری بر رفتارهای ناسازگار کودکان و بهبود مولفه‌های خانواده تاثیر داشته است. دادلی^۴ (۱۹۸۱) در بررسی اثرگذاری برنامه استپ (که یکی از برنامه‌های آموزش والدین با رویکرد آدلری است)، بر محیط خانواده کودکان دچار مشکلات رفتاری، به تغییری در مولفه انسجام یا سایر مولفه‌های محیط خانواده دست نیافت. البته وی این عدم تغییر را به کوتاه بودن دوره مداخله (۳ ماهه) نسبت می‌دهد و معتقد است تغییر مولفه‌های خانواده، به مدت زمان بیشتری نیاز دارد. این نتایج در بررسی فالزونه^۵ (۱۹۹۳) نیز یافت شد. در پژوهش‌هایی که در ایران توسط سروی، ۱۳۸۷، اسماعیلی نسب، ۱۳۸۸ و مبینی، ۱۳۹۱ انجام شده بود، نتایج نشان داد که آموزش والدین با رویکرد آدلری بر بهبود مولفه‌های محیط خانواده و عملکرد خانواده اثرگذار است.

با توجه به مختل بودن سبک‌های فرزندپروری در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و تاثیرپذیری کودکان از کارکرد خانواده و رابطه والد-کودک،

-
1. Mcvittie & Best
 2. Smalls
 3. KayMueller
 4. Dodley
 5. Falzone

این مطالعه در راستای احساس نیاز به آموزش والدین جهت تغییر نگرش تربیتی آنان و نیز تغییر سبک فرزندپروری شکل گرفته است. اکنون بر اساس آنچه در مورد شیوه‌های فرزندپروری والدین و تعاملات والدین-فرزند گفته شد، فرضیه‌های این پژوهش به شرح زیر تدوین گردیده اند:

۱. آموزش والدین با رویکرد آدلری بر سبک فرزندپروری مقتدرانه تاثیر دارد.
۲. آموزش والدین با رویکرد آدلری بر سبک فرزندپروری مستبدانه تاثیر دارد.
۳. آموزش والدین با رویکرد آدلری بر سبک فرزندپروری سهل گیرانه تاثیر دارد.

روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و روش تحقیق نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان پسر ۱۲-۷ سال با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ شهر تهران و والدین آنها بود که بر اساس پرسش‌نامه تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳) به عنوان کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تشخیص داده شده‌اند. انتخاب نمونه در جنس مذکر به علت شیوع بیشتر این اختلال در پسران بود. برای گزینش گروه نمونه نخست از بین والدین ۶۰ نفر از دانش‌آموزان پسری که با معرفی معلم‌شان و بنابر مصاحبه تشخیصی پژوهشگر با این معلمان، بر حسب نشانه‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) دارای نشانه‌های این اختلال بودند از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس، از میان والدین دانش‌آموزانی که دارای اختلال تشخیص داده شده بودند، ۳۰ نفر از آنها انتخاب و به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ والدین) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به طرح درمانی برای والدین عبارت بودند از تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر اساس انجام مصاحبه تشخیصی در فرزندان و رضایت والدین برای شرکت در جلسه. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی در شش ماه گذشته، سوء مصرف مواد یا الکل و وجود اختلالات شخصیتی و روانی در والدین و وجود اختلالانی غیر از نارسایی توجه/بیش‌فعالی در فرزندان بود.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱ و پرسش‌نامه شیوه‌های فرزندپروری^۲ بود که در ادامه به توصیف هر کدام می‌پردازیم.

پرسشنامه تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. این پرسش‌نامه ابزاری است که متشکل از فهرستی از نشانه‌های اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی بنا به معیارهای کتاب راهنمای تشخیصی و آماری بیماریهای روانی (۲۰۱۳) است. یعنی حضور و فقدان نشانه‌ها با معیارهای این کتاب مقایسه می‌گردند. این آزمون شامل ۱۸ ماده است که بر اساس مقیاس دوگزینه‌ای (بلی-خیر) نمره‌گذاری می‌گردد و بنا به ارزیابی والدین وقوع نشانه‌ها را می‌سنجد. این پرسش‌نامه هر سه مقوله بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری را می‌سنجد. نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده شدت نشانه‌های اختلال نارسایی توجه و نمره پائین نیز نشان‌دهنده کاهش نشانه‌ها است. همسانی درونی این آزمون (۰/۸۲) گزارش شده است (کاشانی موحد، ۱۳۹۴). در این تحقیق پایایی این پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۵ و برای شاخص نارسایی توجه ۰/۷۶ و برای شاخص بیش‌فعالی و تکانش‌گری ۰/۸۸ بدست آمده است.

پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری. پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری توسط رابینسون، ماندلکو، الس و هارت^۳ در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است و علیزاده در سال ۱۳۷۹ آن را به فارسی ترجمه کرده است. این پرسش‌نامه سه نوع شیوه فرزندپروری مقتدرانه، خودکامه و سهل‌گیر را می‌سنجد. این پرسشنامه ۳۲ گویه‌ای توسط والدین تکمیل و به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است: ۱. هیچ وقت ۲. گاهی اوقات ۳. تقریباً برخی مواقع ۴. خیلی مواقع ۵. همیشه. حداقل نمره در این آزمون ۳۲ و حداکثر ۱۶۰ است. این آزمون از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. علیزاده و آندریس (۲۰۰۲) اعتبار درونی برای مقیاس اقتداری در کودکان عادی را ۰/۹ و برای مقیاس استبدادی ۰/۷۸ و سهل‌گیر ۰/۷۰ گزارش داده‌اند. یوسفی (۱۳۸۲) نیز اعتبار آن را ۰/۷۶ بدست آورد. سبک فرزندپروری مقتدرانه با سوال‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۲۷، ۲۹، ۳۱؛ سبک فرزندپروری

1. Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder Questionnaire (ADHDQ)

2. Parenting Styles Questionnaire(PSQ)

3. Robinson, Mandlco, Olsen & Hart

مستبدانه با سوال‌های ۲، ۴، ۶، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۹، ۲۳، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۳۲؛ سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه با سوال‌های ۸، ۱۵، ۱۷، ۲۰ و ۲۴ سنجیده می‌شوند.

پس از مشخص شدن نمونه‌ها و جایگزینی تصادفی آنها در دو گروه آزمایشی و کنترل، با خانواده‌های مشخص شده در چند مرحله تماس گرفته شد و بعد از هماهنگی‌های لازم و توضیح مراحل مختلف کار و بیان اهداف طرح پژوهشی روز آزاد والدین جهت شرکت در دوره آموزشی مشخص شده و سپس اقدامات لازم صورت گرفت. ترکیب گروه‌ها عبارتند از: گروه اول ۱۵ والدین که مخصوص گروه آزمایشی با رویکرد آدلری است و گروه دوم شامل ۱۵ والدین که مخصوص گروه گواه بوده و هیچ آموزش جانبی دریافت نکردند. برای کنترل و اندازه‌گیری کمیت و کیفیت مباحث نظری و عملی مطرح شده در جلسات آموزشی والدین، پرسش‌نامه شیوه‌های فرزندپروری رابینسون و همکاران (۲۰۰۰) قبل از شروع جلسات آموزشی توسط والدین دانش‌آموزان، تحت عنوان مرحله پیش‌آزمون تکمیل گردید. جلسه‌های آموزشی خانواده مبتنی بر رویکرد آدلر در قالب ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد، مکان برگزاری جلسات در سالن جلسات مدرسه بوده و زمان آن، ساعت ۳/۵-۵ عصرها بوده است. جلسات، هفته‌ای یک‌بار برگزار گردیده و به مدت ده هفته به طول کشیده است. در ادامه به شرح اقدامات آموزشی انجام شده پرداخته شده است. پس از پایان آموزش و در پیگیری نیز متغیرهای یاد شده بعد از دو ماه اندازه‌گیری شدند. این برنامه بر پایه‌ی نظریه‌ی آدلر و تکنیک‌های همکار آدلر، درایکورس، تنظیم و محتوای آن بر اساس رویکردهای تربیتی این نظریه تدوین شده و سپس به تأیید استادان ایرانی و خارجی صاحب‌نظر در این زمینه رسیده است. محتوای برنامه‌ی آموزشی از کتاب‌های «کودکان خوشبخت: راهبردهای تربیت کودک و بهبود رابطه والدین - فرزند» درایکورس و سولتس^۱، ۱۹۹۵، ترجمه علیزاده و روحی، ۱۳۹۲)، «روابط دموکراتیک و احترام متقابل» (علیزاده و سجادی، ۱۳۸۸)، «فنون مدیریت کلاس: رویکرد روانشناختی به بهسازی آموزش و ارتباطات مدرسه» (درایکورس و همکاران، ۱۹۹۹، ترجمه علیزاده و روحی، ۱۳۸۸) و «انضباط بدون اشک» (درایکورس، کاسل و فرگوسن^۲، ۱۹۹۹، ترجمه

1. Dreikurs & Soltz
2. Dreikurs, Cassel, Ferguson

واثقی و داداش زاده، ۱۳۷۸) اقتباس شده بود. در ادامه، به شرح اقدامات آموزشی انجام شده پرداخته شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش والدین با رویکرد آدلری

جلسات	عنوان	هدف	محتوا	روش تدریس	تکلیف اعضای گروه
۱	آشنایی اعضا با یکدیگر تبیین اهداف طرح	آشنایی گروه با یکدیگر و با پژوهشگر، تبیین هدف برنامه و آشنایی والدین بر نقش خانواده در تربیت فرزندان	ارائه اطلاعاتی در زمینه قوانین گروه مانند رازداری، وفاداری، همدلی، حضور به موقع، مشارکت در فعالیت‌ها، انجام تکالیف، زمان و تعداد جلسات، زمان برگزاری جلسات. در آخر به سوالات والدین در خصوص برنامه پاسخ داده شد	سخنرانی، بحث و مشارکت اعضای گروه، ارائه جزوه‌های آموزشی	از والدین خواسته شد که جزوه را مطالعه کرده و به چند سوالی که در رابطه با اختلال ADHD پرسیده شده از جمله علائم اختلال جواب بدهند
۲	اختلال نارسایی توجه بیش فعالی و اشتباهات رایج	اصلاح باورها و نگرش‌های رایج اما غلط درباره اختلال نارسایی توجه/بیش-فعالی و اهمیت نقش والدین در تعامل با کودکان پیش‌فعال	ارائه اطلاعات ضروری در مورد ماهیت، شیوع، سیر، پیش‌آگهی، سبب-شناسی، تبیین هدف برنامه و قوانین گروه، تأکید بر نقش خانواده در کمک به درمان این اختلال	سخنرانی، بحث و مشارکت اعضای گروه، ارائه جزوه‌های آموزشی	از والدین خواسته شد که نگرش‌های نادرستی را که قبلاً در مورد این اختلال داشتند و بعد از جلسه آموزشی تصحیح شده را گزارش کنند
۳	اصول رفتار از دیدگاه آدلر	آشنایی والدین با دیدگاه‌های اصلاح رفتار با تمرکز بر نظرات آلفرد ادلر	بحث درباره اصول رفتار از دیدگاه آدلر شامل وحدت شخصیت انسان، رفتار هدفمند، اجتماعی بودن انسان، ذهنیت‌گرایی	سخنرانی، بحث و مشارکت اعضای گروه، ارائه	از والدین خواسته شد که مشخص کنند فرزندشان از کدامیک از اهداف

نادرست گفته شده استفاده می‌کند	جزوه های آموزشی	رفتار و گریز از کهنتری به سمت برتری و نیز اهداف نادرست رفتار در کودکان شامل توجه طلبی، قدرت طلبی، کینه توزی و انتقام، و ابراز ناتوانی و چگونگی برخورد با این اهداف نادرست			
راهکارهایی که در رابطه با ایجاد علاقه اجتماعی گفته شد را در منزل کار کنند	سخنرانی، بحث و مشارکت اعضای گروه، ارائه جزوه های آموزشی	بررسی مفاهیم اساسی آدلری شامل سبک زندگی، علاقه اجتماعی، دلگرمی و دلسردی، عقل سلیم و منطق شخصی	درک اهمیت مفاهیم اساسی آدلر در تربیت کودکان	مفاهیم اساسی در نظریه آدلر	۴
برای یادگیری عملی خانواده ها از آنها خواسته شد لیستی از رفتارهای خود را در قبل و بعد از آموزش همراه با چگونگی تغییرات به کلاس ارائه کنند.	سخنرانی، بحث و مشارکت اعضای گروه، ارائه جزوه های آموزشی	آموزش و کاربرد عملی روش دلگرم- سازی و تأکید بر نکات مهم در کاربرد این روش و تفاوت آن با تشویق	آشنایی والدین با عناصر دلگرمی در کودکان و تفاوت دلگرمی با تشویق.	دلگرمی و تفاوت آن با تشویق	۵

از والدین خواسته شد که رفتارهای کودک خود را مشاهده کرده و مشخص نماید علت غالب رفتار فرزندشان کدامیک از موارد مطرح شده در جلسه می باشد.	سخنرانی، بحث و مشارکت اعضای گروه، ارائه جزوه های آموزشی	آشنایی والدین با چهار نیاز حیاتی از دید آدلر (نیاز به تعلق، احساس توانایی، نیاز به مهم بودن و دلگرمی) و شیوه های فرزندپروری موفق و ناموفق و چگونگی ارتباط اختلال نارسایی توجه بیش فعالی با عوامل محیطی و خانوادگی.	آشنایی با نیازهای حیاتی کودکان	چهار نیاز حیاتی کودکان و سبک های فرزندپروری	۶
در این جلسه والدین باید در منزل سبک رفتاری مورد استفاده خود را مشخص کنند.	سخنرانی، بحث و مشارکت اعضای گروه، ارائه جزوه های آموزشی	بررسی انواع سبک های فرزندپروری () مستبدانه، سهل گیرانه، کناره گیر و مقتدرانه) و بررسی ویژگی - های سبک مقتدرانه و تاثیر آن بر بیش فعالی	آشنایی والدین با سبک های فرزندپروری و ارتباط آن با بیش فعالی	انواع سبک فرزندپروری	۷
کودکان خود را در منزل با پیامدهای طبیعی رفتارشان مانند دیر رفتن به مدرسه مواجه کنند	سخنرانی، بحث و مشارکت اعضای گروه، ارائه جزوه های آموزشی	پیامدهای منطقی و طبیعی به عنوان یک شیوه ی انضباطی موثر در سبک فرزندپروری مقتدر مورد بررسی و بحث قرار گرفت.	آشنایی والدین با شیوه های انضباطی جدید	پیامدهای طبیعی و منطقی	۸
والدین برای جلسه آینده تعدادی تغییرات رفتاری و سهمیم شدن کودکان در کارهای منزل	سخنرانی، بحث و مشارکت اعضای گروه، ارائه جزوه های	آموزش راهبردهای جلب همکاری و مشارکت کودکان در خانه و تفاوت توجه صحیح به کودکان با توجه بیش از حد بررسی شد.	آشناساختن والدین با شیوه های جلب مشارکت و همکاری کودک در خانه	مشارکت کودکان در خانه	۹

آموزشی	را گزارش کنند
سخنرانی، تجارب و اموخته های والدین بررسی شد و اعضا نظرات و عقایدشان را مطرح نمودند و به سوال های آنها پاسخ داده شد.	از والدین خواسته شد روش های بحث شده در گروه را در منزل ادامه دهند و در پیگیری گزارش دهند

نتایج

در ابتدای اجرای پژوهش افراد نمونه به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش به شکل تصادفی جایگزین شدند. ویژگی های جمعیت شناختی دو گروه کنترل و آزمایش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی های جمعیت شناختی دو گروه

متغیرها	آزمایش		کنترل		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
<u>سن فرزندان</u>						
۷ سال	۱	۶,۷۰٪	۲	۱۳,۳۰٪	۳	۱۰,۰۰٪
۸ سال	۵	۳۳,۳۰٪	۴	۲۶,۷۰٪	۹	۳۰,۰۰٪
۹ سال	۱	۶,۷۰٪	۲	۱۳,۳۰٪	۳	۱۰,۰۰٪
۱۰ سال	۴	۲۶,۷۰٪	۶	۴۰,۰۰٪	۱۰	۳۳,۳٪
۱۱ سال	۳	۲۰,۰٪	۰	۰,۰۰٪	۳	۱۰,۰۰٪
۱۲ سال	۱	۶,۷۰٪	۱	۶,۷۰٪	۲	۶,۷۰٪
<u>پایه تحصیلی فرزندان</u>						
اول	۰	۰,۰۰٪	۲	۱۳,۳۰٪	۲	۶,۷۰٪
دوم	۶	۴۰,۰٪	۵	۳۳,۳۰٪	۱۱	۳۶,۷۰٪
سوم	۲	۱۳,۳۰٪	۱	۶,۷۰٪	۳	۱۰,۰۰٪
چهارم	۱	۶,۷۰٪	۶	۴۰,۰۰٪	۷	۲۳,۳۰٪
پنجم	۶	۴۰,۰۰٪	۰	۰,۰۰٪	۶	۲۰,۰۰٪

ششم	۰	%۰,۰۰	۱	%۶,۷۰	۱	%۳,۳۰
<u>سن پدر</u>						
۳۱ تا ۴۰ سال	۷	%۴۶,۷۰	۱۰	%۶۶,۷۰	۱۷	%۵۶,۷۰
۴۱ تا ۵۰ سال	۶	%۴۰,۰۰	۵	%۳۳,۳۰	۱۱	%۳۶,۷۰
۵۱ تا ۶۰ سال	۲	%۱۳,۳۰	۰	%۰,۰۰	۲	%۶,۷۰
<u>سن مادر</u>						
۲۰ تا ۳۰ سال	۳	%۲۰,۰۰	۲	%۱۳,۳۰	۵	%۱۶,۷۰
۳۱ تا ۴۰ سال	۱۰	%۶۶,۷۰	۱۱	%۷۳,۳۰	۲۱	%۷۰,۰۰
۴۱ تا ۵۰ سال	۱	%۶,۷۰	۲	%۱۳,۳۰	۳	%۱۰,۰۰
۵۱ تا ۶۰ سال	۱	%۶,۷۰	۰	%۰,۰۰	۱	%۳,۳۰
<u>تحصیلات پدر</u>						
زیر دیپلم	۵	%۳۳,۳۰	۶	%۴۰,۰۰	۱۱	%۳۶,۷۰
دیپلم	۶	%۴۰,۰۰	۷	%۴۶,۷۰	۱۳	%۴۳,۳۰
لیسانس	۳	%۲۰,۰۰	۲	%۱۳,۳۰	۵	%۱۶,۷۰
فوق لیسانس	۱	%۶,۷۰	۰	%۰,۰۰	۱	%۳,۳۰
<u>تحصیلات مادر</u>						
زیر دیپلم	۷	%۴۶,۷۰	۵	%۳۳,۳۰	۱۲	%۴۰,۰۰
دیپلم	۵	%۳۳,۳۰	۷	%۴۶,۷۰	۱۲	%۴۰,۰۰
لیسانس	۲	%۱۳,۳۰	۱	%۶,۷۰	۳	%۱۰,۰۰
فوق لیسانس	۱	%۶,۷۰	۲	%۱۳,۳۰	۳	%۱۰,۰۰
مجموع	۱۵	%۱۰۰,۰۰	۱۵	%۱۰۰,۰۰	۳۰	%۱۰۰,۰۰

در ادامه به منظور بررسی اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری والدین دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد (عامل بین‌گروهی: گروه‌های آزمایشی و کنترل و عامل درون‌گروهی: پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری). در ابتدا میانگین و انحراف معیار این نمرات برآورد شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار اصلاحی سبک‌های فرزندپروری والدین به تفکیک زمان و گروه

والدین	گروه	زمان	مقتدرانه		مستبدانه		سهلگیرانه	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مادر	آزمایش	پیش آزمون	۵۰/۳۳	۳/۱۳	۲۹/۸۶	۲/۱۲	۱۳/۶۶	۱/۰۷
		پس آزمون	۵۶/۴۰	۲/۸۷	۲۸/۲۰	۱/۹۲	۱۴/۱۳	۱/۱۰
		پیگیری	۶۰/۸۶	۳/۴۵	۲۶/۷۳	۱/۶۹	۱۲/۴۶	۱/۰۹
	کنترل	پیش آزمون	۵۵/۶۰	۳/۱۳	۲۷/۲۰	۲/۱۲	۱۵/۰۰	۱/۰۷
		پس آزمون	۵۴/۴۰	۲/۸۷	۲۷/۶۶	۱/۹۲	۱۴/۶۶	۱/۱۰
		پیگیری	۵۵/۲۰	۳/۴۵	۲۸/۶۰	۱/۶۹	۱۴/۱۳	۱/۰۹
پدر	آزمایش	پیش آزمون	۴۷/۹۳	۳/۲۶	۲۹/۵۳	۲/۲۷	۱۲/۴۶	۰/۹۹
		پس آزمون	۴۹/۶۰	۳/۵۳	۲۷/۶۰	۲/۳۹	۱۲/۶۰	۱/۰۲
		پیگیری	۵۶/۹۳	۴/۱۷	۲۶/۲۰	۲/۳۳	۱۱/۳۳	۰/۹۹
	کنترل	پیش آزمون	۴۶/۸۶	۳/۲۶	۲۸/۳۳	۲/۲۷	۱۳/۶۰	۰/۹۹
		پس آزمون	۴۸/۲۶	۳/۵۳	۲۸/۸۰	۲/۳۹	۱۴/۵۳	۱/۰۲
		پیگیری	۴۸/۸۰	۴/۱۷	۳۰/۵۳	۲/۳۳	۱۴/۶۶	۰/۹۹

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمرات شیوه‌های فرزندپروری مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه در سه زمان اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به صورت مجزا برای والد مادر و والد پدر گزارش شده است. قبل از انجام تحلیل واریانس آمیخته پیش‌فرض‌های مربوط به این آزمون (توزیع نرمال و ضریب کرویت موجلی) بررسی شد که تمامی آنها به شکل قابل قبولی برقرار بود. با توجه به تعداد سبک‌های فرزندپروری و اندازه‌های متفاوت برای پدر و مادر شش تحلیل واریانس آمیخته انجام شد که نتایج آنها در جدول ۴ خلاصه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری والدین دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

مقدور اینا (حجم اثر)	تسطح معنی داری	ارزش F	میانگین مقدوران	درجه آزادی	میانگین مقدوران	نوع پیوند	نوع پیوند	گروه
۰/۰۹	۰/۴۷	۳/۵۳۰	۲۴۰/۸۷۱	۱/۵۹۹	۳۸۵/۲	زمان	درون گروهی	مقتدرانه مادر
۰/۲۳	۰/۰۲۸	۴/۲۵۵	۲۹۰/۳۸۷	۱/۵۹۹	۶۴۶/۴	زمان* گروه		
۰/۰۳	۰/۸۳۹	۰/۴۲	۱۴/۴۰۰	۱	۱۴/۴۰۰	گروه	بین گروهی	
۰/۱۰	۰/۱۹	۴/۶۱۶	۲۹۶/۴۵۵	۱/۷۰۶	۵۰۵/۸	زمان	درون گروهی	مقتدرانه پدر
۰/۱۱	۰/۱۴۴	۲/۰۶۹	۱۳۲/۸۸۷	۱/۷۰۶	۲۲۶/۷	زمان* گروه		
۰/۰۹	۰/۴۴۵	۰/۵۹۹	۲۹۸/۸۴۴	۱	۲۹۸/۸	گروه	بین گروهی	
۰/۰۵	۰/۷۳۷	۰/۳۰۷	۵/۹۱۱	۲	۱۱/۸۲	زمان	درون گروهی	مستبدانه مادر
۰/۱۱	۰/۱۴۵	۲/۰۰۱	۳۸/۵۷۸	۲	۷۷/۱۵	زمان* گروه		
۰/۰۳	۰/۸۵۳	۰/۰۳۵	۴/۴۴۴	۱	۴/۴۴	گروه	بین گروهی	
۰/۰۳	۰/۸۲۰	۰/۱۹۹	۴/۴۳۳	۲	۸/۸۶۷	زمان	درون گروهی	مستبدانه پدر
۰/۱۸	۰/۰۸۴	۲/۵۹۵	۵۷/۷۴۴	۲	۱۱۵/	زمان* گروه		
۰/۰۷	۰/۶۳۳	۰/۲۳۴	۴۶/۹۴۴	۱	۴۶/۹۴	گروه	بین گروهی	
۰/۰۹	۰/۳۲۳	۱/۱۵۲	۱۱/۴۱۱	۲	۲۲/۸۲	زمان	درون گروهی	سهل گیرانه مادر
۰/۰۶	۰/۷۷۴	۰/۲۵۷	۲/۵۴۴	۲	۵/۰۸۹	زمان* گروه		
۰/۱۰	۰/۳۴۵	۰/۹۲۳	۳۱/۲۱۱	۱	۳۱/۲۱	گروه	بین گروهی	
۰/۰۷	۰/۶۷۱	۰/۴۰۳	۳/۰۳۳	۲	۶/۰۶۷	زمان	درون گروهی	سهل گیرانه پدر
۰/۱۱	۰/۲۹۹	۱/۲۳۴	۹/۳۰۰	۲	۱۸/۶۰۰	زمان* گروه		
۰/۱۹	۰/۰۷۶	۴/۳۸۴	۱۰۲/۴۰۰	۱	۱۰۲/۴۰	گروه	بین گروهی	

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تاثیر زمان بر شیوه مقتدرانه مادر معنی دار نمی‌باشد ($F_{1,28}=3.53, p>0.47, \eta^2=0.09$) ولی تعامل زمان با گروه در شیوه مقتدرانه مادر معنی داری را نشان داد ($F_{2,56}=4.25, p<0.028, \eta^2=0.23$). به منظور پیگیری این تفاوت مشاهده شده از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. این مقایسه نشان داد بین پیش-آزمون با پیگیری ($M_{diff}=5.66, p<0.019$) و بین پس‌آزمون با پیگیری ($M_{diff}=3.93, p<0.023$) تفاوت معنی دار وجود داشت به گونه‌ای که در هر مرحله

نمرات مقتدرانه مادران افزایش معنی‌دار نشان داده است. نتایج کلی نشان داد که بین اندازه‌گیری‌های مکرر (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود داشته است اما بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشته است که این بدین معنی است که روش آموزش توانسته است بر تکرار اندازه‌گیری سبک تربیتی مقتدرانه مادران تاثیر گذارد ولی باعث ایجاد تفاوت بین دو گروه نشده است. در ادامه بررسی‌ها مشخص شد که در هیچ کدام از موارد دیگر سبک‌های فرزندپروری اثربخشی معنی‌داری مشاهده نشد به شکلی در سبک‌های فرزندپروری استبدادی مادران ($F_{1,28}=0.307, p>0.737, \eta^2=0.03$) و پدران ($F_{1,28}=0.199, p>0.720, \eta^2=0.03$) اثر بخشی معنی‌داری وجود نداشت. همچنین در بخش فرزندپروری سهل‌گیرانه نیز اثربخشی معنی‌داری بر شیوه فرزندپروری مادران ($F_{1,28}=1.153, p>0.323, \eta^2=0.09$) و پدران ($F_{1,28}=0.403, p>0.671, \eta^2=0.07$) مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل نتایج نشان داد که این برنامه آموزش والدین به شیوه آدلری بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری مقتدرانه مادران دارای کودکان با اختلال نارسانی توجه/بیش‌فعالی نوع عمدتاً مرکب موثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بسیاری از پژوهشگران (متیو و بست، ۲۰۰۹؛ گوتیرز، ۲۰۰۶؛ اسمالز، ۲۰۱۰؛ کی مولر، ۲۰۱۱؛ سروی، ۱۳۸۷؛ اسماعیلی نسب، ۱۳۸۸؛ مینی، ۱۳۹۱) همسو و با نتایج پژوهش‌های (دادلی، ۱۹۸۱ و فالزونه، ۱۹۹۳) همسو نمی‌باشد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که با ارائه این آموزش‌ها بر رابطه والد و کودک تأکید شده و این نکته که ممکن است اعمال و خلق و خوی والدین، رفتار کودک را تحت تأثیر قرار دهد مورد توجه قرار می‌گیرد. برنامه‌های آموزش والدینی آدلری که بر اساس فرزندپروری دموکراتیک و دلگرمی مبتنی است، با آموزش روش فرزندپروری دموکراتیک به والدین جهت تغییر روش فرزندپروری خود از خودکامه یا نازپرور به مقتدرانه و ارتقاء توانایی‌های فرزندپروری باعث ارتقاء عزت‌نفس و اعتماد به نفس والدین و کودکان گشته و در نتیجه تعامل آنها را بهبود می‌بخشد. این برنامه والدین را ترغیب می‌کند تا هدف‌های بدرفتاری فرزندان خود را بشناسند، به روش‌های فرزندپروری خود

توجه کنند، به فرزندان خود احترام گذاشته و به او اعتماد کنند، قوانینی برای رفتار تعیین کنند و به کودکان خود حق انتخاب دهند (دینک‌مایر و مک‌کی، ترجمه رئیس‌دانا، ۱۳۸۶). یکی دیگر از دلایل اثربخشی برنامه موردنظر بر روی مادران، شرکت بیشتر آنها و حضور منظم آنها نسبت به پدران در جلسات آموزشی بود.

نتایج حاصل از بررسی نمرات شیوه‌های فرزندپروری مقترانه پدران، قبل و پس از دوره آموزشی نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد. همچنین در شیوه فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه پدران و مادران، تغییر نتایج حاصل نشد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های دادلی (۱۹۸۱) و فالزونه (۱۹۹۳) همسو می‌باشد.

در پژوهش حاضر، والدین گروه آموزشی از آموزش والدین با رویکرد آدلری بسیار استقبال کردند و آنها را در تمرینات خود به کار بردند. بازخوردهای آنان نشان می‌داد که به کارگیری اصول فرزندپروری دموکراتیک که یکی از اصول رویکرد آدلری است در تعامل اعضای خانواده با یکدیگر رضایت بخش بوده است. از طرفی آموزش این اصول برای والدین چالش برانگیز بود و بحث‌ها و گفتگوهای زیادی به همراه داشت. گروهی از والدین بر نامناسب بودن روش تربیتی خود اذعان داشته اما بیان می‌کردند تغییر دادن نوع نگرش و عملکردشان نسبت به تربیت فرزندان و ارتباطشان با آنان نیازمند دوره طولانی آموزشی همراه با تمرینات فراوان است. مدت کم دوره آموزشی، فشرده بودن دوره، نداشتن فرصت کافی برای به تمرین درآوردن آموزش‌های داده شده، و مشغله زیاد والدین از جمله عواملی است که ممکن است بر عدم اثربخشی برنامه تاثیر گذاشته باشد.

تجربیات بدست آمده از جلسات آموزشی بیانگر این امر می‌باشد که سن والدین می‌تواند تا حدودی در بی تاثیر بودن این آموزش‌ها موثر باشد بدین صورت که والدین با سنین بالا توان و حوصله کمتری از خود نسبت به والدین با سنین پایین نشان می‌دهند و از طرفی تعدد فرزند که اکثرا در چنین والدینی وجود داشت عاملی دیگر برای عدم تمرکز کافی برای اجرای آموزش‌های داده شده و در نهایت رد شدن فرضیه پژوهشی باشد.

از نظر پژوهشگر اجرای آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری در خانواده‌ها نیازمند آگاهی کامل والدین به اصول تربیتی آدلری است و اولین هدف جلسات باید تمایل همه به شنیدن صادقانه حرف‌های دیگران باشد. قبل از اینکه راه حل مطلوبی پیدا بشود باید شنیدن حرف‌های دیگران و درک منظور آنها یک عادت شود (درایکورس، گرونوالد و

چایلدرزپیپر، ۱۹۹۸، ترجمه علیزاده و روحی، ۱۳۸۸). در واقع والدین ابتدا با شیوه‌های فرزندپروری آدلری به طور کامل آشنا شوند و تغییرات لازم را در نگرش‌هایشان، به تربیت متناسب با جوی که در آن زندگی می‌کنند بدهند و بعد با اجرای آموزش‌ها در خانواده، جو حاکم بر خانواده را تغییر دهند.

اگرچه مطالعات، از تاثیر آموزش فرزندپروری آدلری به طور کلی حمایت می‌کند اما هیچ دوره‌ای کاربردهای فرهنگی آموزش فرزندپروری آدلری را مورد توجه قرار نداده است. این در حالی است که اکثر مشاوران از نقش فرهنگ در شکل‌گیری جهان بینی فرد آگاه هستند. به همین جهت، برنامه‌های آدلری در ایران نیازمند بومی‌سازی محتوایی است. اهمیت دادن به فرهنگ از این نظر ضرورت دارد که فرهنگ بر روی دیدگاه فرد نسبت به خانواده و سیستم‌های اجتماعی و فرهنگی، برابری، همکاری، علاقه اجتماعی و تاثیر دارد. قابل ذکر است که والدین از بعضی از فرهنگ‌ها با نگرش‌های والدینی مهم‌تر ممکن است سبک والدینی دموکراتیک را به عنوان شیوه فرزندپروری مورد توجه قرار ندهند. هر چند، تجربه‌ها و مهارت‌هایی که از طریق آموزش فرزندپروری آدلری به دست می‌آید برای خانواده‌ها مفید می‌باشد و آزادی در چارچوب حد و مرز، فلسفه آموزش آدلری است، اما باید برای تفسیر اهداف رفتاری و به کاربردن پیامدهای منطقی، آموزش‌های خانوادگی و دلگرم کردن بچه‌ها، درجه فرهنگی خانواده‌ها را مورد توجه قرار داد (چانگ و ریتز، ۲۰۰۴). برای مثال در کشور ما و در میان پدران هنوز این ذهنیت وجود دارد که کوتاه آمدن در مقابل فرزندان و برابر دانستن حقوق خود با فرزندان‌شان به معنای کوچک شمردن خود است. و منظور ما از برابری، برابری اجتماعی است که همه بدون توجه به مذهب، ثروت، آموزش، وراثت، ظاهر فیزیکی یا سن از ارزش و احترام یکسانی برخوردار باشند. گرچه بسیاری از بزرگترها موافق این مفاهیم هستند ولی پذیرفتن اینکه یک کودک همچنین حقی را دارد برای آنها سخت است. احترام نسبت به حقوق دیگری پیش‌نیازی برای توافق و حل مسالمت آمیز تعارضات است (درایکورس، گرونوالد و چایلدرزپیپر، ۱۹۹۹، ترجمه علیزاده و روحی، ۱۳۸۸).

آموزش‌های خانوادگی بیش از هر چیزی به اعضا، حس داشتن موقعیت یکسان چه در حقوق و چه در وظایف را می‌دهد. و برای دستیابی به توافقی ارادی، نیاز به جهت‌دهی

مجدد نگرش‌ها را داریم که این اصل خودش ساده به نظر می‌رسد ولی به کارگیری آن مشکل است و به صبر فراوان نیاز دارد (درایکورس، گرونوالد و چایلدرزپیر، ۱۹۹۹، ترجمه علیزاده و روحی، ۱۳۸۸). در چنین فضایی، زمانی که بحث آموزش‌های خانوادگی مطرح می‌شود والدین همانند سایر اعضا باید قوانین و مقررات مربوط به آموزش‌ها (همانند تغییر موقعیت رهبری میان اعضا، شنیدن صحبت‌های همدیگر هر چند مخالف نظر آنها باشد) را رعایت کنند، مسلم است که قبول چنین نگرش‌هایی برای والدین سخت باشد. تناقض درمان در این است که گرچه فرض بر این است که مراجعان برای تغییر کردن به مشاوره می‌آیند، آنها همچنین تمایل غیرهوشیاری به حفظ نشانه‌های خاص خود به دلیل حفاظتی که از عزت نفس و سبک زندگی می‌کنند، دارند. این خطر متوجه عزت نفس که باعث ایجاد ترس از تغییر می‌شود، در آنچه آدلر ترس از به اثبات رسیدن بی‌ارزشی می‌نامد ریشه دارد (اکستین و کرن، ۲۰۰۲، ترجمه علیزاده، سیفی و کرمی، ۱۳۸۹).

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از تمامی کودکان و خانواده‌هایی که در این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و سپاسگزاری کنند.

منابع

- اسماعیلی نسب، م. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی دو روش آموزش والدین با رویکرد آدلری و رویکرد رفتاری بر بهبود مولفه‌های محیط خانواده و کاهش شدت نشانه‌های اختلال سلوک در کودکان. پایان نامه دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی.
- اکستین، د؛ کرن، ر. (۲۰۰۲). ارزیابی و درمان سبک زندگی. ترجمه حمید علیزاده، محسن سیفی و فروزان کرمی. ۱۳۸۹. اهواز: نشر رسش
- بیرامی، م؛ حکمتی، ع؛ و سودمند، م. (۱۳۸۸). مقایسه عملکرد خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با خانواده‌های دارای کودکان بهنجار. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، ۴ (۱۶)، ۲۷-۴۷.
- حسین خانزاده، ع؛ طاهر، م؛ و یگانه، ط. (۱۳۹۲). شناسایی و درمان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مدرسه. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۳ (۶)، ۳۹-۵۲.

- خدابخش، ر؛ و جعفری، م. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر سبک‌های مقابله‌ای مادران کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای و کاهش نشانه‌های اختلال. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۰(۱)، ۲۹-۸.
- درایکورس، ر؛ برونیا گرونوالد، ب؛ و پیر، ف. (۱۹۹۹). *فنون مدیریت کلاس: رویکرد روان‌شناختی به بهسازی آموزش و ارتباطات مدرسه*. ترجمه حمید علیزاده و علیرضا روحی. ۱۳۸۸. تهران: نشر دانژه.
- درایکورس، ر؛ سولتس، و. (۱۹۹۵). *کودکان خوشبخت: راهبردهای تربیت کودک و بهبود رابطه والدین-فرزند*. ترجمه حمید علیزاده و علیرضا روحی، ۱۳۹۲. تهران: انتشارات ارسباران.
- درایکورس، ر؛ کاسل، پ. (۱۹۹۹). *انضباط بدون اشک*. ترجمه مینو واثقی و مریم داداش زاده، ۱۳۷۸. تهران: انتشارات رشد.
- درتاج، فریبرز؛ محمدی، اکبر (۱۳۸۹). مقایسه عملکرد خانواده‌های دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با عملکرد خانواده کودکان بدون نقص توجه بیش‌فعالی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۶(۲۲)، ۲۲۶-۲۱۱.
- دینک مایر، د؛ و گری، م. (۱۹۹۹). *والدین موثر، فرزند مسئول*. ترجمه معجد رییس دانا، ۱۳۸۶. تهران: انتشارات رشد.
- سروی، ز. (۱۳۸۷). *اثربخشی آموزش والدین با برنامه استپ (گام به گام) مبتنی بر رویکرد آدلر- درایکورس بر بهبود تعامل مادر- فرزند در کودکان با اختلال رفتاری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی توجه فزون‌جنبشی*. تهران: انتشارات رشد.
- علیزاده، ح. (۱۳۹۱). *تدوین برنامه آموزش والدین برای خانواده‌های دارای فرزندان با اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی و تأثیر آن بر کاهش نشانه‌ها و کارکرد خانواده*. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۲(۷): ۷۰-۴۳.
- علیزاده، ح؛ و سجادی، ح. (۱۳۸۸). *رودولف درایکورس: روابط دموکراتیک و احترام متقابل*. تهران: نشر دانژه.
- فرگوسن، ج؛ و تاکانه، ی. (۱۹۸۹). *تحلیل آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. ترجمه علی دلاور و سیامک نقش‌بندی. ۱۳۸۰. تهران: نشر ارسباران.

کاشانی موحد، آ (۱۳۹۴). رابطه حافظه فعال با پایداری هیجانی در دانش آموزان با و بدون اختلال نارسایی توجه بیش فعالی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

کریمی، ی. (۱۳۷۰). روانشناسی شخصیت. تهران: انتشارات پیام نور.
 مبینی، ا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش خوددلگرم سازی به مادران بر کاهش تنیدگی والدینی در مادران دارای فرزندان با اختلال های رفتاری. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

هوش ور، پ؛ بهنیا، ف؛ خوشابی، ک؛ میرزایی، ه؛ و رهگذر، م، (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله با اختلال نقص توجه بیش فعالی بر اختلالات رفتاری فرزندانشان، فصلنامه علمی-پژوهشی توانبخشی ۳(۱۰)، ۳۰-۲۴.
 یوسفی، آ. (۱۳۸۲). رابطه شیوه های فرزندپروری با مهارت های اجتماعی در دانش آموزان ابتدایی شهر اسفراین. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
 یوسفی، ش؛ سلطانی فر، ع؛ و تیموری، س. (۱۳۸۸). مقایسه تنش والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه بیش فعالی با مادران کودکان بهنجار. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، ۱۱(۲): ۱۱۵-۱۲۲.

- Alizadeh, H., Appleyquist, K. F., Coolidge, F. L. (2007). Parental Self-Confidence and Parenting Styles in Families of Children with AD/HD. *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 31: 567-572.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: Author.
- American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-5. 5th ed.* Arlington, VA, American Psychiatric Association Washington, DC.
- Azoulay, D. (1999). Encouragement and logical Consequences Versus Rewards and punishment: A Reexamination. *the journal of individual psychology*, 55(1): 91-99.
- Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatment for Attention-deficit hyperactivity/disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63: 36-43.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention deficit/ hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.)*. New York: Gilford Press.
- Bell, AS.(2011). A critical review of ADHD diagnostic criteria: What to address in the DSM-V. *Journal of Attention Disorders*, 15(1):3-10.

- Bennet, J. (2007). 3 Steps to Conquering ADD/ADHD. Available on: www.adhd.net.
- Bussing, R. Gary, F.A., Mills.T.L., & Garvan.C.W. (2007). Cultural variations in parental health beliefs, knowledge, and information sources related to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Family Issues*, 28, 291-318.
- Carr, A. (1999). *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach*. London: Rutledge.
- Chang, c, & Ritter(2004). Cultural consideration of Adlerian parenting education. *Journal of individual psychology*.60, 67-75.
- Coogan, A. N., Baird, A. L., Popa-Wagner, A., & Tome, J. (2016). Circadian rhythms and attention deficit hyperactivity disorder: The what, the when and the why, *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 67, 74-81.
- Daley, D., Van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S.,...European ADHD Guidelines Group. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835-847.
- Dodley, L. (1981). *The effect of Systematic Training for Effective Parenting on parents and children's behavior. Dissertation abstracts international*, 42, 1986-A.
- Durston, S., & Konard, K. (2007). Integrating genetic, psychopharmacological and neuroimaging studies: a converging methods approach to understanding the neurobiology of ADHD. *Developmental Review*, 27, 374-395.
- Essau, C. A. (2006). *Child and Adolescent Psychopathology*. New york: Routledge Taylor & francis group.
- Falzone, R. (1993). *Changes in family functioning and role satisfaction reported by parents who engage in Systematic Training for Effective Parenting*. A dissertation for doctor of philosophy. Boston College.
- Fashimpar, G. (1992). *An evaluation of three parent training program*. The University of Texas at Arlington in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy.
- Finzi-Dottan, R. (2011). Predictors of stress related growth in parents of children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 510-519.
- Gutierrez, S. R. (2006). *A comparison of two parent education programs on the reduction of parent-child stress in mother-child relationship of Hispanic migrant farmworkers*. A dissertation for the degree of doctor of philosophy with a major in school. Psychology, University of Arizon.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with ADHD: Review and recommendation for research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3): 183-207.
- Kawabata, Y., Tseng, W. L., & Shur-Fen Gau, S. (2012). Deficit/Hyperactivity Disorder and Social and School Adjustment: The

- Moderating Roles of Age and Parenting. *Journal Abnormal Child Psychology*, 40: 177-188.
- KayMueller, D. (2011). *Pampered children and the impact of parenting styles*. MA thesis, Adler Graduate School, Minnesota, USA.
- Kerr. D. C. R. (2004). Parental discipline and externalizing behavior problem in early child: The roles of moral regulation and child gender. *Journal of Abnormal child psychology*, 32(4): 369-383.
- Larson, B. J. (2000). *Systematic training for effective parenting of teens(step/ teen): parent authority, adolescent externalizing behavior, and parent- child relationships*. The California School of Professional Psychology Berekeley.
- Madrigal, A .C. (2006). *The direct and indirect effect of family environment and community violence exposure on lotion middle-school age youth's psychological distress and risk for gong affiliation*. University of Nevada.
- Marcus, SC., Wan, GJ., Kemner, JE., Olfson, M. (2005). Continuity of methylphenidate treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 159: 572-578.
- Maybell, M. C., & Maybell, S. A.(2006). *Encouraging relationships. Calming the family storm CA: Impact*, pp:63-85.
- McBurnett, K., & Pfiffner, L. (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder: Concepts, controversies, new directions*. New York: Informa Health Care.
- McVittle , Jody ., Best, A. M. (2009). The Impact of Adierian-Based Parenting Classes on Self-Reported Parental Behavior. *The Journal of Individual Psychology*, 65(3): 265-285.
- Pandina, G. L., Bilder, R. H., & Keefe, R. S. (2007). Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. *Biological psychiatry*. 74(5): 164-174.
- Parker, J. D. A., Majeski, S. A. & Collin, V. T. (2004). ADHD symptom and personality: Relationship with the five factor model. *Journal of Personality and Individual Difference*. 36: 977-987.
- Ring, S. (2001). *Use of Role Planning in Parent Training ;a Methodological Component Analysis of Systematic Training for Effective Parenting*. California school of Professional Psychology - San Diago.
- Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F., & Hart, C. H. (2000). The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ). In B. F. Perlmutter, J. Touliatos, & G. W., Holden (Eds.), *Handbook of family measurement techniques: Vol. 3. Instruments & index* (pp. 319-321). Thousands Oaks: Sage.
- Sadock, BN. J., Sadock. V. A., & Kaplan. (2015). *synopsis of psychiatry* (ninth ed). Philadelphia:Lippincott the William and willkins.
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawsk, A. (2007). Maintenance of treatment gains: a Comparison of enhanced, standard, and self-directed tripple-p-positive parenting program, *Journal of abnormal child psychology*, 35(6), 983-998.

- Skreitle. I., Sebro. S., & Lubenko. J. (2010). Child Behavior and Mother-Child emotional availability in response to parent training program; Moderators of out com. *Procedia-social and behavioral sciences*, 5: 1418- 1424.
- Smalls, C.(2010). *Adlerian parent Education with low income single Black parents: Effect on parental Acceptance, parental stress and female Adolescent motivation*. Doctoral Dissertation. Walden University.
- Smith, C. (1996). *Developing Parenting Programmes*. London: National Children's Bureau.
- Valton , F. (2007). Understanding and Helping children who manifest symptoms that meet the criteria for the Attention- Deficit hyperactivity Disorder Diagnosis. *The journal of individual psychology* , 63: 236-240.
- Winberg. A. W. (1999). Parent training for Attention- deficit hyperactivity disorder : parent and child outcome. *Journal of clinical psychology*, 55 (2): 907-913.