

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۳۴ شماره ۲ خرداد و تیر ۱۳۹۱ صفحات ۹۶-۹۰

تأثیر آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش نشانه‌ها اختلال نافرمانی مقابله ای (ODD) فرزندان

سالار فرامرزی: گروه روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران، نویسنده رابط:
E-mail: s.faramarzi@edu.ui.ac.ir

احمد عابدی: گروه روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
آمنه قنبری: گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان، ایران

دریافت: ۹۰/۱/۲۵ پذیرش: ۹۰/۴/۱

چکیده

زمینه و اهداف: اختلال نافرمانی مقابله‌ای از جمله اختلالاتی است که با الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر اولیا قدرت فراتر از رفتارهای یک کودک طبیعی توصیف شده است و گفته شده است که کیفیت زندگی خانوادگی کودک مهمترین عامل در رشد و توسعه ی این اختلال است و مدیریت و چگونگی تعامل با کودک می تواند به کاهش نشانه‌ها آن کمک کند.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله ای بر فرزندان انجام گرفت. روش پژوهش کارآزمایی بالینی و از طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. به این منظور از بین مادران دانش آموزان پسر مقطع دبستان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ که ملاک های ورود به پژوهش را دارا بودند با روش نمونه‌گیری چند مرحله ای ۳۰ نفر انتخاب و به تصادف در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. برای گردآوری اطلاعات از مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODDRS, Oppositional Defiant Disorder Rating Scale) که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است، استفاده شد. داده های بدست آمده با بهره گیری از روش آماری تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که بین عملکرد گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل در کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p \leq 0/0001$).

نتیجه‌گیری: بنابراین می توان نتیجه گرفت که آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله ای فرزندان تأثیر دارد و به عنوان یک روش مداخله ای مؤثر قابل استفاده می باشد.

کلید واژه‌ها: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، آموزش مادران، دانش آموز، الگوی ارتباطی

مقدمه

تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) بیان می دارد که «اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر اولیا قدرت» است (۱). برای اینکه به کودکی برچسب اختلال نافرمانی مقابله ای زده شود، باید

یکی از اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. که یکی از علل رایج ارجاع کودکان به کلینیک‌های روان شناسی و مشاوره می‌باشد. بارکلی (۱۹۹۷) بر اساس تعریف متن تجدید نظر شده در چهارمین راهنمای

است. درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای عمدتاً مبتنی بر دارو درمانی، مداخله آموزشی والدین، مداخله آموزشی-روان شناختی کودک و مداخله آموزشی ترکیبی (آموزش والدین و آموزش کودکان) است (۸). تحقیقات نشان داده اند که آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری کودکان همراه با مدیریت آموزشی به والدین در رابطه با خانه و همسالان اثر بخش تر است (۹). تحقیقات دیگری اثربخشی مداخله آموزشی والدین شامل آموزش اصول یادگیری اجتماعی، روش های اصلاح رفتار، تعامل موثر والد-کودک، شیوه های فرزند پروری و مهارت های لازم برای مدیریت و اداره کودکان در کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای را نشان داده اند (۱۰).

با توجه به مطالب فوق و با استفاده از برنامه‌ی آموزشی میلن و همکاران (۲۰۰۱) که شامل سه مرحله است (۱۱) ("شناخت خانواده از اختلال نافرمانی، برنامه آموزشی شامل یادگیری رفتارهای صحیح و چگونگی ایجاد رفتارهای جدید نسبت به رفتارهای قبلی") این سؤال مطرح است که آیا آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرزندان تأثیر دارد.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه مداخله‌ای از طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری. جامعه آماری پژوهش شامل همه‌ی مادران دانش‌آموزان پسر مقطع دبستان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ می‌باشد که دارای نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموز پسر مقطع ابتدایی بود که با روش چند مرحله‌ای از بین دانش آموزانی که ملاک های ورود به پژوهش از جمله دریافت تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای توسط روانشناس و روانپزشک، عدم دریافت دارو در زمان تشخیص و در طول دوره‌ی پژوهش، گزارش معلم مبنی بر دارا بودن نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، برخوردار بودن مادران از سلامت جسمی و روانی و سواد کافی، را دارا بودند، انتخاب گردیدند و سپس با روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. علاوه بر این، موافقت مادران برای مشارکت در پژوهش حاصل شد.

ابزار اندازه‌گیری: ابزار اندازه‌گیری عبارت بود از مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODDRS²⁷). این مقیاس توسط هومرسن، موری، اوهان و جانسون (۲۰۰۶) برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای براساس ملاک های DSM-IV ساخته شده است و برای کودکان ۵-۱۵ سال استفاده می شود. ضریب پایایی (همسانی درونی) مقیاس به روش آلفای کرونباخ $0.92/0.95$ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی $r = 0.95$ در سطح $P < 0.001$ توسط سازندگان مقیاس گزارش شده است (۱۲). این مقیاس توسط عابدی (۱۳۸۷) بر روی دانش آموزان پایه های اول

حدافل ۴ ملاک از ملاک های تعیین شده را در طی ۶ ماه داشته باشد که عبارتند از: لجبازی، جر و بحث با بزرگسالان، امتناع از اطاعت کردن و درخواست های دیگران، آزار عمدی دیگران، سرزنش کردن دیگران، زود رنجی در برابر دیگران، خشمگین شدن و رنجیدن، غرض ورزی و انتقام جویی. ضمن اینکه این رفتار باید فراوان تر از آنچه متناسب سن است باشد و تخریب قابل ملاحظه-ای در زمینه اجتماعی، تحصیلی و شغلی ایجاد کند (۲). اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً بین ۸ تا ۱۲ سالگی نمایان می شود و شیوع آن در پسرها بیشتر از دخترها است (۳). شیوع اختلال مقابله‌ای در (DSM-IV) ۲ تا ۱۶ درصد است. تحقیقات در مورد سبب شناسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ترکیبی از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی کودکان، شیوه‌های فرزند-پروری ناکارآمد و شرایط محیطی را عنوان کرده اند (۴). کودکان با علائم اختلال نافرمانی مقابله ای معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند (۵). در روابط بین فردی ضعیف هستند، دارای مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی می باشند و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگتر می باشند (۶).

این اختلال معمولاً قبل از دبستان یا در سال های اولیه دبستان ایجاد می‌شود و رفتار این کودکان تحت تأثیر پیامدهای بیرونی است که توسط والدین اعمال می‌شود و چون این گونه کودکان بر رفتار خود کنترل نداشته و در بازدارندگی رفتارهای تکانشی با دشواری مواجه هستند تمرکز درمان تنها بر خود کودک نتایج محدودی به دنبال خواهد داشت و باید به آموزش مهارت‌های کنترل مناسب به والدین (پدر و مادر) که به افزایش رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای منفی در کودک می انجامد از طریق تعالیم اصول یادگیری اجتماعی و مهارت های کنترل رفتار تاکید کرد. در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مقایسه با سایر درمان‌ها، آموزش والدین با نتایج بهتری همراه بوده و معمولاً مهارت‌های تربیت فرزند و همچنین فرمانبرداری کودک را بهبود بخشیده است (۷). همچنین آموزش الگوی ارتباطی والدین یک شیوه ی درمانی شناخته شده برای این کودکان است و دلایل چندی برای آموزش والدین به منظور کنار آمدن با رفتارهای مشکل آفرین این کودکان وجود دارد که عبارتند از:

۱) والدین معمولاً بیشترین تماس را با کودکان خود دارند و تأثیرگذارترین و از بهترین موقعیت برای تغییر رفتارهای ناسازگارانه کودکان و افزایش رفتار در آنها برخوردارند؛ ۲) با توجه به تعداد کودکان نیازمند به کمک به نظر می رسد بهترین شیوه ای است که می‌توان از آن برای یاری رساندن به کودکان نافرمان استفاده کرد. در واقع آموزش الگوی ارتباطی والدین به منظور برخورد درست موثر با کودکان است و در نهایت در صورتی که بنا باشد کودک رفتار درست را نشان دهد و این رفتار باقی بماند باید در محیط طبیعی کودک رخ دهد. پس بنابراین آموزش الگوی ارتباطی والدین شیوه درستی بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای

تا پنجم دبستان شهر اصفهان روایی سنجی و اعتباریابی شده است و ضریب پایایی (همسانی درونی) این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی آن به روش باز آزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (۱۳). ضمن اینکه این مقیاس به شیوه دیگر گزارش دهی است و والدین و مربیان این مقیاس را پاسخ می دهند. **روش انجام پژوهش.** نظر به اینکه طرح مذکور از نوع آزمایشی بود، برای گردآوری اطلاعات و داده های مورد نیاز، مراحل و اقدام های زیر طراحی و انجام گرفته است:

۱. انتخاب گروه نمونه بصورت تصادفی از میان مادران دانش آموزان پسر مقطع دبستان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ با توجه به ملاک های ورود به پژوهش و کسب رضایت والدین برای مشارکت در پژوهش.

۲. تقسیم گروه نمونه به تصادف به دو گروه آزمایش و کنترل.

۳. اجرای مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای روی هر دو گروه (مادران): به منظور کسب اطلاع از میزان نشانگان نافرمانی مقابله ای به عنوان پیش آزمون اجرا شد.

۴. اعمال متغیر مستقل که در این پژوهش عبارت بود از: برنامه ی مداخلاتی آموزش الگوی ارتباطی والدین به شیوه میلن و همکاران (۲۰۱۱)، به صورت گروهی که عناوین این برنامه به شرح ذیل است؛

۵. آموزش مادران در مورد دلایل ایجاد و بروز اختلالات رفتاری کودکان از جمله اختلال نافرمانی مقابله ای. توجه به رفتارهای که موجب ایجاد و بروز اختلالات رفتاری کودکان می شود (از جمله اختلال نافرمانی مقابله ای)؛ توجه مناسب به رفتارهای مطلوب کودک و بی توجهی به رفتارهای نامطلوب؛ شرکت در بازی های کودک همراه با توجه مناسب به او بدون هیچ گونه سرزنش یا دستور؛ استفاده از تمجید و تعریف؛ چگونگی استفاده از روش های تقویت مثبت. چگونگی استفاده از روش های تغییر رفتار به منظور کاهش رفتارهای نامطلوب؛ به کارگیری روش های اصلاح رفتار در بیرون از منزل.

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای جمعیت شناختی و نافرمانی مقابله ای

متغیر	سن	تحصیلات مادر	تحصیلات پدر	شغل پدر	شغل مادر	تعداد فرزندان	میزان درآمد	تک والدی یا دو والدی	نافرمانی مقابله ای
سن	۱								
تحصیلات مادر	۰/۳۳	۱							
تحصیلات پدر	۰/۲۸	۰/۶۰	۱						
شغل پدر	۰/۱۰	۰/۲۶	۰/۱۵	۱					
شغل مادر	۰/۱۳	۰/۱۸	۰/۴۴	۰/۲۱	۱				
تعداد فرزندان	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۱	۰/۲۴	۰/۰۶	۱			
میزان درآمد	۰/۴۳	۰/۳۶	۰/۶۲	۰/۰۳	۰/۵۴	۰/۱۱	۱		
تک والدی یا دو والدی	۰/۲۹	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۴۲	۰/۲۱	۱	
نافرمانی مقابله ای	۰/۰۵	۰/۱۸	۰/۰۱	۰/۳۵	۰/۲۵	۰/۳۱	۰/۰۶	۰/۰۵	۱

$P \leq 0/01^{**}$ $P \leq 0/05^{*}$

۶. جلسات به صورت گروهی اجرا می شد. در جلسات ابتدا تکالیف جلسه قبل مورد بازبینی قرار می گرفت. سپس موضوع مورد نظر در جلسه مطرح و از اعضا خواسته می شد تا در بحث گروهی شرکت کنند.

۷. پس از برگزاری جلسات منظم آموزش به مدت ۸ جلسه و در طول یک دوره دو ماهه، مجدداً مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای روی هر دو گروه به منظور کسب اطلاع از میزان نشانگان نافرمانی مقابله ای به عنوان پس آزمون اجرا شد.

۸. مرحله پیگیری نیز پس از گذشت ۳ ماه از پایان دوره مداخله، با اجرای مجدد مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای انجام گرفت.

۹. روش های آماری تجزیه و تحلیل اطلاعات. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. با توجه به طرح تحقیق و داده های بدست آمده روش تحلیل کواریانس مورد استفاده قرار گرفته است. با استفاده از نرم افزار آماری spss16 از روش تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. در این مطالعه مقدار P کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنی دار تلقی گردید.

یافته ها

در این بخش ابتدا میانگین و انحراف معیار نمره های مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای گروه های آزمایشی و کنترل در موقعیت های پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری و سپس نتایج آزمون تحلیل کواریانس ارائه می شود. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود، بین هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی و متغیر وابسته نافرمانی مقابله ای در پس آزمون رابطه معناداری وجود نداشت و به همین دلیل کنترل اثر متغیرهای جمعیت شناختی بر روی نمرات متغیر وابسته نافرمانی مقابله ای در پس آزمون لازم نبود.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات دو گروه

گروه ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
کنترل	پیش آزمون	۶/۴۶	۱/۷۲
	پس آزمون	۶/۸۶	۱/۹۹
	پی گیری	۷/۱۳	۲/۳۸
آزمایشی	پیش آزمون	۶/۰۶	۱/۷۵
	پس آزمون	۵/۳۳	۱/۸۳
	پی گیری	۴/۶۰	۲/۲۹

جدول ۳: تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان نمره نشانگان نافرمانی مقابله ای

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
نمره نشانگان	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۹۲/۷۱	۲۴۱/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۹/۱۹	۲۳/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰	۱
نافرمانی مقابله‌ای	پیگیری	پیش آزمون	۱	۱۰۰/۹۸	۵۲/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۷
	عضویت گروهی	عضویت گروهی	۱	۳۲/۵۰	۱۶/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیر وابسته رفتارهای نافرمانی مقابله ای داده ها به تفکیک گروه ها و مراحل نمایان است. از آنجا که کسب نمره‌ی بیشتر در این متغیر نشان از افزایش رفتارهای نافرمانی مقابله‌ای است، ملاحظه می‌گردد که میانگین گروه آزمایشی در پس آزمون نسبت به گروه گواه کاهش داشته است (۵/۳۳). این کاهش نیز در مرحله پیگیری گروه آزمایشی دیده می‌شود (۴/۶۰).

همچنان که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، تفاوت بین عملکرد فرزندان پسر دارای نشانگان نافرمانی مقابله ای، در دو گروه مداخله و کنترل در پس آزمون (در سطح $p < 0/0001$) معنی دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت تفاوت بین نمرات دو گروه از فرزندان، بیان کننده ی این مطلب است که برنامه ی مداخله ای آموزشی والدین بر کاهش نشانگان نافرمانی مقابله ای تأثیر دارد. با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۹۰٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است. علاوه بر این نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین عملکرد فرزندان پسر دارای نشانگان نافرمانی مقابله ای، در دو گروه مداخله و کنترل در مرحله ی پیگیری نیز (در سطح $p < 0/0001$) معنی دار بوده و با توجه به مجذور اتا، می‌توان گفت ۶۵٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است. توان آماری ۱ نیز نشان می‌دهد که حجم نمونه برای تحلیل‌ها کافی بوده است. لذا می‌توان گفت که مداخله ی آموزشی والدین بر کاهش نمره کل رفتارهای نافرمانی مقابله ای در پس‌آزمون و پیگیری موثر بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان پسر مقطع دبستان انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله‌ی آموزشی والدین بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله ای موثر است. در

این روش از برنامه‌ی آموزشی به شیوه میلن و همکاران (۲۰۰۱) برای مادران استفاده شد و با توجه به مزایای درمان‌های گروهی نسبت به درمان‌های فردی از قبیل صرفه‌جویی در وقت و هزینه، در این پژوهش از آموزش گروهی و به صورت یک جلسه دو ساعته در هفته و در مدت دو ماه استفاده شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نیز نشان داد که مداخله‌ی آموزشی مادران بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر دارد و با نتایج تحقیقات قبلی از جمله وبستر-استراتون و هاموند (۹)، کازدین و واسل (۳)، مارش (۱۴)، گمبرت (۱۹)، اسکات (۱۰)، اریکاس (۱۵)، مایر (۱۶)، ولمر (۱۷)، باری (۱۸)، دراگلی و لارسون (۱۹)، هماهنگ، همسو و تاییدی بر اثر بخشی مداخله آموزشی الگوهای ارتباطی مادران بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. مطالعات نشان می‌دهند که آموزش مادران کودکان دارای علائم اختلال نافرمانی، علائم این اختلال را در این کودکان در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش داده است. در تبیین نتیجه پژوهش می‌توان گفت که برنامه آموزش مادران همانطور که پژوهشگران زیادی آن را مورد تأیید قرار داده اند موجب کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله-ای می‌گردد؛ از جمله دراگلی و همکاران (۲) نیز در پژوهش خود گزارش کرده اند ۵۴٪ فرزندان والدین (پدر و مادر) شرکت‌کننده در مطالعه‌ی کارآزمای آموزشی درمان شده اند، ضمن اینکه دو سوم آنها بعد از ۵ تا ۶ سال نیز تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای دریافت نکردند و این یافته نیز بر اثرات بلند مدت نتایج آموزش والدین حمایت می‌کند. علاوه بر این جسیکا ماری (۲۱)، در پژوهش تجربی خود بر اهمیت آموزش والدین در کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای توجه نموده است و با تأکید بر برنامه آموزشی وبستر-استراتون (۲۲)، نتیجه می‌گیرد که آموزش والدین موجب کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای می-گردد. در همین راستا لارسون و همکاران (۲۳)، در پژوهشی گزارش می‌کنند که: دو سوم کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای

کودکان مشکلات رفتاری کمتری داشته و والدین نیز از فشار روانی کمتری برخوردار بودند. در مرحله‌ی دوم پژوهش وی ۱۸ نفر از مادران و پدرانی را که در مرحله قبل شرکت داشتند انتخاب نموده و در یک پژوهش کنترل شده‌ای آنان را می‌گمارد و در جلسات آموزشی شرکت می‌دهد. نتایج این مرحله هم نشان داد که: والدین شرکت کننده تعاملات کلامی و ارتباطی بیشتری با فرزندان خود داشته و مادران از نظر حمایتی در سطح بالاتری قرار داشتند و این یافته‌ها مجدداً نتایج طولانی مدت آموزش والدین را مورد تأیید و حمایت قرار می‌دهند. علاوه بر این، چندین برنامه‌ی آموزش والدین توسعه یافته و یافته‌های پژوهشی نیز حاکی از آن است که آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مؤثر است (۳۰).

نتیجه‌گیری

در خصوص نتایج پژوهش می‌توان گفت که مادران به دلیل ناآگاهی یا نداشتن فرصت با کودکان وقت کمتری را صرف برقراری ارتباط بهتر می‌نمایند و در ضمن رفتارهای بد کودک را بیشتر از رفتارهای خوب او مورد توجه قرار داده‌اند و همین امر باعث شده است که رفتارهای منفی در کودک تقویت شده و با گذشت زمان و ایجاد چرخه منفی در تعامل والد-کودک به اختلالات رفتاری از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای تبدیل شود و در برنامه آموزش والدین تلاش می‌شود چرخه منفی تعامل والد-کودک اصلاح گردد و از آن طریق رفتارهای نافرمانی کودک کاهش یابد. با استفاده از این روش والدین می‌آموزند که به رفتارهای مطلوب کودک هر چند فراوانی آنها کم باشد توجه کنند ولی هیچگونه انتقادی به او نکنند و به او دستور ندهند و به او دستور نداده و اجازه دهند کودک آزادانه بازی خود را ادامه داده و به پایان برساند. همین امور باعث می‌شود ارتباط نامطلوب بین والدین و کودک اصلاح شود. در این برنامه‌ی مداخله‌ای والدین می‌آموزند که چگونه از روش‌های تغییر رفتار بالاخص چگونگی استفاده از اصول تقویت و زمان محرومیت به نحو مطلوب استفاده کنند و نیز فرض بر این است که رشد نایافتگی و ناشایستگی‌های والدین، سطوح استرس والدین، نگرش‌های منفی والدین، نزاع و درگیری بین والدین کاهش یافته و به دنبال آن سطوح مهارت مدیریت رفتار کودک توسط والدین و روش‌های انضباطی مثبت در والدین افزایش داده می‌شود و در نتیجه رفتار نافرمانی در کودک کاهش می‌یابد.

با توجه به محدودیت‌هایی که پژوهش با خود به همراه داشته است، از جمله نوع ابزار اندازه‌گیری که محدود به مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODDRS)، بود و از سایر ابزارها استفاده نشده است و نمونه‌های شرکت کننده در پژوهش که صرفاً مادران حضور داشتند، در مجموع یافته‌های حاصل از این پژوهش در راستای سایر تحقیقاتی که در زمینه درمان و کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شده، تأیید کننده اثر

در زمان مداخله و به همان نسبت نیز پس از یک سال پیگیری درمان شده‌اند و آموزش والدین توانسته است موجب افزایش راهبردهای مثبت رفتاری و ارتباطی شده و در نهایت آموزش والدین را مهم تلقی نموده و بر آموزش والدین به عنوان روش مناسب برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان تأکید دارند. استفن (۲۴)، نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیده است که والدین شرکت کننده درک مثبتی از رفتار فرزند خود و کارآمدی پدرانه و مادرانه پیدا کرده‌اند و نشان می‌دهد که مداخلات مؤثر می‌تواند با استفاده از یک برنامه‌ی رفتاری به فرصت بیشتری برای تعامل والدین و کودک در یک محیط امن فراهم سازد. چانتل (۲۵)، نیز در مطالعه‌ای روی ۵۰ پدر و مادر کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به بررسی تأثیر آموزش والدین در راستای مدیریت کودک و ارتباط مناسب در فضای خانواده روی نشانه‌گان رفتاری کودکان پرداخته و نشان داده است که: والدین ادراک صحیحی از رفتار خود پیدا کرده‌اند و به خوبی توانسته‌اند رفتار خود را مدیریت کنند و علاوه بر این در مدیریت و رهبری فرزندان خود موفق‌تر بوده‌اند. دراگلی و همکاران (۲۶)، هم تأثیر نظم بخشی رفتاری مراقبت‌های روزانه در مدرسه را در یک نمونه ۱۲۷ نفری از کودکان ۴ تا ۸ ساله با استفاده از آموزش والدین و آموزش کودک مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که آموزش ترکیبی والدین و کودک موجب کاهش نشانه‌گان رفتاری شده و یک سال پس از مداخله هم این کاهش وجود داشته است. در مطالعه‌ی دیگری ارکان و دیگران (۲۷) به بررسی تأثیر ترکیبی درمان دارویی و آموزش والدین بر کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای پرداخته و گزارش کرده‌اند که تأثیر ترکیبی درمان دارویی با متیل فنیدات و آموزش والدین (با هدف افزایش قدرت مدیریت رفتاری والدین)، به مدت ۵ ماه موجب کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان شده و نتایج این مطالعه نیز در درازمدت نتیجه بخش بوده است. علاوه بر این چرونیس و دیگران (۲۸) در فراتحلیلی تأثیر آموزش رفتاری والدین را به عنوان یکی از درمان‌های روانی اجتماعی - تجربی، بر کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای، بیش‌فعالی و اختلال سلوک مورد توجه قرار داده‌اند و در مجموع نتیجه می‌گیرند که آموزش رفتاری والدین موجب کاهش نشانه‌های رفتاری این اختلالات شده و در تحقیقات آینده بهتر است مورد توجه قرار گیرد. لئونارد (۲۹)، نیز از جمله کسانی است که نتایج بلندمدت آموزش پدران و مادران را به عنوان روش درمانی شناخته شده‌ای در تعامل والد-کودک، را طی دو مرحله مورد بررسی و ارزیابی قرار داده است. در مرحله‌ی اول با انجام یک پژوهش طولی ۳ ساله به انجام مداخلات آموزشی برای والدین و کودکان اقدام نمود. در این مرحله کودکانی که بر اساس ملاک‌های (DSM-III-R)، دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و یا اختلال سلوک تشخیص داده شده بودند و در سن ۳ تا ۷ سالگی قرار داشتند، در پژوهش شرکت داده شدند و نتایج پژوهش نشان داد که آموزش والدین موجب کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان شده و در مرحله پیگیری هم این

تعمیم پذیری نتایج، این شیوه ی مداخله ای در پژوهش های آینده مورد توجه قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند که از مسئولان آموزش و پرورش و نیز مدیران دبستان هایی که در انجام این پژوهش همکاری مؤثر داشته اند و نیز از مادرانی که صبورانه و با علاقمندی در کلیه جلسات آموزشی و مداخله ای شرکت داشتند، تقدیر و تشکر نمایند.

References

1. Barkley A. *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. New York, Guilford Pub, 1997; PP: 257-259.
2. Kaplan H, Sadock B. *Synopsis of Psychiatry*. Translated to Persian by Nosratolla Poorafkari. Tehran, Sharashoob Pub, 1997; PP: 12-15.
3. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National co morbidity Survey replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; **48**: 703-713.
4. Dick M, Viken J, Kaprio J. Understanding the Co variation Among Childhood Externalizing Symptoms: Genetic and Environmental Influences on Conduct Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2005; **33**(2): 219-233.
5. Burt SA, Krueger RF, McGue M, Iacono WG. Source of conversation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *Journal of Abnormal Psychology* 2001; **110**: 516-525.
6. Hommersen P, Murray C, Ohan J, Johnston C. Oppositional Defiant Disorder Rating Scale: Preliminary Evidence of Reliability and Validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2006; **14**(2): 118-125.
7. Rynikeh M, Mark EF, Freman A. *Cognitive therapy with children and adolescents*. Translated by Allagheh Band Rad & Farhi. Tehran, Boghehe Pub, 2001; PP: 66-82.
8. Gullotta T, Adams G, Ramos J. *Handbook of Adolescent Behavioral Problems Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. London, Springer press, 2005; PP: 395-403.
9. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; **65**: 93-109.
10. Scott S. Parenting programs for Attachment and Conduct Problems. Approaches to treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008; **46**(4): 65-80.
11. Milne J, Edwards J, Murchie J. Family treatment of oppositional defiant disorder: Changing views and strength-based approaches. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 2001; **9**: 17-28.
12. Filial Therapy with Monolingual Spanish-Speaking Mothers: A Phenomenological Study, 2010. <http://tfj.sagepub.com/cgi/content/abstract/9/1/17>.
13. Hommersen P, Murray C, Ohan J, Johnston C. Oppositional Defiant Disorder Rating scale: preliminary Evidence of Reliability and validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder* 2006; **14**(2): 118-125.
14. Abedi A. *Survey the validity and reliability of Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS on Isfahanian primary school students*. Education Association of Isfahan. 2009.
15. Marsh SA. Comparisons of Boys and Girl Diagnostic with Oppositional Defiant Disorder in a Public schools Counseling Program. *Desertions of Doctor of psychology*, University of Mass Chusetts. 2005.
16. Ericas P. Parent management training for reducing and aggressive behavior in preschools. *Science Direct* 2009; **7**: 295-305.
17. Myers K. Understanding the influences of parenting a child with oppositional Defiant Disorder on the Marital Relationship. *Desertions of Doctor of psychology*, the liberty university. 2008.
18. Wollmer RT. Parent training. *Desertions of Doctor of psychology*. University of Florida. 2002.
19. Barry G. The effectiveness of treatment for oppositional Defiant Disorder: A critical Review. *Desertions of Doctor of psychology*. United States international university 2001.
20. Drugli M, Larsson B. Hildren aged 4-8 years treated with parent training and child therapy because of problems: generalization effects to day car and school settings. *European child & Adolescent psychiatry* 2006; **15**(7): 105-120.
21. Drugli MB, Larsson B, Fossum S, Mørch WT. Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; **51**(5): 559-566.
22. Jessica Marie N. The Appalachian perspective: An adaptation to a parent training program for disruptive behavior disorders. *Desertions of Doctor of psychology* 2010; **34**: 189.
23. Webster-Stratton C. *The incredible years: Parents and children series; Leader's guide*. Seattle, WA: Carolyn Webster-Stratton. 2008.

24. Stephanie P. The impact of parent-training on parent-perceived child disruptive behaviors and parent-perceived self-efficacy. *Desertions of Doctor of psychology*. Cardinal Stritch University 2009.
25. Chauntel MG. Behavioral intervention and parent training within the CASSP system: The effectiveness of using direct commands to manage ADHD/ODD in the home environment. *Desertions of Doctor of psychology* 2007.
26. Drugli MB, Larsson B. Children aged 4-8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: generalization effects to day-care and school settings. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2006; **15**(7): 385-392.
27. Ercan ES, Varan A, Deniz U. Effects of Combined Treatment on Turkish Children Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Preliminary Report. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2005; **15**(2): 203-209.
28. Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham Jr WE. Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children with ADHD: Review and Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2004; **7**(1): 1-6.
29. Leonard ED. Long-term outcomes associated with parent-child interaction therapy and the impact of booster sessions in reinforcing treatment gains. *Dissertations of Ph.D*, University of Florida, **1996**.
30. Bunting L. Parenting Programmed: The Best Available Evidence. *Child Care in Practice* 2004; **10**(4): 327-343.