

# مقایسه اثربخشی الگوی مشورت رفتاری مشترک با آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری بر کاهش نشانگان درونی سازی و برونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله شهر تهران

زهرا کاشانی نسب<sup>۱</sup>

دکتر ولی الله فرزاد<sup>۲</sup>

دکتر شکوه نوابی نژاد<sup>۳</sup>

دکتر مهدی زارع بهرام آبادی<sup>۴</sup>

## چکیده

مهم‌ترین عامل بروز مشکلات هیجانی و رفتاری در فرزندان محیط خانواده است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی الگوی مشورت رفتاری مشترک با آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری بر کاهش نشانگان درونی سازی و برونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله شهر تهران بوده است. روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. به این منظور، از میان مادرانی که با توجه به پرسشنامه سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) فرم سیاهه رفتاری کودکان (CBCL) و انجام یک مصاحبه نیمه ساختاریافته، مطابق با معیارهای این پژوهش بودند، در مجموع ۴۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و به روش تصادفی در چهار گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند (هر گروه ۸ نفر). گروههای آزمایشی هفته ای یک بار و به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مورد آموزش قرار گرفتند؛ درحالی که گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. یافته‌ها نشان دادند که نمره کلی نشانگان درونی سازی و برونی سازی کودکان کاهش معناداری داشته است. تغییرات ایجاد شده در پیگیری ۳۰ روزه نیز ماندگار بود. از این رو، آموزش والدین می‌تواند بر کاهش نشانگان درونی سازی و برونی سازی کودکان مؤثر باشد.

**کلید واژگان:** الگوی مشورت رفتاری مشترک، آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری، نشانگان درونی سازی، نشانگان برونی سازی

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۱ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۹

z.kashaninasab@yahoo.com

۱. دانشجوی دکتری رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران

vfarzad@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، نویسنده مسئول

navabinejad@yahoo.com

۳. استاد تمام، دانشگاه خوارزمی

mz.bahramabadi@gmail.com

۴. دانشیار گروه علوم رفتاری مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی، سازمان سمت

## مقدمه

امروزه گرچه شاهد علاقه بسیار به مراقبت و درمان کودکان مبتلا به اختلال رفتاری هستیم، اما این امر در حوزه بهداشت روانی پدیده ای نسبتاً جدید است. پیشینه بهداشت روانی کودک را به وضوح تنها تا اوایل قرن بیستم می توان ردیابی کرد و شباهتی به پیشینه درمان بزرگسالان که رد آن را می توان- با تکیه بر اعمالی مانند سوراخ کردن جمجمه با مته یا جن گیری- در تمدنهای قدیم گرفت ندارد (کراتوچویل و موریس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸، ترجمه نائینیان، ۱۳۸۸). فریک و سیلورتن<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۱ اعلام کردند که تحقیقات بسیاری به این نتیجه رسیده اند که مشکلات اساسی هیجانی کودک را میتوان عمدتاً در دو بعد گسترده طبقه بندی کرد. این طبقه بندی کلی از مشکلات رفتاری دوران کودکی را نخستین بار در سال ۱۹۴۹ آکرسون<sup>۳</sup> انجام داد. وی برخی سندرمها مانند اضطراب، افسردگی و شکایات جسمانی را در طبقه درونی سازی و برخی مانند پرخاشگری و بزهکاری را در طبقه برونی سازی جای داده بود. این تفکیک اساسی میان مشکلات درونی سازی و برونی سازی بعدها با انجام گرفتن تعدادی مطالعات تحلیل عاملی مانند مطالعه کوی<sup>۴</sup> در سال ۱۹۸۶ و مطالعات تحلیل عاملی آخنباخ و ادلبروک<sup>۵</sup> در سال ۱۹۷۸ و آخنباخ در سال ۱۹۹۵ مورد تأیید قرار گرفت (چوپانی، ۱۳۹۳). تاثیر طبیعت بر علل تفاوت شخصیت و خلق و خو سالها موضوع بحث و مناقشه بوده است. عوامل ارثی و محیطی نقشی اساسی در تشکیل خلق و خو دارند، اما نقش نسبی هریک از این عوامل ناشناخته است. در سالهای ۱۹۵۰ نقش تربیت برجسته بود. پژوهشگران اعتقاد داشتند که عوامل محیطی مانند تربیت والدین منشأ بسیاری از تفاوتهای خلق و خو در میان کودکان است. در ادامه تحقیقات، دیدگاه طبیعی مورد توجه قرار گرفت. طبق این دیدگاه، تفاوت خلق و خو به طور کلی مربوط به تأثیر عوامل ارثی و مادرزادی است. گروه دیگری از پژوهشگران مدلی ابداع کردند که در آن تأثیر عوامل محیطی و ارثی با یکدیگر مشارکت داشتند. طبق این مدل، طبیعت و تربیت دو روی یک سکه هستند و هر یک از آنها با درجاتی متفاوت به تشکیل خلق و خو کمک می کنند. تربیت والدین نقش مهم دارد، اما آنها باید در چارچوبی که طبیعت فراهم کرده است، کار کنند (مکنزی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱، ترجمه فرهنگ بیگوند، ۱۳۸۸). روانشناسی آدلری بر این باور است که می توان منشأ اختلالهای رفتاری و هیجانی را به برخی

- 
1. Kratochwill, T. R. & Morris
  2. Frick & Silverthorn
  3. Ackerson
  4. Quay
  5. Achenbach & Edelbrock
  6. Mackenzie, R.

شرایط و تجارب اساسی و معمول دوره کودکی ربط داد. این شرایط اگرچه علی به مفهوم جبرگرایانه سفت و سخت آن نیستند، اما خاستگاهی مناسب برای پیدایش "استعداد روان رنجوری" فراهم می کنند (پروت و براون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷، ترجمه فرهی، ۱۳۹۱). کودکان در دنیای بزرگسالان متولد می شوند و خیلی زود به ضعفها و وابستگی خود به بزرگسالان آگاه می شوند. در اکثر موارد، آنها به این احساس غلبه می کنند و جایگاه خود را میان همسالان و بزرگترها پیدا می کنند. رفتارهای نابهنجار هنگامی بروز می کنند که کودکان در غلبه به این احساس حقارت شکست بخورند. آنها به اشتباه، نگرشهای غلطی را درباره خودشان و دنیای پیرامونشان شکل می دهند و در پی آن رفتارهایی را پیش می گیرند که آنها را در برابر این دیدگاه محافظت کنند. آنها خود-محور می شوند و در دستیابی به احساس علاقه اجتماعی ناکام می مانند. یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار در این زمینه، بافت خانوادگی افراد است که به طرق گوناگون از علاقه اجتماعی جلوگیری می کند. اینها عموماً خانواده هایی هستند که رقابت، بی توجهی، سلطه گری، بهره کشی یا نازپرورده کردن بر آنها حکمفرماست (سانستگارد و بتر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). الگوی مشورت رفتاری مشترک، شکل گسترش یافته مشورت مراجع-محوری سنتی (معلم یا والد) است که بر رشد و یادگیری کودک تأکید دارد و ابزاری است که از طریق آن خدمات سازنده راه حل-محور و هدف-محور برای کودکان فراهم می شود. نخستین هدف الگوی مشورت رفتاری مشترک، تقویت دستاوردهای تحصیلی، اجتماعی-عاطفی، و رفتاری کودکان از طریق طرح ریزی مشترک، دوسویه و میان-سیستمی است. هدف دوم، تقویت فعالیتهای والدین درون یک بافت حساس فرهنگی و رشدی است و در نهایت، الگوی مشورت رفتاری مشترک بر آن است تا رابطه میان سیستمها را تقویت کند. این امر از طریق (۱) پرداختن به نیازها و نگرانیهای افراد شرکت کننده در طرح مداخله ای، (۲) تقویت حمایتیهای اجتماعی و افزایش همکاری در میان سیستمها، و (۳) رشد و گسترش مهارتها و شایستگیهای والدین و معلمان، صورت می گیرد (شریدان<sup>۳</sup> و کراتچویل، ۲۰۰۷). در روش مشورت رفتاری مشترک، مشاور به هدایت جلساتی می پردازد که در آنها والدین و معلمان در مورد مشکلات دانش-آموز بحث می کنند، اطلاعات و داده های اولیه را گردآوری می کنند، یک مداخله درمانی طراحی می کنند، مداخلات درمانی را به کار می گیرند و همچنین در مورد کارایی مداخلات به بحث می-نشینند (کالیرمیک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). در نگاه کلی، برنامه های آموزش والدین بر درمان ناسازگارانه خردسالان

1. Prout, H. T. & Brown, D.
2. Sonstegard, M. A. & Bitter, J. R.
3. Sheridan, S. M.
4. Collier-Meek, M. A.

خردسالان متمرکز است. در این برنامه، والدین هستند که باید برنامه معکوس کردن عادت را اجرا کنند یا رفتار خود و محیط را تغییر دهند تا فرزندشان مهارت‌های جدید را بهتر یاد بگیرد و رفتارهای منفی خودش را آسان‌تر کم کند. وانگهی بسیاری از برنامه‌های آموزش والدین که بر تعلیم فنون مدیریت رفتار متمرکزند، فنونی به والدین یاد می‌دهند که رشد بهینه فرزندشان در حوزه‌های گوناگون را تامین می‌کنند (شرودر<sup>۱</sup> و گوردون، ۲۰۰۲، ترجمه فیروزیخت، ۱۳۹۳). پژوهشهای متعددی از جمله اینانلو (۱۳۹۲)، حاج رضایی (۱۳۹۳)، ویلکینسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، مورمن کیم<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲)، شریدان و همکاران (۲۰۱۲) و ولز<sup>۴</sup> (۲۰۱۴)، الگوی مشورت رفتاری مشترک را مورد بررسی قرار داده و اثربخشی آن را بر کاهش رفتارهای مشکل زای کودکان نشان داده اند. همچنین، در پژوهشهای خدابخش و جعفری (۱۳۹۳)، سالم (۱۳۹۳)، گوتی‌ریز<sup>۵</sup> (۲۰۰۶)، بلالوک<sup>۶</sup> (۲۰۰۸)، اسمالز<sup>۷</sup> (۲۰۱۰) و کی مولر<sup>۸</sup> (۲۰۱۱) آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری بر رفتارهای ناسازگار کودکان مورد بررسی قرار گرفته و نتایج مثبتی را گزارش کرده اند. با توجه به مطالب ذکر شده و عنایت به نقش والدین و محیط خانواده در بروز مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی الگوی مشورت رفتاری مشترک با آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری بر کاهش نشانگان درونی سازی و برونی سازی کودکان، فرضیه های پژوهشی زیر را مورد بررسی قرار داده است:

۱. الگوی مشورت رفتاری مشترک بر کاهش نشانگان درونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله مؤثر است.
۲. الگوی مشورت رفتاری مشترک بر کاهش نشانگان برونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله مؤثر است.
۳. آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری بر کاهش نشانگان درونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله مؤثر است.
۴. آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری بر کاهش نشانگان برونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله مؤثر است.
۵. میان اثر بخشی الگوی مشورت رفتاری مشترک و آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری بر کاهش نشانگان درونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله تفاوت وجود دارد.
۶. میان اثر بخشی الگوی مشورت رفتاری مشترک و آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری بر کاهش نشانگان برونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله تفاوت وجود دارد.

1. Schroeder, C.
2. Wilkinson, L. A.
3. Moorman Kim, E.
4. Wells, L.
5. Gutierrez, S. R.
6. Blalock, E.
7. Smalls, C.
8. KayMueller, D.

## روش

## جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را مادران دارای فرزند دختر ۸ تا ۱۰ ساله تشکیل می‌دادند که در سه دبستان دخترانه در منطقه هفت آموزش و پرورش شهر تهران ثبت نام نموده بودند. تعداد کل این مادران ۱۲۸ نفر بود که از این تعداد ۸۲ نفر دارای فرزند با نشانگان درونی سازی، برونی سازی و یا هر دو بودند. روش نمونه گیری به شیوه هدفمند بود. از میان افرادی که با توجه به آزمون اجرا شده و انجام یک مصاحبه نیمه ساختاریافته، نمره T بالاتر از ۶۰ در نشانگان درونی سازی و برونی سازی کسب کرده بودند و تحت دارودرمانی نبودند، در مجموع ۴۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و به روش تصادفی در چهار گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند (هر گروه ۸ نفر). گروههای آزمایشی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای که به صورت هفته ای یکبار اجرا می‌شد مورد آموزش قرار گرفتند. به گروه کنترل هیچ گونه آموزشی داده نشد. پس از پایان جلسات آموزشی، از آزمودنیها ارزیابی مجدد به عنوان پس آزمون به عمل آمد و بعد از ۳۰ روز ارزیابی سوم به عنوان پیگیری انجام شد. اهداف موضوعهای مورد بحث در جلسات آموزشی، در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۱. اهداف جلسات آموزشی با رویکرد آدلری

| اهداف                                       | جلسات      |
|---------------------------------------------|------------|
| آشنایی و توجیه                              | جلسه اول   |
| معرفی برخی از مفاهیم رویکرد آدلری به والدین | جلسه دوم   |
| آشنایی با سبکهای فرزندپروری                 | جلسه سوم   |
| درک رفتار کودک                              | جلسه چهارم |
| تعامل مثبت و دلگرمی                         | جلسه پنجم  |
| مسئولیت پذیری                               | جلسه ششم   |
| حل تعارض و رهایی از اضطراب                  | جلسه هفتم  |
| بررسی نتایج و ارزیابی                       | جلسه هشتم  |

جدول شماره ۲. اهداف جلسات اجرایی الگوی مشورت رفتاری مشترک

| اهداف                                             | جلسات      |
|---------------------------------------------------|------------|
| آشنایی و توجیه                                    | جلسه اول   |
| تعیین نیازها (مشکل)                               | جلسه دوم   |
| تحلیل نیازها (مشکل) و توافق بر برنامه مداخله ای   | جلسه سوم   |
| اجرای برنامه مداخله ای: آموزش شیوههای تقویت مثبت  | جلسه چهارم |
| اجرای برنامه مداخله ای: آموزش شیوههای تقویت منفی  | جلسه پنجم  |
| اجرای برنامه مداخله ای: آموزش حل مسئله و آرامیدگی | جلسه ششم   |

|                                                  |           |
|--------------------------------------------------|-----------|
| ارزیابی مداخله درمانی: بررسی میزان پیشرفت        | جلسه هفتم |
| ارزیابی مداخله درمانی: بررسی نتایج و ارزیابی کلی | جلسه هشتم |

## ابزار سنجش

**الف) مصاحبه نیمه ساختارمند محقق ساخته:** این مصاحبه را پژوهشگر تهیه کرده و اطلاعاتی در زمینه سابقه تشخیص و درمان اختلالات روانی کودک، سابقه مصرف دارو در کودک، روابط والدین و نشانگان رفتاری بارز کودک در خانه و مدرسه به دست آورده است. این مصاحبه با والدین و معلمان مدرسه انجام شده است.

**ب) پرسشنامه سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) فرم سیاهه رفتاری کودکان (CBCL):** این پرسشنامه را در ایران مینایی در سال ۱۳۹۰ در جامعه آماری که شامل ۳۳۴ دانش آموز مدرسه شهر تهران و والدین و مربیان آنها بوده هنجار کرده است. در این پرسشنامه، از جمع نمرات ۳ مقیاس: اضطراب/افسردگی، گوشه گیری/افسردگی و شکایات جسمانی، مشکلات درونی سازی سنجیده و همچنین از جمع نمرات ۲ مقیاس: رفتار قانون شکنی و رفتار پرخاشگرانه، مشکلات برونی سازی سنجیده می شود. برای درونی سازی و برونی سازی، نمرات T بالاتر از ۶۳ در دامنه بالینی قرار می گیرد. در فرم والدین پاسخ دهنده، مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را درجه بندی می کند؛ این فرم دارای ۱۱۳ سؤال است و پاسخ دهنده بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماهه گذشته، هر سؤال را به صورت ۰=نادرست، ۱= تا حدی یا گاهی درست، و ۲= کاملاً یا غالباً درست، درجه بندی می کند. در نمره گذاری، برای هریک از مقیاسها ۳ نمره به دست می آید که عبارت است از: نمرات خام، رتبه های درصدی و نمرات T. نمرات خام با گرد آوری نمرات ۱، ۲، ۰، سؤالات مربوط به هر مقیاس به دست می آید. رتبه درصدی و رتبه T مربوط به هر مقیاس هم از روی جدول مربوط به پرسشنامه آخنباخ به دست می آید. مینایی برای برآورد همسانی درونی کلیه مقیاسهای سیاهه رفتاری کودک، پرسشنامه خود-سنجی و فرم گزارش والدین از ضریب آلفای کرونباخ استفاده نموده و برآورد شده که دامنه ضریب آلفای کرونباخ از ۰ تا ۱ بوده و ضریب ۰/۷۰ معمولاً به عنوان ملاک قابل قبول در نظر گرفته شده است. ضریب آلفای مقیاسهای شایستگی در سطح نسبتاً بالایی قرار داشته و دامنه آن از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ برای سیاهه رفتاری کودک و ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ برای پرسشنامه خود-سنجی است. ضرایب آلفای مقیاس انطباق کلی فرم گزارش معلم ۰/۸۳ است. همچنین برای برآورد ثبات زمانی نمرات مقیاسهای هر ۳ فرم از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و آزمون T برای نمونه های وابسته بهره گیری شده و مشخص

شده است که کلیه ضرایب همبستگی در سطح  $p < 0/5$  معنادار هستند. جهت برآورد میزان توافق میان پاسخ دهندگان گوناگون با بهره گیری از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون مشخص شده که میانگین ضرایب همبستگی با روش تبدیل Z فیشر به این شرح است: همبستگی میان والدین ۰/۹۵، همبستگی میان جفت معلم ۰/۶۴، و همبستگی میان معلمان و کودکان ۰/۲۵ است. مینایی برای تعیین قدرت تشخیص سؤال از روش همبستگی چند رشته ای استفاده کرده و برای بررسی قدرت تشخیص سؤالات، از کل نمونه هنجاریابی یک تحلیل صورت داده است و میانه قدرت تشخیص سؤالات به دست آمده از مقیاسهای ۳ فرم دلیلی بر روایی فرمهاست. همچنین بررسی ضرایب همبستگی نشان داده که کلیه ضرایب همبستگی حاکی از روایی ملاکی فرمهای آخنباخ است. به منظور مطالعه روایی سازه مقیاسهای آخنباخ و روابط درونی مقیاسها و تمایزگذاری گروهی، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده و همه ضرایب حاصله در سطح  $P < 0/10$  از لحاظ آماری معنادار است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۵، ترجمه مینایی، ۱۳۹۰).

### یافته‌ها

اطلاعات به دست آمده از بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیها نشان داده که ۵۵٪ آزمودنیها دارای کودک در گروه سنی ۸ تا ۹ سال، و ۴۵٪ آزمودنیها دارای کودک در گروه سنی ۹ تا ۱۰ سال بودند. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت کنندگان را در پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف معیار گروهها در پیش آزمون و پس آزمون

| گروه                      |            | پیش آزمون |              | پس آزمون |              |
|---------------------------|------------|-----------|--------------|----------|--------------|
|                           |            | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |
| آموزش براساس رویکرد آدلری | درونی سازی | ۱۳        | ۲            | ۳,۷۵     | ۱,۶۶۹        |
|                           | برونی سازی | ۱۹,۲۵     | ۱,۴۸۸        | ۶        | ۱,۶۹۰        |
| الگوی مشورت رفتاری مشترک  | درونی سازی | ۱۳,۷۵     | ۱,۴۸۸        | ۵,۶۲۵    | ۱,۱۸۷        |
|                           | برونی سازی | ۱۷,۲۵     | ۲,۱۸۷        | ۵,۵      | ۲,۰۷         |
| کنترل                     | درونی سازی | ۱۳,۱۲۵    | ۱,۳۵۶        | ۱۳       | ۲,۷۲۵        |
|                           | برونی سازی | ۱۹        | ۱,۷۷۲        | ۱۸,۷۵    | ۳,۵۷۵        |

به منظور بررسی یکسانی نمرات میان گروهها در مرحله پیش آزمون، از تحلیل واریانس یک عاملی (یکراهه) استفاده شده و نتایج در جدول ۴ و ۵ آمده است. نتایج نشان می دهد نشانگان برونی سازی و درونی سازی در میان کودکان در مرحله پیش آزمون تفاوت معنادار نداشته است.

جدول شماره ۴. تحلیل واریانس یک عاملی برای نشانگان برونی سازی

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجات آزادی | میانگین مجزورات | F    | معناداری |
|--------------|---------------|-------------|-----------------|------|----------|
| میان- گروه   | ۱۹            | ۲           | ۹/۵             | ۲/۸۱ | ۰/۸۳     |
| درون- گروه   | ۷۱            | ۲۱          | ۳/۳۸            |      |          |
| کل           | ۹۰            | ۲۳          |                 |      |          |

جدول شماره ۵. تحلیل واریانس یک عاملی برای نشانگان درونی سازی

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجات آزادی | میانگین مجزورات | F    | معناداری |
|--------------|---------------|-------------|-----------------|------|----------|
| میان- گروهی  | ۲,۵۸          | ۲           | ۱,۲۹            | ۰/۴۸ | ۰/۶۲۵    |
| درون- گروهی  | ۵۶,۳۸         | ۲۱          | ۲,۶۸            |      |          |
| کل           | ۵۸,۹۶         | ۲۳          |                 |      |          |

برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون و پیش آزمون گروههای آزمایشی با نشانگان برونی سازی، از آزمون تحلیل واریانس تک عاملی با اندازه گیری مکرر روی یک عامل استفاده شد. پیش از تحلیل دادهها، مفروضه‌های این روش آزمایش مورد بررسی قرار گرفته است.

به منظور بررسی همگنی ماتریسهای کوواریانس از آزمون Box's M استفاده شده است؛ مقدار ام باکس نشان داده که ماتریسهای کواریانس مشاهده شده در گروهها یکسان هستند ( $\text{Box's } M = 8.362, F = 1.064, P = 0.382$ )

نظر به اینکه ام باکس معنادار نیست، با توجه به مقدار Wilks' Lambda نتیجه می‌شود که نمرات درون آزمودنیها تفاوت معنادار دارد ( $\text{Wilks' } \Lambda, F = 262.377, p < .05, \text{Eta Squared} = .963$ )

به منظور بررسی تساوی واریانسها در متغیرهای وابسته از آزمون لوین استفاده شده است. با توجه به جدول ۶ و غیرمعنادار شدن مقادیر F در آزمون لوین نشان می‌دهد که واریانس نمرات در تمام گروهها مساوی است؛ بنابراین، مفروضه همگنی واریانسها نیز رعایت شده است.

جدول شماره ۶. نتایج آزمون لوین برای بررسی واریانسهای خطا در گروه با نشانگان برونی سازی

|           | F    | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | Sig  |
|-----------|------|--------------|--------------|------|
| پیش آزمون | ۱/۲۱ | ۲            | ۲۱           | ۰/۳۲ |
| پس آزمون  | ۱/۹۷ | ۲            | ۲۱           | ۰/۱۶ |
| پیگیری    | ۲/۷۸ | ۲            | ۲۱           | ۰/۰۸ |

مفروضه دیگر، شرط کرویت است که با ضریب ماچلی نشان داده می‌شود. با توجه به آنکه ضریب ماچلی معنادار است، پس می‌توان با  $F$  تعدیل شده ای که درجات آزادی آن در شاخصی به نام اپسیلون گرین هاوس- گیسر ضرب شده است، مقدار  $F$  را تقریب زد؛  $F$  حاصل یک  $F$  محافظه کارانه است ولی اگر فرض صفر با این  $F$  رد شود مشکلی از لحاظ خطای نوع اول نخواهیم داشت (سرمد، ۱۳۸۴). نتایج در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول شماره ۷. آزمون اثرات میان آزمودنی با نشانگان برونی سازی

| منبع           | مجموع<br>مجذورات | درجه آزادی | میانگین<br>مجذورات | F      | Sig.  |
|----------------|------------------|------------|--------------------|--------|-------|
| برونی سازی     | ۱۲۲۳۳/۸۶         | ۲          | ۶۱۱/۹۳             | ۴۸۴/۱۶ | ۰/۰۰۱ |
| گرین هاوس-گیسر | ۱۲۲۳۳/۸۶         | ۱/۱۵       | ۱۰۶۵/۷۳            | ۴۸۴/۱۶ | ۰/۰۰۱ |
| هون-فلت        | ۱۲۲۳۳/۸۶         | ۱/۲۹       | ۹۵۰/۴۹             | ۴۸۴/۱۶ | ۰/۰۰۱ |
| کرانه پایین‌تر | ۱۲۲۳۳/۸۶         | ۱          | ۱۲۲۳۳/۸۶           | ۴۸۴/۱۶ | ۰/۰۰۱ |
| تعامل          | ۵۸۷/۰۶           | ۴          | ۱۴۶/۷۶             | ۱۱۶/۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| گرین هاوس-گیسر | ۵۸۷/۰۶           | ۲/۳۰       | ۲۵۵/۶۰             | ۱۱۶/۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| هون-فلت        | ۵۸۷/۰۶           | ۲/۵۸       | ۲۲۷/۹۶             | ۱۱۶/۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| کرانه پایین‌تر | ۵۸۷/۰۶           | ۲          | ۲۹۳/۵۳             | ۱۱۶/۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| خطا            | ۵۳/۰۸            | ۴۲         | ۱/۲۶               |        |       |
| گرین هاوس-گیسر | ۵۳/۰۸            | ۲۴/۱۱      | ۲/۲۰               |        |       |
| هون-فلت        | ۵۳/۰۸            | ۲۷/۰۴      | ۱/۹۶               |        |       |
| کرانه پایین‌تر | ۵۳/۰۸            | ۲۱/۰۰      | ۲/۵۳               |        |       |

با توجه به برقراری مفروضه‌های روش آزمایش، فرضیه‌های پژوهش مورد تحلیل قرار گرفته اند. با توجه به جدول ۸ و نتایج حاصل از تحلیل آزمون اندازه گیری مکرر، تفاوت میانگین دو گروه آموزش والدین براساس رویکرد آدلری و الگوی مشورت رفتاری مشترک برابر با ۰,۷۹۱۷ با سطح معناداری ۰,۷۴۰ است. درنتیجه فرضیه پژوهش رد می‌شود یعنی میان اثر بخشی الگوی مشورت رفتاری مشترک و آموزش والدین براساس رویکرد آدلری بر کاهش نشانگان برونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله تفاوت معنادار مشاهده نشده است. درحالی‌که هریک از گروهها در مقایسه با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند و درنتیجه دو فرضیه اثربخشی روشها تایید می‌شود؛ به عبارت دیگر تفاوت میانگین دو گروه آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری و گروه کنترل برابر با ۸,۸۳۳۳ با سطح معناداری کوچکتر از ۰,۰۰۱ است. درنتیجه آموزش والدین براساس رویکرد

آدلری بر کاهش نشانگان برونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله مؤثر بوده است. همچنین تفاوت میانگین دو گروه الگوی مشورت رفتاری مشترک و گروه کنترل برابر با ۹,۶۲۵۰ با سطح معناداری کوچک‌تر از ۰,۰۰۱ است. در نتیجه الگوی مشورت رفتاری مشترک بر کاهش نشانگان برونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله نیز مؤثر بوده است.

جدول شماره ۸. آزمون اندازه گیری مکرر برای گروه با نشانگان برونی سازی

| گروه (i) | گروه (j)    | تفاوت میانگین ها<br>(i-j) | خطای معیار | معناداری | سطح اطمینان ۹۵٪ |         |
|----------|-------------|---------------------------|------------|----------|-----------------|---------|
|          |             |                           |            |          | حد پایین        | حد بالا |
| آدلر     | الگوی مشورت | ۰/۷۹۱۷                    | ۱/۰۶۴۰۱    | ۰/۷۴۰    | -۱/۸۹۰۲         | ۳/۴۷۳۶  |
| کنترل    | آدلر        | ۸/۸۳۳۳                    | ۱/۰۶۴۰۱    | ۰/۰۰۰    | ۶/۱۵۱۴          | ۱۱/۵۱۵۲ |
|          | الگوی مشورت | ۹/۶۲۵۰                    | ۱/۰۶۴۰۱    | ۰/۰۰۰    | ۶/۹۴۳۱          | ۱۲/۳۰۶۹ |

برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون و پیش آزمون گروههای آزمایشی با نشانگان درونی سازی نیز از آزمون تحلیل واریانس تک عاملی با اندازه گیری مکرر روی یک عامل استفاده شده است. پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های این روش آزمایش مورد بررسی قرار گرفته است.

به منظور بررسی همگنی ماتریسهای کوواریانس از آزمون Box's M استفاده شده است؛ مقدار ام باکس نشان داده که شاخص ام باکس از نظر آماری معنادار است ( $\text{Box's } M=51.193$ ,  $F=3.362$ ,  $P=0.000$ ). اما با توجه به اینکه حجم گروهها با یکدیگر برابر هستند، می‌توان فرض توانمندی آزمون آماری را پذیرفت (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷، ص: ۲۵۲).

به منظور بررسی تساوی واریانسها در متغیرهای وابسته از آزمون لوین استفاده شده است. با توجه به جدول ۹ و غیرمعنادار شدن مقادیر  $F$  در آزمون لوین نشان می‌دهد که واریانس نمرات در تمام گروهها مساوی است؛ بنابراین، مفروضه همگنی واریانسها نیز رعایت شده است.

جدول شماره ۹. نتایج آزمون لوین برای بررسی واریانسهای خطا در گروه با نشانگان درونی سازی

| Sig | درجه آزادی ۲ | درجه آزادی ۱ | F    |           |
|-----|--------------|--------------|------|-----------|
| .۵۸ | ۲۱           | ۲            | .۵۶  | پیش آزمون |
| .۱۹ | ۲۱           | ۲            | ۱/۷۹ | پس آزمون  |
| .۵۳ | ۲۱           | ۲            | .۶۵  | پیگیری    |

مفروضه دیگر، شرط کرویت است که با ضریب مایل نشان داده می شود. با توجه به آنکه ضریب مایل معنادار است در نتیجه می توان با F تعدیل شده ای که درجات آزادی آن در شاخصی به نام اپسیلون گرین هاوس- گیسر ضرب شده است، مقدار F را تقریب زد؛ F حاصل یک F محافظه کارانه است ولی اگر فرض صفر با این F رد شود مشکلی از لحاظ خطای نوع اول نخواهیم داشت (سرمد، ۱۳۸۴). نتایج در جدول ۱۰ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱۰. آزمون اثرات میان آزمودنی با نشانگان درونی سازی

| منبع                       | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | Sig.  | مجذور اتای تفکیکی |
|----------------------------|---------------|------------|-----------------|--------|-------|-------------------|
| درونی سازی کرویت مفروض است | ۴۵۰/۵۸        | ۲          | ۲۲۵/۲۹          | ۲۷۰/۳۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳              |
| گرین هاوس-گیسر             | ۴۵۰/۵۸        | ۱/۱۹       | ۳۷۶/۹۱          | ۲۷۰/۳۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳              |
| هوبن-فلت                   | ۴۵۰/۵۸        | ۱/۳۵       | ۳۳۴/۳۲          | ۲۷۰/۳۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳              |
| کرانه پایین تر             | ۴۵۰/۵۸        | ۱          | ۴۵۰/۵۸          | ۲۷۰/۳۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳              |
| تعامل کرویت مفروض است      | ۲۱۳/۰۸        | ۴          | ۵۳/۲۷           | ۶۳/۹۲  | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۶              |
| گرین هاوس-گیسر             | ۲۱۳/۰۸        | ۲/۳۹       | ۸۹/۱۲           | ۶۳/۹۲  | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۶              |
| هوبن-فلت                   | ۲۱۳/۰۸        | ۲/۶۶       | ۷۹/۰۵           | ۶۳/۹۲  | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۶              |
| کرانه پایین تر             | ۲۱۳/۰۸        | ۲          | ۱۰۶/۵۴          | ۶۳/۹۲  | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۶              |
| خطا کرویت مفروض است        | ۳۵            | ۴۲         | ۰/۸۳            |        |       |                   |
| گرین هاوس-گیسر             | ۳۵            | ۲۵/۱۱      | ۱/۳۹            |        |       |                   |
| هوبن-فلت                   | ۳۵            | ۲۸/۳۰      | ۱/۲۴            |        |       |                   |
| کرانه پایین تر             | ۳۵            | ۲۱/۰۰      | ۱/۶۸            |        |       |                   |

با توجه به برقراری مفروضه های روش آزمایش، فرضیه های پژوهش مورد تحلیل قرار گرفته اند. با توجه به جدول ۱۱ و نتایج حاصل از تحلیل آزمون اندازه گیری مکرر، تفاوت میانگین دو گروه آموزش والدین براساس رویکرد آدلری و الگوی مشورت رفتاری مشترک برابر با ۱/۵۴۱۷ با

سطح معناداری ۰/۱۸۲ است. در نتیجه فرضیه پژوهش رد می شود یعنی میان اثر بخشی الگوی مشورت رفتاری مشترک و آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری بر کاهش نشانگان درونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله تفاوت معنادار مشاهده نشده است؛ در حالی که هریک از گروهها در مقایسه با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند و در نتیجه دو فرضیه اثربخشی روشها تایید می شود؛ به عبارت دیگر تفاوت میانگین دو گروه آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری و گروه کنترل برابر با ۵,۴۵۸۳ با سطح معناداری کوچکتر از ۰,۰۰۱ است. در نتیجه آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری بر کاهش نشانگان درونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله مؤثر بوده است. همچنین تفاوت میانگین دو گروه الگوی مشورت رفتاری مشترک و گروه کنترل برابر با ۳,۹۱۶۷ با سطح معناداری کوچکتر از ۰,۰۰۱ است. در نتیجه الگوی مشورت رفتاری مشترک بر کاهش نشانگان درونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله نیز مؤثر بوده است.

جدول شماره ۱۱. آزمون اندازه گیری مکرر برای گروه با نشانگان درونی سازی

| گروه (i)            | گروه (j)   | تفاوت میانگینها<br>(i-j) | خطای معیار | معناداری | سطح اطمینان ۹۵٪ |         |
|---------------------|------------|--------------------------|------------|----------|-----------------|---------|
|                     |            |                          |            |          | حد پایین        | حد بالا |
| الگوی مشورت<br>آدلر |            | ۱/۵۴۱۷                   | ۰/۸۳۸۶۷    | ۰/۱۸۲    | -۰/۵۷۲۳         | ۳/۶۵۵۶  |
|                     | کنترل آدلر | ۵/۴۵۸۳                   | ۰/۸۳۸۶۷    | ۰/۰۰۰    | ۳/۳۴۴۴          | ۷/۵۷۲۳  |
| الگوی مشورت         |            | ۳/۹۱۶۷                   | ۰/۸۳۸۶۷    | ۰/۰۰۰    | ۱/۸۰۲۷          | ۶/۰۳۰۶  |
|                     | کنترل آدلر |                          |            |          |                 |         |

## بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی الگوی مشورت رفتاری مشترک با آموزش والدین بر اساس رویکرد آدلری بر کاهش نشانگان درونی سازی و برونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله شهر تهران بوده است. یافته‌ها نشان دادند که نمره کلی نشانگان درونی سازی و برونی سازی کودکان کاهش معناداری داشته است. تغییرات ایجاد شده در پیگیری ۳۰ روزه نیز ماندگار بوده است. از این رو، آموزش والدین می تواند بر کاهش نشانگان درونی سازی و برونی سازی کودکان مؤثر باشد. در رویکرد آدلری به والدین آموزش داده می شود تا با توجه به شناخت و درک کودک و همچنین احساس و واکنش خود هنگام بدر رفتاری کودکان و تغییر پاسخ خود، بدر رفتاری کودکان را کاهش داده و هدفهای نادرست را به هدفهای مثبت تبدیل کنند. از سویی هم واکنش مناسب در برابر

بدر رفتاری کودکان موجب کاهش سطح استرس کلی خانواده می‌شود و در نتیجه کودکان کمتر دلسرد می‌شوند و بدر رفتاری کمتری بروز می‌دهند. با توجه به یکی از مفاهیم اصلی رویکرد آدلری مبنی بر دلگرمی، و با پذیرش این مفروضه که کودک بدر رفتار کودک دلسرد است، دلگرمی مهمترین فن تغییر رفتار و افزایش تغییر رفتار است. دلگرمی فرآیندی است که از طریق آن به افزایش عزت نفس و احساس ارزش درونی افراد کمک می‌شود. وقتی کودکانی که اختلال رفتاری دارند احساس کنند دوست داشتنی هستند و تعلق به خانواده دارند، اهل همکاری می‌شوند و برای بهبود بخشیدن به روابط خود تلاش می‌کنند. هدف دلگرمی، توانمند ساختن فرد در ایجاد حس آرامش و رضایت درونی است که با احساس تعلق و میل به همکاری پیوند دارد. بر این اساس یافته‌ها و نتایج این پژوهش با تحقیقات و یافته‌های پژوهشگران دیگر نیز همسوست، مثلاً مقدم (۱۳۹۱) دریافت که آموزشهای دلگرم‌سازی بر کاهش نشانه‌های اضطراب آشکار مؤثر بوده است ولی برای کاهش در اضطراب پنهان و اضطراب کلی می‌توان گفت این روش به تنهایی کفایت نمی‌کند و تغییراتی در این شیوه آموزش و یا روشهای دیگر درمانی مورد نیاز هستند. خدابخش و جعفری (۱۳۹۳) نشان دادند که آموزش رویکرد آدلری تأثیری بسزا در کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله ای داشته است. سالم (۱۳۹۳) نشان داد که آموزش روشهای آدلر-درایکورسی به والدین، مشکلات رفتاری فرزندان را کاهش می‌دهد و از به وجود آمدن آشفتگی در روابط والد-فرزندی و ناسازگاری اجتماعی پیشگیری می‌نماید. رینگ<sup>۱</sup> (۲۰۰۱)، در پژوهشی که انجام داد دریافت که برنامه آموزش آدلری سبب کاهش معناداری بر شدت نشانه‌های اختلال سلوک در کودکان شده است. گوتی‌پرز (۲۰۰۶)، در پژوهش خود نشان داد که رویکرد آدلری در کاهش علائم اختلالات رفتاری کودکان و بهبود ارتباطات درون خانواده و مهارتهای فرزندپروری تأثیری مثبت دارد. بلالوک (۲۰۰۸) نشان داد معلمانی که تحت آموزش اصول برنامه ای که همسو با اصول رویکرد آدلری است، قرار گرفتند، در عقاید و رفتارشان، به صورت تعدیل در استفاده از تعریف و تمجید و استفاده درست و بجا از آن، افزایش دلگرم سازی، کاهش سرزنش، توبیخ و تنبیه، تغییرات معناداری رخ داد. همچنین نتایج نشان دادند که دانش آموزان بعد از این دوره آموزشی برای معلمانشان، زمان بیشتری صرف انجام دادن تکالیف کردند و افزایش رفتارهای اجتماعی و کاهش رفتارهای نامناسب کلاس بیشتری از خود نشان دادند. اسمالز (۲۰۱۰) در پژوهشی بر اساس دیدگاه رویکرد آدلر با تأکید بر اهداف رفتاری و روانشناختی رفتار فرد، احترام دوطرفه میان والد و فرزند و آموزش روشهای دلگرم

---

1. Ring, S.

سازی برای ایجاد ارتباطی همراه با عشق و احترام میان آنها، نشان داد که والدین در ارتباطشان با فرزندان سطح استرس کمتر و فرزندانشان نیز انگیزه پیشرفت بالاتری را تجربه کردند. همچنین نتیجه این پژوهش افزایش چشمگیری در تغییر دیدگاه والدین در جهت پذیرش فرزندان را تأیید می‌کند. کی مولر (۲۰۱۱) سبک فرزندپروری کودکان نازپرورده و اثربخشی آموزش رویکرد آدلری را مورد بررسی قرار داد و به نتایج مثبتی در شیوه رفتاری کودکان دست یافت. از سویی هم هدف اولیه مشورت رفتاری مشترک افزایش دانش و مهارت‌های مشورت‌جویان است. کسب مهارت به مشورت‌جویان فرصت می‌دهد که در شناسایی نیازها (مشکل) کنونی و آینده مستقل باشند؛ از این رو، ارتقای مهارت‌ها و شایستگی‌های مشورت‌جویان حل مسئله و همچنین حس خودکارآمدی آنان را افزایش می‌دهد و در نتیجه موجب کاهش رفتارهای انزواجویانه می‌شود و مسئولیت‌پذیری را در کودک افزایش می‌دهد. همچنین در الگوی مشورت رفتاری مشترک بر نقاط قوت و منابع کارآمد تمرکز می‌شود و به کاستیها و ضعفهای موجود توجهی نمی‌شود. از این رو اعتماد به نفس کودک افزایش می‌یابد و درصدد رفع نیازها (مشکل) بر می‌آید. از این گذشته در الگوی مشورت رفتاری مشترک با در نظر گرفتن اینکه چه چیزی بهترین فضا و شرایط را در خانه و مدرسه فراهم می‌آورد، کمکی مؤثر و پایدار صورت می‌گیرد. بر این اساس یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهشگران دیگر همسوست. مثلاً اینانلو (۱۳۹۲) نشان داد که با به کارگیری الگوی مشورت رفتاری مشترک از سوی معلمان و والدین نشانه‌هایی مانند افسردگی/اضطراب و افسردگی/گوشه‌گیری در کودکان کاهش یافته است. حاج رضایی (۱۳۹۳) اثربخشی مثبت برنامه مشورت رفتاری مشترک بر نشانگان برونی سازی دانش آموزان پیش دبستانی - دبستانی را تأیید کرد و اظهار داشت که همکاری والدین و معلمان و هماهنگی در اجرای برنامه رفتاری موجب موفقیت در کاهش رفتارهای قانون شکنانه و پرخاشگرانه در کودکان می‌شود. ویلکینسون (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای نشان داد که چگونه مشورت گران از الگوی مشورت رفتاری مشترک استفاده کنند تا بیشترین کیفیت و کارایی را در ارائه خدمات مداخله‌ای و مشاوره‌ای برای دانش آموزان و معلمان و والدین به همراه داشته باشد. در این پژوهش الگوی مشورت رفتاری مشترک به منزله الگویی مؤثر در پیشرفت روابط خانه-مدرسه در نظر گرفته شد. شرکت کنندگان در این پژوهش، الگوی مشورت رفتاری مشترک را به منزله الگویی مؤثر و قابل قبول برای خدمت رسانی میان محیط خانه و مدرسه پذیرفتند که در بهبود حیطه‌ای وسیع از مشکلات رفتاری دانش آموزان مفید واقع شده است. شریدان و همکاران (۲۰۱۲) اثربخشی مثبت روش مشورت رفتاری مشترک در کاهش رفتارهای

مشکل زای دانش آموزان را نشان دادند. مورمن کیم و همکاران (۲۰۱۲) با توجه به نگرانی معلمان و والدین در زمینه مشکلات رفتاری کودکان و همبستگی آنان با اختلالات رفتاری و یادگیری آنان در آینده، به بررسی اثربخشی الگوی مشورت رفتاری مشترک و نقش روابط معلم-والد پرداختند. در این مطالعه، مشورت رفتاری مشترک به منزله الگویی مؤثر، ساختارمند و غیرمستقیم در نظر گرفته شد که از طریق آن معلمان و والدین در فرآیند حل مسئله به طور مشترک همکاری کردند و به دستاوردهای رفتاری با ثبات تر برای کودکان دست یافتند. ولز (۲۰۱۴) در مطالعه ای اثربخشی الگوی مشورت رفتاری مشترک را بر (۱) نقش معلمها، (۲) مشارکت مدرسه و خانه، و (۳) رابطه ای که این دو عامل بر رفتارهای چالش انگیز کودکان دارند، بررسی کرده است؛ نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که بسته مداخلاتی بر رفتارهای آزمودنیها در مدرسه و خانه اثربخش است و تغییراتی چشمگیر دربرداشته است.

با توجه به اینکه آموزش هزینه سنگینی بر جامعه تحمیل می کند، به منظور بهره گیری بیشتر لازم است هر سال مدارس نسبت به ارزیابی دانش آموزان ورودی اقدام کنند و دانش آموزان با نشانگان درونی سازی و برونی سازی را برای دریافت کمک به مراکز مشاوره آموزش و پرورش معرفی نمایند؛ همچنین با توجه به نتایج این پژوهش و اثربخش بودن آموزش والدین براساس رویکرد آدلری و الگوی مشورت رفتاری مشترک، می توان از شیوه آموزشی به منظور پیشگیری نیز استفاده کرد و برای والدین و معلمان جلسات آموزشی برگزار کرد.

## منابع

- آخندباخ، توماس؛ رسکول، لسل. (۲۰۰۵). *کتابچه راهنمای فرم های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه*، ترجمه اصغر مینائی، ۱۳۹۰، چاپ دوم. تهران: پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش.
- اینالو گنجی، سمیه. (۱۳۹۲). *اثربخشی الگوی مشورت رفتاری مشترک بر کاهش مشکلات درونی سازی کودکان پیش دبستان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران.
- پروت، تامپسون؛ براون، داگلاس. (۲۰۰۷). *مشاوره و روان درمانی با کودکان و نوجوانان*. ترجمه حسن فرهی، ۱۳۹۱، چاپ سوم. تهران: انتشارات ارجمند.
- چوپانی، محسن. (۱۳۹۳). *تأثیر آموزش مدیریت خشم بر اختلالات درونی سازی کودکان دارای پدر وابسته به مواد شمر اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات یزد.
- حاج رضایی، بهار. (۱۳۹۳). *اثربخشی برنامه مشورت رفتاری مشترک بر نشانگان برونی سازی دانش آموزان پیش دبستانی - دبستانی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
- خدابخش، روشنگر؛ جعفری، مصطفی. (۱۳۹۳). *اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر سبک های مقابله ای مادران کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله ای و کاهش نشانه های اختلال. مطالعات روانشناختی*، ۱۰(۱)، ۸-۳۰.
- سالم، داود. (۱۳۹۳). *بررسی اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلر - درایکورس بر میزان سازگاری اجتماعی کودکان دارای اختلال سلوک*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات یزد.
- سرمه، زهره. (۱۳۸۴). *آمار استنباطی: گزیده ای از تحلیل های آماری تک متغیری*. تهران: انتشارات سمت.
- شرودر، کارولین اس؛ گوردون، بتی ان. (۲۰۰۲). *سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی: راهنمای روانشناسان بالینی و روانپزشکان*، ترجمه مهرداد فیروزبخت، ۱۳۹۳، چاپ سوم. تهران: نشر دانه.
- کراتوچویل، توماس ار؛ موریس، ریچارد جی. (۲۰۰۸). *روانشناسی بالینی کودک (روش های درمانگری)*، ترجمه محمدرضا ناینیان و دیگران، ۱۳۸۸، چاپ چهارم. تهران: انتشارات رشد.
- مقدم، سبا. (۱۳۹۱). *بررسی تأثیر آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلر بر کاهش اضطراب آشکار و پنهان در دختران مقطع دبیرستان شهر کرج*. پایان نامه کارشناسی ارشد، پردیس آموزش های نیمه خصوصی و تخصصی آزاد دانشگاه علامه طباطبائی.

مکنزی، رابرت جی. (۲۰۰۱). *مرزهایی برای کودکان*، ترجمه شهروز فرهنگ بیگونند، ۱۳۸۸، چاپ دوم. تهران: انتشارات استاندارد.

- Blalock, E. (2008). *First step to success benefits for teachers: Treatment fidelity and teachers' beliefs and behaviors about encouragement and discouragement*. Published doctoral dissertation, University of New Mexico, New Mexico.
- Collier-Meek, M. A. (2013). *Increasing parents' treatment integrity to a homework intervention through conjoint behavioral consultation and performance feedback*. Doctoral dissertation, University of Connecticut.
- Gutierrez, S. (2006). *A Comparison of two parent education programs on the reduction of parent-child stress in mother-child relationship of Hispanic migrant Farmworkers*. Doctoral dissertation, The University of Arizona.
- KayMueller, D. (2011). *Pampered children and the impact of parenting styles*. MA thesis, Adler Graduate School, Minnesota, USA.

- Moorman Kim, E., Sheridan, S. M., Kwon, K., & Wood, K.E., Semke, C.A., & Sjuts, T.M. (2012). *Conjoint behavioral consultation and parent participation: The role of parent-teacher relationships*. Nebraska Center for Research on Children, Youth, Families & Schools.
- Ring, S. (2001). *Use of role playing in parent training: A methodological component analysis of systematic training for effective parenting*. Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, San Diego.
- Sheridan, S. M., & Kratochwill, T.R. (2007). *Conjoint behavioral consultation: Promoting family-school connections and interventions* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Springer.
- Sheridan, S.M., Bovaird, J.A., Glover, T.A., Garbacz, S.A., Witte, A., & Kwon, K. (2012). A randomized trial examining the effects of conjoint behavioral consultation and the mediating role of the parent-teacher relationship. *School Psychology Review*, 41(1), 23-46.
- Smalls, C. (2010). *Adlerian parent education with low income single Black parents: Effects on parental acceptance, parental stress and female adolescent motivation*. Doctoral dissertation, Walden University, Minneapolis, Minnesota.
- Sonstegard, M. A., & Bitter, J. R. (2004). *Adlerian group counseling and therapy: Step-by-step*. New York: Brunner-Routledge.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Wells, L. (2014). *Supporting preschool teachers' use of positive behavior strategies through conjoint behavioral consultation*. Dissertation, Georgia State University.
- Wilkinson, L. A. (2006). Conjoint behavioral consultation: An emerging and effective model for developing home-school partnerships. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(2), 224-238.

