

## Investigate the Efficacy of Parenting Skill in Reducing Adolescent Conduct Disorder and Aggression

Zeinali SH<sup>1</sup>, Khanjani Z\*<sup>2</sup>, Sohrabi F<sup>3</sup>

1. PhD Student of Psychology, Psychology Group, Faculty of Psychology, Tabriz University

2. Professor, Psychology Group, Faculty of Psychology, Tabriz University

3. PhD Student of Psychology, Psychology Group, Faculty of Psychology, Tabriz University

\* *Corresponding author.* Tel: +989144108154 Fax: +984135575849 E-mail: shirinzeinali@yahoo.com

Received: Oct 21, 2014 Accepted: Mar 3, 2015

### ABSTRACT

**Background & objectives:** The current study sought to investigate the efficacy of parenting skill in Reducing adolescent conduct disorder and aggression.

**Methods:** 32 adolescent (with their parents) came to clinical setting were chosen after recognized CD symptoms with CIS-4 and randomly divided into control and interventional groups. Then, subjects in the interventional group were being trained for “parenting skill” in 10 sessions. Subjects in control group did not receive any training. Subjects in both interventional and control groups answered initially tested using measuring tool adolescent Aggression Questionnaire and CD symptoms before treatment and after treatment.

**Results:** According to the findings, there was a significant difference in posttest score of CD symptoms, failure, aggression in peer relationship and physical aggression after adjusting pretest scores( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The results demonstrated that parent management training effect CD symptoms and aggressive behavior.

**Key words:** Parent Management Training; Aggression; Conduct Disorder.

# اثربخشی آموزش والدین بر کاهش علائم اختلال سلوک و پرخاشگری نوجوانان ۱۶-۱۴ سال

شیرین زینالی<sup>۱\*</sup>، زینب خانجانی<sup>۲</sup>، فائزه سهرابی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز ۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز ۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز \* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۴۱۰۸۱۵۴. فکس: ۰۴۱۳۵۵۷۵۸۴۹. ایمیل: shirinzainali@yahoo.com

## چکیده

**زمینه و هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش علائم اختلال سلوک و پرخاشگری نوجوانان ۱۶-۱۴ سال است.

**روش کار:** ۳۲ نوجوان (به همراه والدین) مراجعه کننده به دفتر مشاوره، پس از تشخیص علائم اختلال سلوک با مقیاس CIS-4، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به منظور جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه پرخاشگری نوجوانان نلسون در مراحل پیش و پس آزمون استفاده شد. سپس نوجوانان و والدین در برنامه مداخله فرزندپروری نوجوانان (ساندرز، ۲۰۰۶) شرکت نمودند. در انتها علائم اختلال سلوک و میزان پرخاشگری نوجوانان مجدداً اندازه گیری گردید.

**یافته‌ها:** نتایج تحیل واریانس نشان داد نیمرخ میانگین علائم سلوک، خرده مقیاس‌های ناکامی، روابط با همسالان و پرخاشگری بدنی در پس آزمون پس از تعدیل نمرات پیش آزمون تفاوت معناداری دارند ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت آموزش سبک‌های فرزند پروری در کاهش علائم اختلال سلوک و رفتارهای پرخاشگرانه فرزندان موثر است.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش والدین، پرخاشگری و اختلال سلوک

پذیرش: ۹۳/۱۲/۱۲

دریافت: ۹۳/۲/۲۹

## مقدمه

نوجوانی، مرحله گذار رشد فیزیکی و روانی انسان است که میان کودکی و جوانی روی می‌دهد. این گذار، تغییرات زیستی (بلوغ جنسی)، اجتماعی و روانشناختی را در بر می‌گیرد، هرچند که از میان این‌ها تنها تغییرات زیستی و روانشناختی را می‌توان به آسانی اندازه‌گیری کرد (۱،۲). دوره نوجوانی از مهمترین و حساس‌ترین دوره‌های زندگی انسان به شمار می‌رود. در این دوره، تغییراتی در جسم و روان نوجوان رخ می‌دهد که هرکدام به نوعی بر او اثر می‌گذارد. گاهی این تغییرات، شخصیت و منش او را به کلی دگرگون می‌سازد. از این رو شناخت جنبه‌های مهم روانی، عقلانی، جسمانی و اخلاقی نوجوان، این

توانایی را به او و اطرافیان می‌دهد تا شیوه صحیح برخورد با تغییرات جسمی و روحی دوره نوجوانی را بدانند. این آگاهی، از بروز ناسازگاری‌های خاص این دوران جلوگیری می‌کند. دوران نوجوانی، همزمان با دوران بلوغ است (۳). از جمله ویژگی‌های رفتاری و اخلاقی نوجوانان افزایش گرایش‌های رفتاری پرخاشگرانه است که با توجه به تغییرات هورمونی و محیطی، احتمال بروز این رفتارها در این دوران افزایش می‌یابد. پرخاشگری از جمله جلوه‌های رفتاری است که در تعامل والد- فرزند نقش بسیار اساسی دارد. مطالعات نشان داده‌اند که پرخاشگری بالای والدین با اعمال نظم و انضباط بالا نسبت به فرزندان همراه است (۴،۵) و این تقابل پرخاشگرانه

منجر به افزایش خشم نوجوان می‌گردد (۶). البته در صورت افزایش شدت این رفتارهای لجبازانه و پرخاشگری ممکن است زمینه بروز اختلالات رفتاری همچون اختلال سلوک نیز فراهم گردد (۷). رفتارهای مقابله‌جویانه و سلوک شایع‌ترین مواردی هستند که نوجوانان جهت مشاوره برای درمان این موارد به کلینیک‌های بهداشت روان ارجاع می‌گردند و حدود یک دوم تا یک سوم کل مراجعین را شامل می‌گردند (۸). از جمله رفتارهای پرخطری که افراد مبتلا به اختلال سلوک از خود نشان می‌دهند و برای دیگران تهدیدکننده می‌باشد؛ می‌توان به رفتارهای ضداجتماعی مثل دزدی، پرخاشگری، گریز از مدرسه، فرار از خانه و رفتارهای جنسی اشاره نمود. همچنین از جمله رفتارهای پرخطری که برای خود فرد خطرناک می‌باشد، می‌توان به مصرف الکل، مصرف سیگار و روابط جنسی نامطمئن اشاره کرد (۹). نوجوانان با علائم اختلال سلوک در خطر بالاتری از نظر انجام رفتارهای بزهکارانه و شخصیت ضداجتماعی در بزرگسالی می‌باشند. این الگوی رفتاری باعث مشکلات زیادی در مدرسه و همچنین ارتباط با همسالان می‌گردد (۱۰). تحقیقات نشان می‌دهد که این اختلالات باعث افزایش خطرپذیری افراد و تخریب شدید در زندگی می‌گردند، بنابراین پیدا کردن یک روش درمانی کارآمد مهم و ضروری می‌باشد (۱۱). کریمی و همکاران (۱۲) پژوهشی با عنوان مقایسه اثر بخشی آموزش گروهی مدیریت خشم و مهارت‌های ارتباطی بر میزان پرخاشگری معتادان به حشیش انجام دادند. نتایج بدست آمده نشان داد که آموزش مدیریت خشم و مهارت‌های ارتباطی بر کاهش پرخاشگری موثر بوده‌اند. در همین راستا نتایج مطالعه معتمدی و همکاران (۱۳) نشان داد آموزش والدین یک روش مؤثر برای اصلاح رفتار در نوجوانان مبتلا به رفتارهای مخرب و سلوک بوده و می‌توان این روش درمانی را برای کاهش میزان اضطراب و رفتارهای ضداجتماعی

نوجوانان بکار برد و آموزش والدین به عنوان یک روش درمانی مناسب و مؤثر در بهبود علائم و اصلاح رفتار کودکان و نوجوانان می‌باشد. در یکی از بزرگترین مطالعاتی که توسط زوبریک (۲۰۰۱؛ نقل از ودادیان و همکاران، ۱۳۹۰) بر روی ۷۱۸ والد صورت گرفت؛ نتایج نشان داد که پس از آموزش «برنامه فرزندپروری مثبت» کاهش چشمگیری در اختلالات رفتاری کودکان، نوجوانان و سبک والدگری استبدادی والدین بوجود آمد (۱۴). همچنین افسردگی، اضطراب، استرس و تعارضات والدین در مورد مسائل تربیتی کودک و نوجوان نیز کاهش یافته و سازگاری زناشویی افزایش یافته بود. در ضمن این نتایج تا ۲ سال پیگیری هم باقی مانده بود (۱۵). سوودسکی و همکاران (۱۶) اثر بخشی درمان‌های مبتنی بر آموزش والدین ویژه نوجوانی بر رفتارهای پرخاشگری را مورد مطالعه قرار دادند که نتایج حاکی از اثر بخشی رویکرد مورد نظر بر مشکلات رفتاری نوجوانان بود.

کزدین<sup>۱</sup> و همکاران (۱۷) اثر بخشی رویکرد درمانی فرزندپروری مثبت و حل مساله را بر رفتارهای ضداجتماعی کودکان مورد مطالعه قرار دادند. در مطالعه فوق والدین پس از تشخیص علائم مشکلات رفتاری در کودکانشان، در برنامه‌های درمانی شرکت نمودند. نتایج مطالعه نشان داد که برنامه درمانی موجب کاهش پرخاشگری، افزایش سازگاری و کاهش مشکلات روابط با والدین و همسالان می‌گردد.

شخصیت آدمی در دوران کودکی و نوجوانی پیریزی می‌شود. میزان مفید بودن او به چگونگی شکل‌گیری شخصیت وی و حل مسائل و مشکلات او در دوران کودکی و نوجوانی بستگی دارد. به منظور رشد و پیشرفت جامعه، همه افراد و مؤسسات بهداشت روانی موظف به توجه به مسائل کودکان و نوجوانان و مهیا کردن زمینه برای فرآیند تشخیص و

<sup>1</sup> Kazdin

درمان مشکلات آنان هستند (۱۸). بنابراین با توجه به شیوع چشمگیر این اختلال و تاثیر آن بر عملکردهای درون فردی و بین فردی، توسعه و طراحی راهبردهای درمانی برای کاهش اثرات مخرب این اختلال در زندگی کنونی و آینده نوجوان، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به مطالب عنوان شده هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر سبک‌های فرزندپروری والدین بر علائم اختلال سلوک نوجوانان می‌باشد.

### روش کار

روش مطالعه حاضر شبه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد، بدین صورت که از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز درمانی، پس از مصاحبه تشخیصی DSM-IV و چک لیست رفتاری نوجوان، ۲۰ نوجوان با علائم تشخیصی اختلال سلوک، کسب موافقت والدین و خود نوجوان بصورت

در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. نوجوانان گروه آزمایش به همراه والدینشان پس از توافق در مورد اهداف جلسات، در درمان گروهی شرکت نمودند. گروه آزمایش درمان ۱۰ جلسه‌ای فرزندپروری مثبت (حضور جداگانه والد و فرزند در هر جلسه) را دریافت نمودند. ساختار جلسات بصورت گروه‌درمانی بوده و هر جلسه با ارائه تکلیف، بازرسی تکلیف جلسه قبل و بازی نقش تکنیک‌های آموخته شده، اداره می‌گردید.

در این پژوهش از برنامه مداخله‌ای فرزندپروری نوجوان (ساندرز، ۲۰۰۶) استفاده شد (۱۹). این برنامه با رویکرد شناختی- رفتاری و با تأکید بر روابط بین والدین و نوجوانان، یک مدل چندگانه آموزشی در زمینه مدیریت رفتار والدین و نوجوان ارائه می‌دهد که کلیات جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ساختار جلسات مداخله والدین

جلسه ۱	آشنایی والدین با مفهوم و ویژگی‌های نوجوانی، شناسایی ناپنجاری‌های رفتاری والدین، بررسی نقض‌های سلسله قدرت در خانواده، آشنا نمودن نوجوانان با رویکرد درمانی
جلسه ۲	شناسایی رفتارهای مثبت نوجوان به همراه والدین و آموزش شیوه تحسین این رفتارها، آموزش تعامل مثبت بین والد-نوجوان با شناسایی علایق نوجوانان
جلسه ۳	نادیده گرفتن رفتارهای منفی، شناسایی ضعف در دستورات والدین، توافق بر سر تکنیک مدیریت مشروط بین والدین و نوجوانان مثلاً "اگر درست را تا ساعت ۶ تموم کنی می‌تونم از کامپیوتر استفاده کنی"، آموزش شیوه‌های پاداش دهی به والدین و شناسایی نیازهای نوجوان
جلسه ۴	آموزش ایجاد تعهد رفتاری بین نوجوان و والدین (نوشتن تعهد کتبی بین نوجوان و والد برای اجرای تعهدات فی مابین)، آموزش تکنیک آرام سازی و تنفس عمیق به والدین جهت نظارت بر اجرای آن در نوجوانان
جلسه ۵	آموزش حذف پاداش یا تخفیف پاداش در صورت انجام رفتار نامناسب از جانب نوجوان (مثلاً پرخاشگری و فحش دادن منجر به کاهش پاداش می‌شود)، شناسایی عوامل برانگیزنده خشم در نوجوان و آموزش روش کنترل آنها
جلسه ۶	آموزش تکنیک محرومیت ویژه نوجوان (اگر درس نخوانی، نیم ساعت از تماشای تلویزیون محروم می‌شوی)، مرتبط کردن تکنیک‌های آرام سازی با موقعیت‌های واقعی
جلسه ۷	آموزش استفاده از تکنیک‌های قابل بحث (آموزش تکنیک حل مسأله به والدین)
جلسه ۸	آموزش تکنیک ارتباط موثر (شناسایی آسیب‌های پیام مثلا بجای توهین، دخالت و دادزدن استفاده از روش‌های حل مسأله مناسب)
جلسه ۹	شناسایی تحریفات شناختی والدین (مثلا افکار کمالگرایانه نسبت به نوجوان) و جایگزینی با افکار مناسب
جلسه ۱۰	جمع بندی نهایی و مرور مجدد تکنیک‌ها بین والدین

## جدول ۲. ساختار جلسات مداخله نوجوانان

جلسه ۱	آشنایی نوجوانان با مفهوم و ویژگی‌های نوجوانی، آشنا نمودن نوجوانان با رویکرد درمانی، تعیین اهداف درمانی
جلسه ۲	توافق با نوجوانان در زمینه علایق و گذراندن اوقات فراغت با والدین
جلسه ۳	توافق با نوجوانان در زمینه تکنیک مدیریت مشروط و توافق در زمینه پاداش‌ها
جلسه ۴	آموزش ایجاد تعهد رفتاری بین نوجوان والدین (نوشتن تعهد کتبی بین نوجوان و والد برای اجرای تعهدات فی مابین)، آموزش تکنیک آرام سازی و تنفس عمیق به نوجوانان
جلسه ۵	شناسایی عوامل برانگیزنده خشم در نوجوان و آموزش روش کنترل آنها
جلسه ۶	آگاه سازی نوجوان از اجرای تکنیک محرومیت ویژه نوجوان
جلسه ۷	آموزش استفاده از تکنیک‌های قابل بحث (آموزش تکنیک حل مسئله به نوجوان)
جلسه ۸	آموزش تکنیک ارتباط موثر (شناسایی آسیب‌های پیام مثلا بجای توهین، دخالت و دادزدن استفاده از روشهای حل مسئله مناسب)
جلسه ۹	شناسایی تحریفات شناختی نوجوانان (مثلا افکار کمالگرایانه نسبت به نوجوان) و جایگزینی با افکار مناسب
جلسه ۱۰	جمع بندی نهایی و مرور مجدد تکنیک‌ها بین نوجوانان

## ابزارها

## پرسشنامه پر خاشگری کودکان و نوجوانان

پرسشنامه پر خاشگری کودکان و نوجوانان ابزار خود گزارشی جهت سنجش شدت خشم و مهارت‌های اجتماعی کودکان و نوجوانان است که توسط نیلسون و فنچ (۲۰) ساخته شده است، این آزمون برای سنین ۶ تا ۱۶ سال تهیه شده و سطوح اول ابتدایی تا دبیرستان را شامل می‌شود. پرسشنامه شامل ۳۹ عبارت و چهار زیر مقیاس؛ ناکامی، پر خاشگری بدنی، روابط با همسالان روابط با مراجع قدرت است که در قالب چهار گزینه «توجه نمی‌کنم=۱، مرا آزار می‌دهد=۲، واقعاً ناراحت می‌شوم=۳ و عصبانی می‌شوم=۴» عبارات نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره‌ای که آزمودنی کسب می‌کند ۳۹ و حداکثر آن ۱۵۶ است. مجیدیان (۲۱) این آزمون را بر روی ۱۶۰۴ نفر از دانش آموزان اجرا نمود، نتایج ضریب باز آزمایی این ابزار ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ بدست آمده است. همچنین ثبات درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمده است.

## پرسشنامه علائم مرضی CSI-4

این پرسشنامه، ابزار غربالگری برای شایع ترین اختلالات روانی کودکان بوده که بر اساس DSM تنظیم شده و شامل دو چک لیست والدین و معلمان است. اولین فرم

آن در سال ۱۹۸۴ توسط اسپرافکین<sup>۱</sup> و همکاران بر اساس طبقه بندی DSM-III تهیه گردید. بعدها در سال ۱۹۸۷ فرم CSI-3R به دنبال انتشار طبقه بندی DSM-III-R تهیه شد و با چاپ DSM-IV در سال ۱۹۹۴ فرم CSI-4 توسط اسپرافکین تجدیدنظر شد. این فهرست علامتگذاری شامل ۱۱۲ ماده است که ۱۲ ماده آن مربوط به اختلال سلوک است. هر عبارت در چک لیست، در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (هرگز، گاهی، اغلب و بیشتر اوقات) پاسخ داده می‌شود. محققین مختلف از این وسیله به عنوان ابزاری مناسب در شناسایی و غربالگری نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک یاد می‌کنند (۲۲). پرسشنامه CSI-4 به دو روش متفاوت نمره گذاری می‌شود: (۱) روش برش غربال کننده، (۲) روش نمره گذاری شدت. برای اکثر اختلالات، از روش غربال کننده استفاده می‌شود که در این روش، عبارات «هرگز» و «گاهی اوقات» صفر و عبارات «اغلب» و «بیشتر اوقات» 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 می‌باشد، مقایسه می‌گردد. چنانچه نتایج، مساوی یا بیشتر از نمره معیار علامت باشد؛ نمره غربال کننده، بلی خواهد بود. در این

<sup>1</sup> Sprafkin

### یافته‌ها

جدول ۳ داده‌های جمعیت شناختی را نشان می‌دهد. یافته‌های توصیفی حاصل از ابزارهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۳. خلاصه یافته‌های جمعیت شناختی

سن	سن والدین	تحصیلات والدین	میانگین
۱۳/۸۷	۳۷/۶۵	۱۳	انحراف استاندارد
۰/۷	۴	۳/۲	

صورت فرد، اختلال دارد و در صورتی که نتایج، پایینتر از نمره معیار علامت باشد، نمره برش غربال کننده، خیر است. در مطالعات مختلف روایی و پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است. در این راستا، گرو<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۳۶ کودک مبتلا به اختلالات هیجانی، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آزمون مجدد، حدود ۰/۷ تا ۰/۸ گزارش کرده‌اند (۲۲). لازم به ذکر است ارزیابی‌های تشخیصی توسط پژوهشگر دوم مطالعه و ارائه روش‌های درمانی توسط پژوهشگر اول مطالعه انجام شده است.

<sup>۱</sup> Grou

جدول ۴. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های علائم اختلال سلوک و خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری مراحل پیش و پس‌آزمون

منبع تغییرات	پر خاشگری	ناکامی	پر خاش بدنی	پر خاشگری در روابط با همسالان	پر خاشگری در روابط با مراجع قدرت	علائم سلوک	گروه اختلال سلوک	
							پیش	آزمون
میانگین	۱۲۱/۹۴	۳۱/۱۸	۲۹/۶۲	۲۹/۲۵	۳۱/۹۳	۲۶/۷۸	پیش	۲/۸
انحراف استاندارد	۲۳/۷۶	۷/۸	۶/۵	۵/۷	۹/۲	۲/۸	آزمون	۱۹/۵۶
میانگین	۱۰۳/۵	۲۲/۸۷	۲۴/۶۲	۲۴/۲۵	۲۶/۳۱	۱۹/۵۶	پس	۵/۷
انحراف استاندارد	۲۹/۸۴	۵	۵/۳	۵/۴	۶/۹	۵/۷	آزمون	۲۳
میانگین	۱۰۲/۸۳	۲۸/۵	۲۶/۲۵	۲۵/۵	۲۲/۹۳	۲۳	پیش	۳/۵
انحراف استاندارد	۱۶/۸۵	۷	۴/۷	۳/۵	۶/۶	۳/۵	آزمون	۲۳/۱۲
میانگین	۹۷/۷۵	۲۷/۴۳	۲۵/۷۵	۲۴/۰۶	۲۳/۳۱	۲۳/۱۲	پس	۳/۴
انحراف استاندارد	۲۶/۶۱	۶/۶	۴	۳/۳	۵/۶	۳/۴	آزمون	

بررسی نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها نشان داد در پس‌آزمون و پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون در میانگین علائم سلوک ( $F=۱۰/۵۵, p=۰/۰۰۳$ )، خرده‌مقیاس‌های ناکامی ( $F=۱۶/۲۸, p=۰/۰۰۱$ )، پرخاشگری بدنی ( $F=۱۸/۱۳, p=۰/۰۰۱$ ) و پرخاشگری در روابط با همسالان ( $F=۱۸/۹۴, p=۰/۰۰۱$ ) تفاوت معنادار وجود دارد و پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه در پرخاشگری ( $F=۰/۰۱, p=۰/۰۸$ ) و پرخاشگری در روابط با مراجع قدرت ( $F=۳/۳, p=۰/۱$ ) تفاوت معناداری مشاهده نشد.

یافته‌های توصیفی نشان می‌دهند که شرکت در برنامه آموزش والدین، به کاهش میانگین گروه در کلیه خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری و علائم اختلال سلوک منجر شده است. تحلیل آزمون‌های چندگانه اثرات اصلی و تعاملی عامل‌ها را با معیار ویلکز لامبدا، نشان می‌دهد که متغیر مستقل در مدل تفاوت معناداری ایجاد کرده است ( $F=۹/۵, p=۰/۰۰۱$ ). در جدول ۵ مقادیر نمرات سلوک و پرخاشگری در بین دو گروه آموزش و گروه شاهد نشان داده شده است. به منظور تحلیل داده‌های ارائه شده در جدول ۴ از روش تحلیل کوواریانس پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی میانگین علائم سلوک و خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری

خرده‌مقیاس	مجموع مجزورات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری	مربع ایتای سهمی
علائم سلوک	۲۱۲/۴۳	۱	۱۰/۵۵	۰/۰۰۳	۰/۳
پرخاشگری	۹/۸	۱	۰/۰۱	۰/۸	۰/۰۰۱
ناکامی	۱۹۸/۸۲	۱	۱۶/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۴
پرخاشگری بدنی	۶۰/۵۴	۱	۱۸/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳
روابط با همسالان	۳۶/۹۷	۱	۱۸/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴
روابط با مراجع قدرت	۱۶/۱۷	۱	۳/۳	۰/۱	۰/۰۸

### بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش روش‌های فرزندپروری والدین موجب کاهش علائم اختلال سلوک در نوجوانان می‌گردد. نتایج این مطالعه با پژوهش معتمدی و زوبریک همسو است (۱۳، ۱۴). همچنین مطالعه حاضر نشان داد که آموزش سبک‌های فرزندپروری موجب کاهش پرخاشگری نوجوانان در سه خرده‌مقیاس (یعنی ناکامی، پرخاشگری بدنی و پرخاشگری در روابط با همسالان) می‌گردد. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های همسو است (۱۶، ۱۷، ۳۲). کامانسکی و همکاران در یک مطالعه فراتحلیلی اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری را بر مشکلات برون‌سازی مورد بررسی قرار دادند. نتایج مقدماتی نشان می‌دهد آموزش روابط مثبت بین والد-فرزند، استفاده از تکنیک‌های محرومیت، آموزش حل مساله به والدین و افزایش توانمندی شناختی فرزندان در کاهش مشکلات برون‌سازی نقش عمده‌ای دارد (۲۴). و دادیان و همکاران (۱۳) در مطالعه خود اثربخشی گروه درمانی چندخانواده‌ای بر حل تعارض والدین-نوجوانان و کاهش پرخاشگری فرزندان انجام دادند. نتایج تحلیل واریانس حاکی از تاثیر گروه درمانی خانواده بر تعارضات خانواده، عاطفه مثبت، گفت و شنود میان نوجوانان و والدینشان شده است. با این حال، تاثیر گروه درمانی در کاهش پرخاشگری نوجوانان از لحاظ آماری مورد تأیید واقع نشد. در حال حاضر رویکردهای برنامه‌های درمانی متنوعی برای کودکان و نوجوانان با مشکلات متفاوت

وجود دارد. عمده این مداخلات شامل مشاوره فردی، خانواده درمانی و گروه درمانی می‌باشد (۲۶، ۲۵). از این میان خانواده درمانی به جهت سهم قابل ملاحظه خانواده در ابعاد اجتماعی، هیجانی، بین فردی، اقتصادی و فرهنگی در زندگی فرزندان در پیشینه پژوهشی کار با کودک و نوجوان در بسیاری از اختلالات، بیشتر از دیگر درمان‌ها مقبولیت یافته است (۲۸، ۲۷). مطالعات تجربی در حوزه خانواده درمانی، نتایج مثبت این رویکرد در درمان مشکلات خوردن، مشکلات اضطرابی، بیش‌فعالی، اوتیسم و دیگر مشکلات روزمره کودکان و نوجوانان را گزارش می‌کنند (۲۹). مک کی و همکاران اثربخشی درمان گروهی با خانواده‌ها در نوجوانان اختلال سلوک بکار بردند. نتایج احساس مثبت نسبت به درمان و کاهش معنادار مشکلات رفتاری در نوجوانان را نشان دادند (۳۰). استون و همکاران (۱۹۹۶؛ نقل از مک دونالد و دیک) در مطالعه خود با هدف درمان نوجوانان اختلال سلوک، اظهار داشتند که این روش موجب کاهش تکانشگری و رفتارهای مخرب نوجوانان و برقراری ارتباطات نزدیکتر خانوادگی می‌شود (۳۱). بهر (۱۹۹۶؛ نقل از ادواردز) معتقد است افزایش عاطفه مثبت پدر و مادر نسبت به نوجوان موجب افزایش تعاملات مثبت میان نوجوانان و والدینشان می‌شود. هنگامی که نوجوان احساس می‌کند بدون قضاوت شدن و نصیحت شدن به صحبت‌هایش گوش فراداده می‌شود، بیشتر تمایل به صحبت در مورد درونیات خود و آنچه بر او گذشته است، دارد. احساس مورد توجه قرار گرفتن

و ارزشمند بودن که به واسطه شنیده شدن به نوجوان دست می‌دهد، می‌تواند احساس تعلق، دوست داشتنی بودن و لذت دوست‌داشتن را در نوجوان پرورش دهد (۳۲). کو و همکاران در این رابطه اظهار می‌دارند این رویکردها به خانواده‌ها آموزش می‌دهد تا با مشکل خود مواجه شده، روش‌های حل مسئله موثرتر بکار گیرند، آگاهی خود را در رابطه با مشکل ارتقا بخشیده و شبکه حمایت اجتماعی را گسترش دهند (۳۳). مهمترین خصیصه گروه درمانی خانواده گرد هم آمدن خانواده‌هایی که از مشکلی مشابه رنج دیده‌اند و تماس آنها با یکدیگر برای بکارگیری نیروها منابع درونی‌شان می‌باشد. خانواده درمانی گروهی با فراهم آوردن فرصتی جهت ارتقای مهارت‌های اجتماعی، فضایی را برای خانواده‌ها، جهت طرح نگرانی‌ها و دریافت حمایت از دیگر خانواده‌ها فراهم می‌آورد. این فضا به خانواده‌ها اجازه می‌دهد تا تعاملات جدیدی را با دیگر اعضا، شکل داده و احساس تنهایی کمتری را تجربه نمایند. چنین محیطی برای والدین و فرزندان، شرایط افزایش تعاملات موثر را ایجاد می‌کند. در این رویکرد از یک طرف با مطرح شدن مساله و ترغیب اعضا به بیان هیجانات همراه با آن، هم نوجوانان و هم والدین، فرصت تماشای احساساتی را که شاید هرگز مطرح نشده بود پیدا می‌کنند و از طرف دیگر به واسطه ارائه تکلیف و آموزش نحوه حل مساله و تعارض می‌آموزند که چگونه نسبت به این هیجانات مطرح شده، واکنش نشان دهند. همچنین اعضا با

دیدن خود و اعضای خانواده‌شان، در آینه دیگر خانواده‌ها، می‌توانند به درک بهتری از شرایط موجود دست پیدا کرده و نقش خود را در ایجاد و ابقای مشکل راحت تر بپذیرند (۳۴). نتایج مطالعه حاضر نشان داد آموزش مهارت‌های فرزندپروری در میزان پرخاشگری و پرخاشگری در روابط با مراجع قدرت تاثیر معناداری نداشته است. تبیین‌هایی که برای رابطه بدست آمده می‌توان عنوان کرد این است که شدت مشکلات رفتاری نوجوانان خیلی بالا نبوده و اکثر شکایات والدین شامل عدم کنترل خشم، لجاجتی، روابط متعدد با جنس مخالف بوده و گزارشی از دزدی، درگیری با مراجع قدرت، آتش سوزی و... مشاهده نگردیده است. بنابراین میزان تغییر مشکلات رفتاری و به عبارتی قدرت اثر مداخله خیلی بالا نبوده است. همچنین جهت کنترل خشم جلسات متعددی درمانی با اهداف کنترل خشم ویژه نوجوانان، می‌تواند سهم بسزایی در کاهش این مشکلات داشته باشد. مطالعه حاضر با برخی از محدودیت‌ها مواجه بود. در برخی جلسات نوجوانان حاضر به همکاری در اجرای تکنیک‌ها نشده و برخی جلسات انفرادی برای ارائه منطقی‌های تکمیلی ضرورت می‌نمود. برخی پدران اعتقادی به انجام تکنیک‌ها نداشته و در جلسات بصورت منظم حاضر نمی‌شدند.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی پاشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه مهاباد می‌باشد.

### References

- 1- Abulnaja, K O. Changes in the hormone and lipid profile of obese adolescent Saudi females with acne vulgaris . Braz J Med Biol Res, 2009; 42(6) ,501-505
- 2- Xiaojia Ge, Rand D. C and, Glen H. E. The Relation between Puberty and Psychological Distress in Adolescent Boys. J of Research on Adolescence. 2001;11(1), 49-70
- 3- Arnett JJ. Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For? J Child Develop Perspect. 2007; 1(2): 68-73
- 4-Golub JS. Abusive and no abusive parents' perceptions of their children's behavior: an attributional analysis. Unpublished PhD dissertation. University of Los Angeles, CA. 1984.45-76



- 5- Engfer A, Schneewind KA. Causes and consequences of harsh parental punishment: an empirical investigation in a representative sample of 570 German families. *J Child Abuse and Neg.* 1982;6: 129-139.
- 6- Sedlar TG, Hansen DJ. Anger, child behavior, and family distress: Further evaluation of the parental anger inventory. *J Famil Viol.* 2001;16: 361-373.
- 7- Christopher RT. Disruptive behavioral disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive text book of psychiatry.* 8th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins. 2005: 3205-16.
- 8- Schroeder C, Gordon B. assessment and treatment of child problem. Translated by FirrozBaxt M. Dange Press. Tehran.2013, 54-55
- 9- Shamlou S. *Mental health.* Tehran: Roshd Press. 2004. 55
- 10- Sadock B, Shaddock VA. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry.* translated by Rezaye F. Tehran: Arjomad press. 2007.743-755
- 11- Van-Deweil NM, Van-Goazen SH, Mattys W, Snock H, Van-England H. Cortical and treatment effect in children with disruptive behavioral disorder: a preliminary study. *J Child Adoles Psych.* 2004; 43(8): 1011- 8.
- 12- Karimi H, Hemmati A, Haghigi M, Ahmand-Panah M, Mohamad BH. comparing efficacy of Group anger control ad relation skill on addiction use. *J Behav Research.* 2013;11(2):129-130.
- 13- Motamedi M, Attari A, Seyavash M, Shakibaye F, Azhar M, Jafari R. the efficacy of counselling and parenting on cortisol and behavior problem in child and adolescent disruptive behavior. *J Med scien Arak.* 2007;10(4):1-7.
- 14- Vedadeyan Z, Hashem-Abad A. efficacy of group family therapy on parent-child conflicts and aggression. *J clinc psy Rev,* 2011; 4(1):20-33.
- 15- Turner, Karen M. T., and Matthew R. Sanders. Help when it's needed first: a controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *J BehavnThera,* 2006; 37, (2) 131-142.
- 16- Sukhodolsky D, Martin A. Parent Management Traning: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescent. *J Am Acade of Child & Adoles Psych.* 2006; 45 (2): 256-257
- 17- Kazdin A. *Conduct disorder in childhood and adolescent.* New Bury park. CA: Sage publication.1987.321-354
- 18- Foster EM. Expenditures and sustain ability in seystems of care. *J Emotion and BehavDisord.* 2001;9(1): 53-62
- 19- Sanders M. Help when it's needed first: a controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *J Behavi Ther.* 2006; 37 2): 131-42.
- 20- Nelson W, Finch A. *Children inventory for angry: Manual.* LosAngeles, CA: Western Psychological Service. 2000.1-5
- 21- Majdeyan M. *Child and adolescent aggression questioner.* Azmoon Yar institute Press. 2008.1-9
- 22- Jafari B. Efficacy of positive parenting skill in mother mental health and child ADHD. MA Thesis of Tehran University.1387, 23
- 23- Eisler I, Lemmens G, buysse A, Demyttenaere K. The effects on mood of adjunctive single family and multip family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression. *J Psychotherap and psychosom.* 2009; 78; 98-105.
- 24- Kaminski W, Valle LA, Filene JH, Boyle C. A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *J Abnorm child Psych.* 2008; 36(4): 567-589
- 25- Dennison TS. *A Multiple family group therapy program for at risk adolescents and their families.* Us: Charles C Thomas publisher. 2005.46-47
- 26- Hazel NA, McDonell MG, Short RA, Berry CM, Voss WD, Rodgers ML, Dyck DG. Impact of multiple family groups for outpatients whit schyzophrenia on carginer'sdistress and resourees. *J Psych serv.* 2004; 55: 35-41.
- 27- French M, Zavala SK, McCollister KE, Waldron HB, Turner CW, Ozechowski TJ. Cost effectiveness analysis of four intervention for adolescents with a substance use disorder. *J Subst abuse treat.* 2008; 34: 272-281

- 28- Schaefer G. Multiple family group therapy in a drug and alcohol rehabilitation center: Journal of resident's experience. Social science. 2008; 29: 17-24.
- 29-Hudson LJ, Rapee RM. Psychopathology and the family. US: Library of Congress. 2005.5
- 30-Mckay M, Harrison M, Conzales J, Kim L, Quintana E. Multiple family groups for urban children with conduct difficulties. J psych assoc 2002; 53: 422-438.
- 31-MCdonall MG, Dyck DG. Multiple family group treatment as an affective intervention for children with psychological disorders. J Clinic psych rev 2004; 24:685-706.
- 32- Edwards SA. The essential elements of multifamily group therapy: a delphi study. Unpublished doctoral dissertation, polytechnic university, Virginia. 2001.76-77
- 33- Chow W, Law S, Andermann L, Yang J, Leszcz M, Wong J, Sadavoy J. Multifamily psycho educational group for assertive community treatment clients and families of culturally diverse background: a pilot study. J Communi menta heal. 2010; 46: 364-371.
- 34- Pineda J, Dadds M. Family Intervention for Adolescents with Suicidal Behavior: A Randomized Controlled Trial and Mediation Analysis. AM J academ Child and Adoles Psy. 2013; 52(8): 851-862