

## اثربخشی درمان تعامل والد کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۸/۲۸

مرضیه عباسی\*، حمید طاهر نشاط دوست\*\*

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک روی مادران بر میزان کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش دبستانی بود.

**روش:** جامعه آماری شامل همه کودکان سنین ۴ تا ۷ ساله تحت آموزش در مهد کودک‌های خصوصی زیر نظر سازمان بهزیستی مشهد بود. آزمودنی‌ها شامل ۳۰ کودک دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مادران آنها بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودک انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به طور تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه مقایسه) جایگزین شدند. مادران گروه آزمایش در ۷ جلسه درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک شرکت نموده و سپس از هر دو گروه پس از آزمون گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان تعامل والد-کودک، در شدت علائم نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمایش از نظر آماری کاهش معناداری پدید آورده است.

**نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک روی مادران، می‌تواند علائم نافرمانی مقابله‌ای کودک را کاهش دهد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان تعامل والد-کودک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، کودکان پیش دبستانی

zohal81@gmail.com

\* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

Neshatdoost@gmail.com

\*\* استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

پروژه‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## مقدمه

رایج‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در میان کودکان پیش دبستانی اختلالات رفتاری ایذائی هستند که عمدتاً شامل اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای می‌شود [۱]. مشکلات رفتاری کودکان اخلاص گر اغلب شامل پرخاشگری، رفتارهای مقابله‌ای و نافرمانی، علت بیشترین ارجاع والدین به مراکز درمانی می‌باشند [۲]. شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش دبستانی ۴ تا ۱۶ درصد تخمین زده شده است [۳]. نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در میان پسران پیش دبستانی نسبت به دختران شایع‌تر است؛ در حالی که این رفتارها در دختران عمدتاً پس از بلوغ ظاهر می‌شوند. ظهور نافرمانی مقابله‌ای معمولاً قبل از ۸ سالگی است و معمولاً بعد از نوجوانی ظاهر نمی‌شود [۴]. کوت، پینکاس<sup>۲</sup>، آیرگ<sup>۳</sup> و بارلو<sup>۴</sup> تأکید می‌کنند بسیاری از اختلالات رفتاری کودکی در تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارد [۵]. بیرامی و عبادی آسایش [۶] نیز در پژوهشی با مقایسه میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرزندان با توجه به شیوه‌های فرزندپروری مادران به این نتیجه دست یافتند که از بین سه شیوه فرزندپروری مادران (مقتدر منطقی، مستبد-دیکتاتور و سهل‌گیرانه)، شیوه فرزندپروری سهل‌گیرانه بیشترین نقش را در ابتلای فرزندان آنها به نافرمانی مقابله‌ای دارد. کاینگهام<sup>۵</sup> و بویل<sup>۶</sup> در مطالعه‌ای با مقایسه مادران دارای کودکان در خطر نافرمانی مقابله‌ای با مادران دارای کودکان بدون نافرمانی مقابله‌ای به این نتیجه رسیدند که مادران گروه اول عمدتاً آشفتگی خانوادگی بیشتر، داشتن رضایت کمتر به عنوان والدین، ارائه راه‌حل‌های کمتر برای مشکلات رفتاری کودکان، مشکلات درونی کردن<sup>۷</sup> بیشتر و رویکرد کمتر جرأت‌مندانه‌ای در مدیریت رفتارهای کودک گزارش دادند [۷]. در گذشته رویکردهای درمانی در مورد کودکان عمدتاً متمرکز بر کودک بود (مانند بازی درمانی<sup>۸</sup>، رویکردهای

فردی<sup>۹</sup>) اما اخیراً گرایش زیادی به سمت درمان مشکلات رفتاری کودکان از طریق مشارکت والدین ایجاد شده است [۲]. اخیراً درمان‌هایی برای کودکان دارای مشکلات ایذائی ابداع شده که هم تغییرات فوری داشته و هم اهداف درمان در دراز مدت نیز حفظ می‌شوند [۸]. یکی از عواملی که منجر به ابداع این درمان‌ها شده ماهیت متداوم این اختلال هاست، همچنین لمبرت<sup>۱۰</sup>، والر<sup>۱۱</sup>، آندراد<sup>۱۲</sup> و بیک من<sup>۱۳</sup> [۹] دریافتند رفتارهای مخرب اولیه در طول مراحل تحول پایدار می‌مانند که این مسأله پیش بین قدرتمندی برای بزهکاری و رفتارهای جنایی بعدی است. این دو عامل نیاز به درمان‌هایی را ایجاد می‌کنند که هم مفید و هم با دوام باشند. درمان تعامل والد-کودک<sup>۱۴</sup> بوسیله شیلا آیرگ<sup>۱۵</sup> ابداع شد. این درمان از نظر مفهومی از تحقیقات طولی بامریند<sup>۱۶</sup> در مورد سبک والدینی مقتدرانه و رویکردهایی همچون رفتار درمانی، بازی درمانی، نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه دلبستگی ترسیم شده است که به والدین آموزش می‌دهد با کودکانشان با گرمی، توجه و به شیوه پاسخگرانه‌ای تعامل داشته باشند [۸، ۱۰]. این درمان برای مشکلات رفتاری جدی در کودکان ۲ تا ۷ ساله طراحی شده است. این کودکان شامل کودکانی با مشکلات بیرونی کردن<sup>۱۷</sup> یا ایذائی در اختلالات بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلال سلوک<sup>۱۸</sup> می‌باشد [۱۱]. در درمان تعامل والد-کودک عمدتاً اهدافی همچون بهبود کیفیت روابط والد-کودک، کاهش مشکلات رفتاری و افزایش رفتارهای اجتماعی، افزایش مهارت‌های والدینی شامل انضباط مثبت و کاهش استرس والدینی دنبال می‌شود [۱۲، ۱۳]. مک دیارمید<sup>۱۹</sup> و بگنر<sup>۲۰</sup> تأکید می‌کنند که درمان تعامل والد-کودک باعث می‌شود والدین رفتارهای کودک را به شیوه مؤثرتری مدیریت کنند و از این طریق رفتارهای مطلوب

9- Individual Therapy

10- Lambert

11- Wahler

12- Andrade

13- Bickman

14- Parent-Child Interaction Therapy

15- Sheila Eyberg

16- Baumrind

17- Externalizing

18- conduct disorder

19- McDiarmid

20- Bagner

1- Choate

2- Phincuse

3- Eyberg

4- Barlow

5- Cunningham

6- Boyle

7- Internalizing

8- Play Therapy

اریکسون<sup>۲۰</sup> و توویز<sup>۲۱</sup> نشان دادند تأثیرات درمانی در شکل درمان تعامل والد-کودک به شکل استاندارد<sup>۲۲</sup> و فرم کوتاه شده آن<sup>۲۳</sup> (درمان با استفاده از نوار ویدئویی و مشاوره تلفنی) نسبت به گروه کنترل در فهرست انتظار در طی ۱ و ۲ سال پیگیری حفظ شدند [۱۹]. در مطالعات زیادی که توسط آیرگ و دیگران انجام شده، اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان داده شده است [۸، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۱]. همچنین اثربخشی این رویکرد در مورد اختلالاتی همچون اضطراب جدایی [۵]، اختلال تکانشگری همراه با کمبود توجه [۲۲]، اختلالات رفتاری اوتیسم [۱۸، ۲۳، ۲۴] و اختلالات رفتاری کودکان دارای عقب ماندگی ذهنی [۲۵] نیز مورد تأیید قرار گرفته است. هود و آیرگ آثار طولانی مدت درمان تعامل والد-کودک در کودکان دارای نافرمانی مقابله‌ای را در ۳ تا ۶ سال پس از درمان بررسی کردند. نتایج مطالعات آنها نشان داد طبق گزارش مادران تغییرات رفتاری در کودکان و سبک اسناد کنترل درونی در مادران در نتیجه درمان تعامل والد-کودک در پیگیری طولانی مدت حفظ شده بودند [۸]. مطالعات دیگری نیز آثار طولانی مدت این درمان را تا ۱ و ۲ سال پس از درمان نشان دادند [۱۲، ۱۵]. اثربخشی درمان تعامل والد-کودک در جمعیت‌ها، فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف نیز مورد تأیید قرار گرفته است [۲۶، ۲۷، ۲۸]. گالاگر<sup>۲۴</sup> با ارائه یک بازنگری از ۱۷ مطالعه که شامل ۶۲۸ کودک پیش دبستانی دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای بودند، نشان داد درمان تعامل والد-کودک باعث بهبود معناداری در رفتارهای کودک شده است [۲۰]. جهانبخش، بهادری امیری و جمشیدی [۲۹]، مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر علائم نافرمانی مقابله‌ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی انجام دادند. نتایج این بررسی حاکی از تأثیر این مداخله بر کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای بود. با توجه به اهمیت تعاملات والد-کودک در شکل‌گیری، حفظ و درمان اختلالات رفتاری در کودکان، هدف پژوهش حاضر بررسی

کودک افزایش یافته و رفتارهای نامطلوب کاهش می‌یابد. از طریق این درمان مشکلات رفتاری و استرس والدینی نیز کاهش می‌یابد [۱۴]. بوگز<sup>۱</sup>، آیرگ، ادوارد<sup>۲</sup>، رویفیلد<sup>۳</sup>، جاکوبز<sup>۴</sup>، بگنر<sup>۵</sup> و دیگران تأکید می‌کنند درمان تعامل والد-والد-کودک به وسیله تشویق تعاملات مثبت والد-کودک و آموزش والدین به اینکه چطور باثبات باشند و تکنیک‌های انضباطی غیر خشونت آمیز را به کار گیرند، کمک می‌کند تا رفتارهای منفی چرخه‌ای والد-کودک شکسته شود [۱۵]. تیمر<sup>۶</sup>، آرکوزا<sup>۷</sup> و زبل<sup>۸</sup> بر این باورند که درمان تعامل والد-والد-کودک باعث کاهش استرس فرزندپروری و سبک اسناد کنترل درونی‌تری در والدین می‌شود [۱۶]. چافین<sup>۹</sup>، سیلوسکی<sup>۱۰</sup>، فونربارک<sup>۱۱</sup>، وال<sup>۱۲</sup>، برستان<sup>۱۳</sup>، بلاچووا<sup>۱۴</sup> و دیگران نیز معتقدند والدین شرکت کننده در درمان تعامل والد-کودک برای کنترل کودکان تنبیه بدنی کمتری استفاده می‌کنند [۱۷]. برینک مایر<sup>۱۵</sup> و آیرگ نیز خاطر نشان می‌سازند از طریق درمان تعامل والد-کودک والدین یاد می‌گیرند تا شیوه‌های سازنده‌ای برای کنار آمدن با احساساتی همچون ناکامی را شکل داده و تقویت کنند [۱۳]. سولومون<sup>۱۶</sup> و اون<sup>۱۷</sup> در بررسی خود بر روی کودکان دارای طیف اختلالات اوتیسم دارای مشکلات رفتاری شدید به این نتیجه رسیدند که پس از درمان، والدین مشکلات رفتاری فرزند خود را کمتر برآورد کردند و رفتارهای نامعمول کودک کاهش یافته و رفتارهای سازگارانۀ کودک افزایش یافت [۱۸]. نیکسون<sup>۱۸</sup>، اسونی<sup>۱۹</sup>،

- 1- Boggs
- 2- Edwards
- 3- Royfield
- 4- Jacobs
- 5- Bagner
- 6- Timmer
- 7- Urquhza
- 8- Zebell
- 9- Chaffin
- 10- Silovsky
- 11- Funerburk
- 12- Valle
- 13- Brestan
- 14- Blachova
- 15- Brinkmeyer
- 16- Solomon
- 17- Ono
- 18- Nixon
- 19- Sweeney

- 20- Erickson
- 21- Touyz
- 22- Standard
- 23- Abbreviated
- 24- Gallagher

آزمایش توسط روان‌شناس بالینی، تحت درمان تعامل والد-کودک قرار گرفت. پس از انجام آموزش، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس از آزمون گرفته شد.

#### ابزار

۱- پرسشنامه علائم مرضی کودکان<sup>۱</sup>: این ابزار، برای سرندها شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودکان بر پایه ملاک‌های تشخیصی DSM-IV ساخته شده است. این پرسشنامه، یک مقیاس درجه بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو<sup>۲</sup> به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شد. این پرسشنامه دارای دو فرم ویژه والدین و آموزگاران می‌باشد. فرم والدین دارای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده و فرم معلم دارای ۷۷ سؤال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در بر می‌گیرد. هر یک از این گروه‌ها، زیر مجموعه خاص خود را داشته و شامل سؤالات مربوط به خود است. فهرست شدت علائم لجبازی و نافرمانی بخشی از پرسشنامه علائم مرضی کودکان است که اختصاصاً به ارزیابی علائم لجبازی و نافرمانی کودکان می‌پردازد و سؤالات ۱۹ تا ۲۶ را شامل می‌شود. خرده مقیاس‌های پرسشنامه علائم مرضی کودک شامل موارد ذیل است:

- گروه A- اختلال کاستی توجه- بیش‌فعالی
- گروه B- اختلال لجبازی و نافرمانی
- گروه C- اختلال سلوک
- گروه D- اختلالات اضطرابی
- گروه E- اختلال اضطرابی و تیک
- گروه F- اختلالات روان‌پریشی
- گروه G- اختلالات خلقی
- گروه H- اختلالات فراگیر رشدی
- گروه I- اختلالات اضطرابی
- گروه J- اختلال اضطرابی
- گروه K- اختلالات دفع
- گروه L- گروه اضافی

اثر بخشی درمان تعامل والد-کودک روی مادران، بر کاهش علائم بی‌اعتنایی مقابله‌ای در کودکان پیش‌دبستانی آنها می‌باشد.

#### روش

**طرح پژوهش:** این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، انجام شد. متغیر مستقل درمان تعامل والد-کودک بود که طی ۷ جلسه بر روی مادران انجام شد و نمرات نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان آنها به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری در این پژوهش، شامل کلیه کودکان ۴ تا ۷ ساله تحت آموزش در مهد کودک‌های خصوصی زیر نظر سازمان بهزیستی مناطق ۱۲ گانه شهر مشهد بود. ملاک‌های ورود و خروج: ملاک‌های ورود کودکان عبارت بودند از حضور کودک در مهد کودک طی دوره پژوهش، داشتن سن بین ۴ تا ۷ سال، داشتن سابقه‌ای از بعضی مسائل رفتاری از بدو ورود به مهد کودک تا هنگام شروع پژوهش مانند: کج خلقی‌های فراوان، انجام رفتارهای آزارنده، بی‌اعتنایی عمدی نسبت به قوانین، آستانه تحمل پایین در هنگام انجام تکالیف و دسترسی داشتن به والدین کودک از طریق مهد کودک. ملاک‌های خروج عبارت بودند از طلاق پدر و مادر کودک، بیماری روانی شدید پدر و مادر کودک، وجود بیماری بدنی مزمن و ناتوان کننده در کودک و وجود بیماری روانی همزمان در کودک. معیارهای ورود والدین نیز، شامل داشتن سواد برای پر کردن پرسشنامه، موافقت با حضور در جلسات آموزش و داشتن کودکانی با معیارهای ورود و خروج مذکور بود. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. در این روش ابتدا ۴ منطقه (مناطق ۱، ۲، ۴ و ۵) به طور تصادفی از میان مناطق ۱۲ گانه شهر مشهد انتخاب و از این مناطق انتخابی، تعداد ۱۵ مهد کودک به صورت تصادفی انتخاب شدند. تعداد افراد شناسایی شده در این مهد کودک‌ها که دارای ملاک‌های نافرمانی مقابله‌ای طبق پرسشنامه علائم مرضی کودک بودند، ۹۵ نفر بود. در نهایت، از این مهد کودک‌ها، دو گروه ۱۵ نفری (در مجموع) ۳۰ نفر از کودکان دارای نافرمانی مقابله‌ای به طور تصادفی انتخاب و مادران آنها نیز به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند که البته پس از ریزش به ۱۲ نفر در هر گروه تقلیل یافت. گروه

1- Child Symptoms Inventory

2- Sprafkin & Gadow

توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی انجام شد. طرح درمانی مبتنی بر درمان تعامل والد- کودک مورد استفاده در این پژوهش برداشتی از چارچوب اصول درمانی تعامل والد- کودک، بر گرفته از مطالعاتی همچون درمان تعامل والد- کودک در کودکان دارای مشکلات رفتاری آبیبرگ، فاندربارک<sup>۱</sup>، همبری کین<sup>۲</sup>، مک نیل<sup>۳</sup>، کوریدو<sup>۴</sup> و هود<sup>۵</sup> [۱۲]، درمان تعامل والد- کودک در مورد کودکان دارای مشکلات رفتاری مخرب گالاگر [۲۰]، نتایج درمان تعامل والد- کودک هود و آبیبرگ [۸]، درمان تعامل والد- کودک وار<sup>۶</sup> و فورسون<sup>۷</sup> [۳۲]، پایه‌های تجربی و نظری درمان تعامل والد- کودک در کودکان مورد سوء استفاده جسمی، هرشیل<sup>۸</sup> و مک نیل<sup>۹</sup> [۳۳]، نتایج درمان تعامل والد- کودک بوگز، آبیبرگ، ادواردز، رایفیلد، جاکوبز، بگنر و هود [۱۵]، درمان تعامل والد- کودک آبیبرگ [۳۴] و بسیاری از مطالعات انجام شده دیگر در مورد درمان تعامل والد- کودک بوده که توسط پژوهشگران جمع بندی گردید. در ذیل محتوای این طرح درمانی به تفکیک جلسات ارائه شده است:

جلسه اول: معارفه، توضیح ماهیت اختلال نافرمانی مقابله‌ای، علائم و علل آن (آمادگی مزاجی، ژنتیکی، عصب شناختی، مشکلات خانوادگی، عزت نفس پایین کودک، ترس از شکست، احساس تنهایی) و بررسی علل رفتارهای منفی (عصبانیت و پرخاشگری با احساسات زیر بنایی همچون احساس تنهایی، نگرانی، ناکامی، عزت نفس پایین و ترس از شکست ارتباط دارد). ضرورت درمان به موقع، تشریح ساختار جلسات و نقش والدین در طول جلسات

جلسه دوم: منطق درمان مبتنی بر تعامل والد- کودک، اهمیت تعاملات مثبت والد- کودک، بیان ارتباط بین رفتارهای منفی کودک و واکنش‌های تنبیهی والدین و چگونگی ایجاد یک چرخه معیوبی که باعث حفظ این رفتارها می‌شود.

اعتبار پرسشنامه علائم مرضی کودک به روش بازآزمایی در مورد نمره‌های شدت و غربال کننده برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۵ است [۱۸]. در مطالعاتی که در ایران انجام گرفته اعتبار فرم‌های والدین و آموزگاران به شیوه بازآزمایی، به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین مطالعات نشان داده‌اند این پرسشنامه با فرم رفتاری کودک و پرسشنامه شخصیتی کودکان، همبستگی مثبتی دارد. این نتایج، روایی سازه پرسشنامه علائم مرضی کودک را به عنوان پرسشنامه نشانه‌های مرضی کودک، مورد تأیید قرار می‌دهد [۳۰]. حساسیت پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر اساس بهترین نمره برش (۵ برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای) ۰/۸۹ تعیین شده است و ویژگی آن بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ به دست آمده است [۳۱]. در این پژوهش برای فرم والد از نمره برش ۵ برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده شده است. در پژوهش حاضر، از شیوه نمره برش غربال کننده جهت نمره گذاری سوالات استفاده شد. شیوه نمره برش غربال کننده در یک مقیاس ۴ امتیازی؛ هرگز=۰، بعضی اوقات=۱، اغلب اوقات=۲ و بیشتر اوقات=۳ نمره گذاری می‌شود.

**روند اجرای پژوهش:** برای اجرای پژوهش، نخست به کمک مصاحبه با مدیران مهدهای کودک، کودکان مشکوک به داشتن بی‌اعتنایی مقابله‌ای، انتخاب و با والدین آنها از طریق مسئول مهد کودک مربوطه تماس برقرار شد که در صورت موافقت والدین و داشتن معیارهای ورود و نداشتن معیارهای خروج، پرسشنامه علائم مرضی کودکان در اختیار مادران قرار گرفت تا آن را تکمیل کنند و در صورت وجود هر گونه ابهام از طرف مادران یا پژوهشگر، با مادران مصاحبه‌ای صورت می‌گرفت. پس از مرحله تکمیل پرسشنامه‌ها، ۳۰ نفر از کودکان انتخاب شدند و مادران آنها به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند و سپس از آزمودنی‌های انتخاب شده در گروه آزمایش، برای شرکت در جلسات درمان از طریق دعوتنامه‌هایی دعوت به عمل آمد که کلیه اطلاعات مربوط به زمان، مکان و نحوه برگزاری جلسات در این دعوتنامه قید شده بود. گروه آزمایش، تحت آموزش گروهی بر اساس درمان تعامل والد- کودک قرار گرفت. مدت آموزش ۷ جلسه و زمان هر جلسه حدود یک ساعت و نیم بود. مداخله

- 1 - Funderburk
- 2- Hambree-kign
- 3- McNeil
- 4 - Querido
- 5 - Hood
- 6 -Ware
- 7 -Fortson
- 8-Herchell
- 9 -McNeil

## یافته‌ها

در این قسمت با استفاده از نرم افزار SPSS-18 به تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی و استنباطی پرداخته شده است. ابتدا ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و مقایسه و سپس آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر وابسته ارائه گردیده است. پس از آن، نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لوین مبنی بر تساوی واریانس‌ها و همگنی رگرسیون به منظور بررسی پیش فرض‌های آماری لازم جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک در مورد متغیر وابسته ارائه گردیده است. سپس داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در این تحلیل، عضویت گروهی به عنوان متغیر مستقل و نمرات نافرمانی مقابله‌ای به عنوان متغیر وابسته و نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل (همگام)، در نظر گرفته شده است. میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش ۴/۶۴ (۰/۸۳) و گروه مقایسه ۵/۰۲ (۰/۸۹) می‌باشد که با توجه به نتیجه آزمون t برای دو گروه مستقل تفاوت معناداری بین میانگین سنی دو گروه مشاهده نشد ( $t=۱/۶۸$  ,  $p>۰/۰۵$ ). جدول ۱ توزیع فراوانی افراد را بر حسب جنسیت نشان می‌دهد.

جدول ۱) توزیع فراوانی افراد بر حسب جنسیت

متغیر	گروه		گروه آزمایش		گروه مقایسه	
	شاخص آماره متغیر	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنسیت	دختر	۲	۱۶	۳	۲۵	
	پسر	۱۰	۸۴	۹	۷۵	

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود تعداد دختران و پسران در هر گروه و درصد آن مشخص شده است. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیر نافرمانی مقابله‌ای در دو گروه آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد که حکایت از نرمال بودن گروه آزمایش ( $Z=۰/۱۷$  ,  $P>۰/۰۵$ ) و گروه مقایسه ( $Z=۰/۰۶$  ,  $P>۰/۰۵$ ) داشت. همچنین برای بررسی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس‌ها وجود

جلسه سوم: آموزش اصول اصلاح رفتار شامل مشخص کردن رفتارهای هدف اندک، بیان انتظارات دقیق، ارائه قوانین ساده و قابل درک برای کودک، عدم حذف قوانین، تقویت رفتارهای مطلوب، استفاده از محروم کردن<sup>۱</sup> برای رفتارهای نامطلوب، استفاده از اصول نادیده گرفتن برای رفتارهای منفی، استفاده از دستورات مستقیم و روشن، اجتناب از انتقاد یا کلمات منفی و در عوض تمرکز بر دستورالعمل‌های مثبت و با ثبات بودن در ارائه نتایج. آموزش به والدین در مورد اینکه رفتارهای قدیمی در برابر تغییر مقاوم اند مگر اینکه رفتارهای جدید با نتایج پاداش دهنده بیشتری دنبال شوند.

جلسه چهارم: آموزش تکنیک‌های بازی با کودک، آموزش استفاده از مهارت‌های تقویت با نام اختصاری PRIDE شامل: جایزه<sup>۲</sup>، انعکاس<sup>۳</sup>، تقلید<sup>۴</sup>، توصیف<sup>۵</sup> و اشتیاق<sup>۶</sup> هنگام هنگام بازی با کودک، فراهم کردن زمینه مشارکت فعال کودک در بازی، دادن نقش رهبری به کودک هنگام بازی.

جلسه پنجم: توضیح سبک‌های فرزند پروری، انواع آن (مقتدرانه، مستبد-دیکتاتور، سهل گیرانه) و اهمیت آن در بروز مشکلات رفتاری کودکان.

جلسه ششم: تشریح اهمیت ارتباط مثبت با کودک. آموزش راه‌های صحیح گوش دادن (پرهیز از قضاوت، انتقاد و دستور، برگرداندن حرف‌های کودک به خودش، نشان دادن احساس خوب به کودک)

جلسه هفتم: آموزش والدین در مورد کنترل هیجان هنگام واکنش در برابر رفتارهای منفی کودک، اهمیت سرمشق‌گیری در کودکان، شناسایی آنچه در ارتباط با کودک استرس را افزایش می‌دهد. صحبت کردن در مورد آنها به جای کنش نمایی، بحث و تبادل نظر در مورد تکنیک‌های آموزش داده شده، جمع بندی و نتیجه‌گیری

گروه کنترل، هیچ آموزشی در زمینه درمان تعامل والد-کودک دریافت نکرد و تنها در مرحله تکمیل پرسشنامه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون همکاری داشت.

- 1- Time out
- 2- Praise
- 3- Reflection
- 4- Imitation
- 5- Description
- 6- Enthusiasm

ندارد ( $F=0/34, P>0/05$ ). جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس عضویت گروهی بر نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس از آزمون را نشان می‌دهد. در نهایت نتایج

بررسی پیش فرض همگنی رگرسیون نشان داد که این پیش فرض نیز برقرار بوده است ( $F=0/18, P>0/05$ ).

جدول ۲) نتایج تحلیل کوواریانس عضویت گروهی بر نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس از آزمون

متغیر	آماره	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری	اندازه تأثیر	توان آزمون
نافرمانی مقابله‌ای (پیش آزمون)	۶۰/۲۵	۱	۱۲/۵۸	۰/۰۰۳	۰/۴۵	۰/۹۱	
سن	۰/۳۸	۱	۰/۰۸	۰/۷۷	۰/۰۰۵	۰/۰۵	
جنسیت	۰/۰۸	۱	۰/۰۱	۰/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵	
گروه‌ها	۸۴/۸۶۰	۱	۱۷/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۷	

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، هیچکدام از متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت معناداری با متغیر وابسته ندارند و نیازی به کنترل آنها نیست. فقط نمرات نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری با متغیر وابسته دارد و به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شده است. به این معنی که پیش آزمون نقش آگاهی بخشی داشته و به همین دلیل با نمرات پس از آزمون تفاوت معنادار دارد و بایستی کنترل شود ( $p=0/003$ ). مطابق جدول، با کنترل تأثیر پیش آزمون، کاهش معناداری در نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای دیده می‌شود ( $p=0/001, df=1$ ). میزان تأثیر ۵۴ درصد است که نشان می‌دهد با کنترل تأثیر پیش آزمون، ۵۴ درصد کل واریانس‌ها یا تفاوت‌های فردی، مربوط به تفاوت بین دو گروه مقایسه و آزمایش و ناشی از اعمال متغیر مستقل است. این یافته گویای آن است که درمان تعامل والد-کودک توانسته است نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان را کاهش دهد و این کاهش معنی دار است. توان آماری ۰/۹۷ نشان می‌دهد که به احتمال ۹۷ درصد فرضیه صفر به طور صحیح رد شده است. همچنین توان آماری ۰/۹۷ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ نشان دهد که حجم نمونه برای آزمون این فرضیه کافی بوده است.

#### بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک بر کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش دبستانی بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که گروه آزمایش کاهش معنی داری را در نمرات علائم

نافرمانی مقابله‌ای نسبت به گروه مقایسه گزارش نمودند. با توجه به نتایج مرحله پس از آزمون درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک در بهبود علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر واقع شد. فرض به کارگیری درمان تعامل والد-کودک در مورد اختلال نافرمانی مقابله‌ای این بود که بسیاری از اختلالات رفتاری کودکان در تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارد. رفتارهای منفی والدین (مانند فریاد زدن، تهدید کردن)، رفتارهای منفی کودک (مانند بی‌مسئولیتی و نافرمانی) را تقویت می‌کند که این مسأله رفتارهای والدین را بدتر کرده و ممکن است منجر به خشونت شود. درمان تعامل والد-کودک با تقویت تعاملات مثبت و آموزش والدین به اینکه با ثبات باشند و تکنیک‌های غیر خشونت آمیز را به کار برند، این چرخه معیوب را می‌شکند [۱۷]. در درمان تعامل والد-کودک، والدین مهارت‌هایی برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد کودکانشان فرا می‌گیرند و به این ترتیب رفتارهای اجتماعی را در کودک افزایش داده و رفتارهای منفی را در وی کاهش می‌دهند. در این برنامه درمانی والدین یاد می‌گیرند که کودکانشان نزدیک شوند، سبک‌های والدینی مؤثرتری که منطبق با نیازهای کودکانشان است به کار برند و به رفتارهای سازگارانه کودک توجه کرده و رفتارهای ناسازگارانه وی را نادیده بگیرند. در عوض کودکان به این تعاملات به صورت سالم‌تری پاسخ می‌دهند [۱۳]. اصلاح و درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای از آنجا اهمیت بیشتری می‌یابد که مطالعات متعددی حاکی از آنند که عدم درمان این اختلال پیش بینی کننده اختلال سلوک، اختلال خلقی

بر روی کودکان دارای نافرمانی مقابله‌ای در مهد کودک‌های مشهد انجام شد. با توجه به اهمیت نقش هر دو والد در اختلال نافرمانی مقابله‌ای [۳۵] پیشنهاد می‌شود مداخلات درمانی روی هر دو والد انجام شود. انجام پژوهش‌هایی در زمینه شیوه‌های ارزیابی نافرمانی مقابله‌ای، متغیرهای سبب‌شناسی ژنتیکی و محیطی، رفتارهای والدینی که سبب حفظ و نگهداری این اختلال می‌شوند، مداخلات پیشگیرانه، درمان و خطر آسیب‌شناسی‌های بعدی، می‌تواند در ارتقای دانش ما در این زمینه بسیار مفید باشد.

#### منابع

- 1- Lavign JV, LeBailly SA, Gouze KR, Cicchetti C, Pochyly J, Arend R, Jessup BW & Binns H. Trating oppositional defiant disorder in primary care. *J Pediatr Psychol*. 2008; 33(5): 449- 461.
- 2- Urquiza AJ, Timmer S. Parent-child interaction therapy: Enhancing parent child relationships. *Psychosoc Interv*. 2012; 21(2):145-156.
- 3- Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorder in preschool children. *Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47: 313-337.
- 4- Hall N, Williams J, Hall P. Fresh approaches with oppositional student. *Reclam Child Youth*. 2000; 8(4):219-226.
- 5- Choate ML, Pincuse DB, Eyberg SM & Barlow DH. Parent child interaction therapy for young children. A pilot srudy. *Cogn Behav Pract*. 2005; 12: 126-135.
- 6- Beirami M, EbadiAsayesh M. The compression of oppositional defiant disorder with parenting styles of mothers. *J woman & Fam Stud*: 2009; 4:49-62[Persian].
- 7- Cunningham CE, Boyle MH. Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family parenting and behavioral correlates. *J abnorm child psychol*. 2002; 30(6):555-569.
- 8- Hood KK, Eyberg SM. Outcomes of parent-child interaction therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *J Clin Chlid Adolesc Psychol*. 2003; 32(3):419-429.
- 9- Lambert EW, Wahler RG, Andrade AR & Bickman L. Looking for the disorder in conduct disorder. *J Abnorm Psychol*. 2000; 110: 110° 123.
- 10- Budd KS, Hella B, Bae H, Meyerson DA, Watkin SC. Delivering parent-child interaction therapy in urban community clinic. *Cong Behav Pract*. 2011; 18: 502-514.
- 11- Bell SK, Eyberg SM. Parent child interaction therapy. *Innov Clin Pract*. 2000; 20:57-75.
- 12- Eyberg SM, Funderburk BW, Hambree-kign TL, McNeil CB, Querido JG & Hood KK. Parent-child interaction therapy with behavior problem

و اختلال شخصیت ضد اجتماعی و یا رفتارهای بزهکارانه و پرخاشگرانه جدی در نوجوانی و بزرگسالی هستند [۲، ۸، ۱۵]. یافته‌های پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش‌های قبلی [۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰] همسو است. یافته‌های این پژوهش‌ها به طور قابل توجهی حاکی از آنند که درمان تعامل والد- کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: آشنایی والدین با اصول تغییر رفتار، علائم نافرمانی مقابله‌ای، سبب‌شناسی آن، عواملی که سبب تقویت یا کاهش آن می‌شوند، ماهیت چرخه‌ای تعاملات منفی والد- کودک، رفتارهای والدینی که باعث حفظ و نگهداری رفتارهای مقابله‌ای در کودکان می‌شوند و آموزش آنها در جهت اصلاح این رفتارها، ازجمله عوامل درمانی در این پژوهش به شمار می‌رود. ماهیت گروهی درمان که در این پژوهش به کار گرفته شد، خود باعث شد که مادران از تجربیات موفق یکدیگر مبنی بر شیوه‌های کنار آمدن با رفتارهای نافرمانی و مقابله‌ای کودک، بهره‌مند شوند. به عنوان یک نتیجه کلی می‌توان درمان تعامل والد- کودک را به عنوان یک راهکار آموزشی- درمانی برای والدین، جهت کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان به کار برد. در واقع اثربخشی درمان تعامل والد- کودک در این پژوهش، نیاز کودکان دارای نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای و والدین آنها را به اینگونه آموزش‌های روان‌درمانی، تأیید می‌کند. هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبروست و این پژوهش نیز از این امر مستثنی نیست. در این پژوهش برای تشخیص کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تنها به استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودکان اکتفا شده بود، اولاً اینکه این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی بوده که می‌تواند باعث بیش برآورد کردن یا کم برآورد کردن پاسخ‌ها شود و ثانیاً پرسشنامه علائم مرضی کودکان ابزار تشخیصی نبوده و تنها یک ابزار غربالگری است، لذا برای تشخیص دقیق و افتراقی اختلال نافرمانی مقابله‌ای، استفاده از روش‌هایی مانند مصاحبه بالینی و استفاده از ابزارهای دیگر، ضروری می‌نماید. عدم وجود آزمون پیگیری که بتوان تغییرات به وجود آمده را در فواصل زمانی پیگیری کرد نیز یکی از کاستی‌های پژوهش اخیر به شمار می‌رود. این مداخله تنها



- 26- Fernandez MA, Butler AM & Eyberg SM. Treatment outcome for low socioeconomic status African American families in parent-child interaction therapy: A pilot study. *Child Fam Behav Ther.* 2011; 33: 32-48.
- 27- McCabe K, Yeh M. Parent-child interaction therapy for Mexican Americans: A randomized clinical trial. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2009; 38: 753-759.
- 28- Phillips J, Morgan S, Cawthorne K & Barnett B. Pilot evaluation of parent-child interaction therapy delivered in an Australian Community early childhood clinic setting. *The Australia New Zealand J Psychiatry.* 2008; 42: 712-719.
- 29- Jahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri SH O, Jamshidi AA. Effectiveness of attachment therapy for disruptive behavior in girls with .2011; 12(4):41-48 [Persian].
- 30- MohammadEsmail E. The investigation of validity, reliability and determination of cut-point on disorders in child symptoms inventory in students aged 4-16 in Tehran. M.A. Thesis. Tehran: university of Allame Tabatabaai. 2001. [Persian].
- 31- TavakkoliZadeh J. The epidemiology of disruptive behavior disorder and deficiency in students in Gonabaad. M.A Thesis. Tehran: Psychiatry Ansettito. 1996.
- 32- Ware LM, Fortson BL & McNeil CB. Parent-child interaction therapy: A promising intervention for abusive families. *The Behav Anal Today.* 2003; 3(4): 375-382.
- 33- Herschel AD, McNeil CB. Theoretical and empirical underpinnings of parent-child interaction therapy with child abuse populations. *Edu treat child.* 2005; 28(2): 142-162.
- 34- Eyberg SM. Tailoring and adapting parent-child interaction therapy to new populations. *J Edu Treat Child.* 2005; 28(2):197-201.
- 35- Calzada EJ, Eyberg SM, Rich B & Querio JG. Parenting disruptive preschoolers: Experiences of mothers and fathers. *J Abnorm Child Psychol.* 2004; 32(2):203-213.
- children: one and two year maintenance of treatment effects in the family. *J Child Fam Ther.* 2001; 23: 1-20.
- 13- Brinkmeyer M, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy for oppositional children. New York: Guilford; 2003. p. 204-223.
- 14- McDiarmid MD, Bagner DM. Parent-child interaction therapy for children with disruptive behavior and developmental disabilities. *Edu Treat Child.* 2005; 28: 130-141.
- 15- Boggs SR, Eyberg SM, Edwards DL, Rayfield A, Jacobs J, Bagner & Hood KK. Outcoms of parent-child interaction therapy: A comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. *J Child Fam Behav Ther.* 2004; 26(4):1-22.
- 16- Timmer SG, Urquhza AJ, Zebell NM. Challenging foster caregiver-maltreated. The effectiveness of parent-child interaction therapy. *Child Youth Serv Rev.* 2005; 28:1-19.
- 17- Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle LA, Brestan EV, Balachova, T, Jackson S, Lensgraf J & Bonner BL. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *J Consul Clin Psychol.* 2004; 72(3):500-510.
- 18- Solomon M, Ono M, Timmer S & Goin-Jones B. The effectiveness of parent-child interaction therapy for families of children on the autism spectrum. *J Autism Dev Disord.* 2008; 38: 1767-1776.
- 19- Nixon RDV, Sweeney L, Erickson DB & Touyz SW. Parent-child interaction therapy: One- and two-year follow-up standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *J Abnorm Child Psychol.* 2004; 32(4):263-271.
- 20- Gallagher, N. Effects of parent-child interaction therapy on young children with disruptive behavior problems. *Bridges.* 2003; 1(4): 1-17.
- 21- Herchell AD, Calzada EJ, Eyberg SM, McNeil CB. Parent-child interaction therapy: new directions in research. *Cogn Behav pract.* 2002; 9: 9-19.
- 22- Johnson DB, Franklin LC, Hall K & Prieto LR. Parent training through play: Parent-child interaction therapy with a hyperactive child. *Fam J: Consul Ther Couple Fam.* 2000; 8: 180-186.
- 23- Masse JJ, McNeil, CB, Wagner SM & Chorney DB. Parent-child interaction therapy and high functioning autism: A conceptual overview. *J Ear Intensiv Behav Interv.* 2008; 4: 714° 735.
- 24- Horner RH, Carr EG, Strain, PS, Todd A & Reed HK. (2002). Problem behavior interventions for young children with autism: A research synthesis. *J Autism Dev Disord.* 2002; 32:423-446.
- 25- Bagner DM, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children whit mental retardation. *Clin Child Adolesc Psychol.* 2007; 36(3):418-429.

## Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy on Reduction of Symptoms in Oppositional Defiant Disorder

Abbaasi, M. \*M. A., Neshatdoost, H.T. Ph.D.

### Abstract

**Introduction:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of parent-child interaction therapy (PCIT) in reducing of the oppositional defiant behaviors of children.

**Method:** The statistical society was the whole of children aged 4-7 sub education in kindergartens in city of Mashhad. The subjects comprised 30 couples of mothers and children with oppositional defiant disorder who were selected with available method sampling using screening tools for emotional problems of children. The subjects were randomly assigned to experiment (n=15) and control group (n=15). The experimental group had 7 intervention sessions of parent-child interaction therapy (PCIT). At the end of treatment, a post-test was taken from both groups.

**Results:** The results of covariance analysis showed significant reduction in symptoms of oppositional defiant behaviors in experimental group compared with control group (p=0.001).

**Conclusion:** Parent-child interaction therapy on mothers can reduce the symptoms of oppositional defiant behaviors in children.

**Keywords:** Oppositional Defiant Disorder, Parent-Child Interaction, Preschool Children

---

\*Correspondence E-mail:  
zohal81@gmail.com

