

## اثربخشی روش والدگری کازدین بر روابط والد-کودک در دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

مریم فولادوند<sup>۱</sup>، محمدعلی نادى<sup>۲</sup>، احمد عابدی<sup>۳</sup>، ایلناز سجادیان<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional Defiant Disorder یا ODD)، اختلالی تدریجی و مزمن است که تقریباً همیشه در روابط بین فردی و عملکردی تحصیلی کودک تداخل ایجاد می‌کند. آموزش والدگری یکی از روش‌های مداخله مؤثر در ODD است که در آن والدین می‌آموزند چگونه با فرزند خود رفتار نمایند. از این رو پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی برنامه آموزش والدگری کازدین (Kazdin method for parenting) بر روابط والد-کودک (Parent-child relationships) در دانش آموزان مبتلا به ODD انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۹۰ روزه بود. از بین دانش آموزان مبتلا به ODD بر اساس کسب نمره بالاتر از نقطه برش در سیاهه رفتاری کودک آنباخ (Child Behavior Checklist یا CBCL) و مصاحبه بالینی انجام شده توسط مشاور مدرسه، تعداد ۳۰ دانش آموز انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش برنامه والدگری Kazdin را طی ۱۲ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه دریافت کردند. شرکت‌کنندگان در پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه رابطه والد-کودک (Child-Parent Relationship Scale یا CPRS) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

**یافته‌ها:** برنامه آموزش والدگری Kazdin منجر به افزایش معنی‌دار تعامل والد-کودک در خرده مقیاس‌های نزدیکی و رابطه کلی مثبت و کاهش تعارض و وابستگی در کودکان مبتلا به ODD شد ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** برنامه آموزش والدگری Kazdin موجب افزایش روابط والد-کودک در کودکان مبتلا به ODD شد. بر اساس نتایج حاضر آموزش والدین به شیوه کازدین می‌تواند روش کارآمدی در بهبود روابط والد-کودک در بین دانش آموزان مبتلا به ODD باشد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تعارض، فرزند پروری، نزدیکی، وابستگی.

**ارجاع:** فولادوند مریم، نادى محمدعلی، عابدی احمد، سجادیان ایلناز. اثربخشی روش والدگری کازدین بر روابط والد-کودک در دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶(۴): ۴۶۵-۴۵۳.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۰۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۲۴

- ۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
- ۲- دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
- ۳- دانشیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۴- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

Email: mnadi@khuif.ac.ir

نویسنده مسئول: محمدعلی نادى

## مقدمه

نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional Defiant Disorder یا ODD) منعکس‌کننده الگویی از منفی‌بافی و لجبازی نسبت به بزرگ‌ترها است و همچنین برای خانواده، کودک، معلم و اطرافیان مشکلات زیادی ایجاد می‌کند (۱، ۲). طبق بعضی گزارش‌ها، نرخ شیوع ODD ۲ تا ۱۶ درصد است. نرخ شیوع در پسرانی که هنوز به بلوغ نرسیده‌اند بیشتر است و بعد از بلوغ، نرخ شیوع در دختران و پسران یکسان می‌شود (۳). با توجه به پیامدهای این اختلال از جمله افت تحصیلی، عدم مشارکت در کارهای کلاسی، عدم تحمل ناکامی، انفجار خشم، رفتارهای ضداجتماعی و ضعف در روابط بین فردی پرداختن به درمان زودهنگام آن از اهمیت بسزایی برخوردار است (۴، ۵). تاکنون درمان خط اول این اختلال دارودرمانی و درمان‌های شناختی-رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy یا CBT) ویژه کودکان بوده است. CBT بر روش‌های مقابله با موج شدید خشم و برانگیختگی فیزیولوژیکی و کمک به کودکان برای بازیابی راهبردهای احتمالی از حافظه متمرکز بوده است. در این درمان‌ها نقش والدین و آموزش والدین نادیده گرفته شده است، اما در روش والدگری کازدین (Kazdin method for parenting) بیشترین تمرکز بر روی والدین، تعاملات والد-کودک و مهارت‌های حل مسئله است (۴، ۶، ۷).

کودکان با نشانه‌های ODD عمدتاً فاقد مهارت‌های عاطفی موردنیاز برای انجام تقاضاهای بزرگ‌ترها هستند و در روابط بین فردی ضعیف اند (۸). عوامل خانوادگی و تعارضات جدی زناشویی، نوع ارتباط والد-کودک، نقص مهارت والدین در تعامل و آموزش کودکان از جمله عوامل مؤثر بر این اختلال است. در این میان، انضباط سخت یا دستورات متناقض والدین و تنبیه از سوی آن‌ها در به وجود آمدن این اختلال، از اهمیت بیشتری برخوردار است (۴، ۹). ارتباط مؤثر یک ضرورت است. Holt معتقد است تعامل والد-فرزندی نخستین معرف دنیای ارتباطات کودک و یک رابطه مهم و حیاتی برای ایجاد امنیت و عشق است. همچنین متشکل از ترکیبی از رفتارها، احساسات و انتظاراتی است که منحصر به پدر و مادر خاص و یک کودک خاص می‌شود (۱۰). روابط والد-کودک یک پدیده پیچیده و چندبعدی است و در اثر تعامل عوامل کلیدی متعددی از قبیل

نگرش و میزان پذیرش والدین، نحوه مدیریت و کنترل خشم، حس شایستگی اجتماعی و خویش‌داری، میزان دانش و مهارت والدگری، اعتمادبه‌نفس و خوش‌فکری والدین در تربیت کودک و ایجاد محیطی با حداقل تعارض، کیفیت روابط والد-کودک و مراقبت عاطفی مادر از کودک، شکل می‌گیرد (۱۱). در واقع تعامل والد-کودک بر تأثیر نحوه برقراری ارتباط، نگرش نسبت به کودکان و ایجاد یک محیط عاطفی با کمترین تعارض توسط والدین تأکید می‌کند (۱۲). هدف روابط والد-کودک، بهبود مهارت‌های فرزندپروری است و شامل نظم و انضباط مثبت و قاطعانه، کاهش استرس و تنیدگی والدین، کاهش مشکلات رفتاری کودک، افزایش مهارت‌های اجتماعی، مدیریت رفتار والدین و افزایش اعتمادبه‌نفس کودک می‌شود (۱۳، ۱۴).

به دلیل مشکلات رو به رشدی که ODD در زندگی کودک و اطرافیان او ایجاد می‌کند، توجه بسیاری از پژوهشگران به روش‌های درمانی این اختلال جلب شده است. با توجه به اهمیت رابطه بین والدین و کودک در پدیدار شدن مشکلات رفتاری کودکان، آموزش والدین یکی از رایج‌ترین شیوه‌های درمانگری برای این اختلال محسوب می‌شود (۴، ۱۵). در بین عوامل خانوادگی تبیین‌کننده ODD در کودکان بیشترین پژوهش‌ها مربوط به شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد می‌شود. مهم‌ترین برنامه‌های آموزشی برای این اختلال، مداخلات مبتنی بر آموزش مهارت اجتماعی و شناختی به کودکان و آموزش شیوه‌های فرزند پروری، آموزش رفتاری والدین، مدیریت رفتار کودکان و آموزش تعامل والد-کودک به والدین است (۱۶). مدل آموزش مدیریت والدین به‌طور ساده به معنای تجربه روشی جدید برای آموختن است تا به کمک این روش رفتارهای والد و کودک تحت تأثیر قرار گیرد و تغییر کند. این تغییر در رفتار می‌تواند ما را به هدف نزدیک کند (۱). این روش در حقیقت توجه خود را کاملاً به علت‌های بالینی مشکل معطوف می‌کند و مدل مفهومی است برای اینکه بدانند چه کاری برای درمان باید انجام شود. همچنین بر رفتار کودک تأکید می‌کند (۴). به کمک آموزش مدیریت والدین می‌توان اقدام به خنثی کردن و ترک بعضی رفتارها و شروع بعضی رفتارهای دیگر در والدین نمود. همچنین به والدین راهبردهای عملی و مؤثر پرورش مهارت‌های اجتماعی، خودتنظیمی هیجانی، استقلال و قابلیت حل مسئله،

موجود در خانه و مدرسه کمک می‌کنند از اصول روانشناسی یادگیری و تربیتی استفاده می‌شود. در واقع برنامه‌های رفتاری آموزش والدین از لحاظ نظری زیربنای رفتاری و یادگیری دارند و از تکنیک‌های یادگیری مبتنی بر تحلیل تکلیف و شرطی‌سازی کنشگر استفاده می‌کنند (۴، ۲۲). در خصوص درمان یا آموزش کودکان دارای مشکلات رفتاری روش‌های متفاوتی اعمال شده است که هر کدام از این روش‌ها بیشترین اثربخشی را در یک اختلال خاص داشته‌اند. این روش‌ها در خصوص کودکان مبتلا به ODD هم اجرا شده‌اند اما اثربخشی آن‌ها به اندازه روش والدگری Kazdin نبوده است. برای مثال می‌توان به درمان‌های تعامل والد-کودک (در خانواده‌هایی که کودکان مبتلا به ناتوانی رشدی مانند عقب‌ماندگی ذهنی، در خودماندگی و اضطراب جدایی دارند بیشترین کاربرد را دارد، ۲۳)، CBT (بیشتر روی خود کودکان اعمال شده است، ۶)، فرزندپروری مثبت (بیشتر در مورد کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی کاربرد داشته است، ۲۴)، درمان والدگری بارکلی (مخصوص کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی است، ۲۵، ۲۶) می‌توان اشاره کرد. علی‌رغم اثربخشی درمان‌های فوق نکته‌ای که کمتر مورد توجه پژوهشگران قبلی بوده است آموزش تخصصی والدین در خصوص ODD بوده است. با وجود این برنامه والدگری Kazdin صرفاً برای کودکان مبتلا به ODD و اختلال سلوک طراحی شده است. از مزایای دیگر این روش این است که به روابط والدین با کودکان توجه زیادی می‌شود تا روز به روز روابط والد-کودک بهتر شود.

با توجه به مطالب ذکر شده و اینکه خانواده اولین و مهم‌ترین نهاد ارتباطی برای کودکان بشمار می‌آید، استفاده از شیوه‌های مناسب فرزند پروری می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر رشد روانی، تعاملات مطلوب والدین با فرزندان، کاهش تعارضات والدین با فرزندان، سازگاری اجتماعی و عملکرد تحصیلی آنها مطلوب داشته باشد. از آنجایی که کودکان در سنین دبستان نسبت به محیط نامناسب خانواده و غفلت والدین آسیب‌پذیرتر هستند، دوران دبستان سال‌های مناسبی برای تشخیص مداخلات بهنگام برای کاهش و پیشگیری از مشکلات عاطفی، رفتاری، هیجانی، روانی است و همچنین در پژوهشی از روش والدگری Kazdin به صورت خاص در مورد کودکان مبتلا به ODD

توجه کردن و شکل‌دهی رفتار را می‌آموزد. این مهارت‌ها باعث ارتقای هماهنگی خانواده، کاهش تعارضات والد-کودک و توسعه روابط موفقیت‌آمیز با همسالان و آماده‌سازی کودک برای موفقیت تحصیلی می‌گردد (۴، ۱۷).

نتایج فراتحلیلی که در زمینه آموزش رفتاری والدین و مقایسه آن با CBT کودکان و نوجوانان مبتلا به ODD و ضداجتماعی انجام شده نشان می‌دهد که میانگین اندازه اثر آموزش رفتاری والدین و CBT در کودکان بر اصلاح رفتار کودکان به ترتیب برابر ۴۷ و ۳۵ درصد بوده است. این نتایج بیانگر آن است که ریشه مشکلات رفتاری کودکان به خانواده بر می‌گردد و رفتار انحرافی کودک در واقع یک نوع انطباق با خانواده است (۴، ۶). روش والدگری Kazdin هم برای معضلات کودک و هم تعامل و ارتباط با خانواده مناسب است. نتایج نشان داده است که آموزش والدگری در کاهش کارکردهای نامطلوب فرزند پروری، بهبود رابطه والد-کودک، مشکلات والدگری ادراک شده توسط والدین و مشکلات رفتاری کودکان، کاهش تعارضات والد-کودک مؤثر بوده است زیرا درک والدین از بدرفتاری‌ها و مشکلات روان‌شناختی فرزندان‌شان بالا رفته است (۱۱، ۱۸). نتایج فراتحلیل Theule و همکاران نشان داد روش والدگری در کاهش تعارضات والد-کودک مؤثر بوده است. مشکلات دلبستگی اختلالی را در عملکرد عاطفی کودکان مبتلا به ODD ایجاد می‌کند و این حالت احساسی ناخوشایند است که این تعارضات را بین والد و کودک به وجود می‌آورد (۲). نتایج دیگر حاکی از آن است که ناامنی و عدم دلبستگی به خودی خود منجر به ODD نمی‌شوند، بلکه ناکارآمدی فرزندپروری است که می‌تواند بر این مسئله تأثیر بگذارد (۱۹).

درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک بر کاهش نشانه‌های ODD تا ۳۰ درصد مؤثر بوده و روش آموزش حل مسئله باعث کاهش خشم و کنترل تکانه‌های پرخاشگری در کودکان شده است (۲۰، ۲۱). برای آموزش والدین رویکردهای متعددی وجود دارد، در برخی از رویکردها مدیریتی شناختی و تعاملی پیشنهادی می‌شود و اصولاً با استفاده از تکنیک‌های رفتاری مانند تنبیه، پاداش و تقویت مخالف می‌شود. در مقابل، در روش‌های رفتاری آموزش والدین مانند برنامه‌های Kazdin که به حل مشکلات

تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۶۹، ۰/۴۶ و ۰/۸۴ گزارش شده است (۲۷). این پرسشنامه توسط ارباشی و همکاران ترجمه و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصین ارزیابی شده است. اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ بوده است (۲۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ هرکدام از حوزه‌های فوق به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۲، ۰/۶۰، ۰/۷۵ بود.

### سیاهه رفتاری کودک (Child Behavior Checklist)

**Checklist یا CBCL**: این پرسشنامه توسط Achenbach در سال ۱۹۷۹ برای تشخیص اختلالات رفتاری بیرونی و درونی شده کودکان ساخته شده است (۲۹). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط مینایی بر روی دانش آموزان پسر و دختر شهر تهران انجام شده است. اعتبار بازآزمایی برای نمره کل و خرده مقیاس‌های قانون‌شکنی و پرخاشگری به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۱ و ۰/۹۰ بوده است. ضریب آلفای کرونباخ نیز برای نمره کل و دو خرده مقیاس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۰). این پرسشنامه شامل ۱۱۳ گویه درباره مشکلات درونی و بیرونی کودکان است و والدین باید وضعیت فرزند خود را در هر گویه با انتخاب یکی از سه گزینه نادرست (۰)، تا حدی درست (۱) و کاملاً درست (۲) مشخص کنند. در این سیاهه، از مجموع نمره‌های قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه عامل مشکلات برونی‌سازی شده به دست می‌آید (۳۰). در پژوهش حاضر فقط نمرات مربوط به زیر مقیاس‌های رفتار قانون شکنانه و رفتار پرخاشگرانه استفاده شد، زیرا این دو گروه دربردارنده مشکلات برونی‌سازی شده هستند و اساساً مستلزم تعارض با دیگران و انتظارات دیگران از کودک می‌باشند. نمرات  $T > 63$  نشان‌دهنده دامنه بالینی این اختلال است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های CBCL بین ۰/۳۲ تا ۰/۸۷ (مقیاس‌های برونی‌سازی شده) محاسبه شده و اعتبار آن به روش بازآزمایی (در فاصله بین ۵ تا ۸ هفته) نیز ۰/۶۷ تا ۰/۹۷ (مقیاس برونی‌سازی شده) گزارش شده است (۳۰).

### برنامه والدگری کازدین (Kazdin method for parenting)

این برنامه توسط Kazdin در سال ۲۰۰۵ برای کودکان ۲ تا ۱۴ سال طراحی شده است. این برنامه به صورت

استفاده نشده است، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا روش والدگری Kazdin بر روابط والد-کودک در دانش آموزان مبتلا به ODD تأثیر دارد یا خیر؟

### مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه دانش آموزان پسر مبتلا به ODD، پایه اول تا سوم مدارس ابتدایی شهر اصفهان بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، ۳۰ نفر بر اساس نمره CBCL نسخه والدین، کسب نمره بالاتر از نقطه برش و مصاحبه مشاور مدرسه با دانش آموزان انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص ODD، محدود سنی ابتدایی اول، تحصیلات والدین در شرایطی که بتوانند آزمون را پاسخ دهند، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، عدم وجود اختلال‌های همبود (اختلال سلوک، اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی، اختلال افسردگی و دوقطبی، اختلال انفجار خشم متناوب) بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه والدین و عدم رضایت والدین بود. سپس والدین به تصادف در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. مطالعه حاضر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و اخذ رضایت‌نامه از شرکت‌کننده‌ها انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (ANOVA Repeated Measure) در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد زیر بود.

### پرسشنامه رابطه والد-کودک (Child-Parent Relationship Scale یا CPRS):

این مقیاس برای اولین بار در سال ۱۹۹۷ توسط Pianta ساخته شده و شامل ۳۳ ماده است که ادراک والدین را در رابطه آن‌ها با کودک می‌سنجد. این مقیاس شامل حوزه‌های نزدیکی، تعارض، وابستگی و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) است. پرسشنامه دارای مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (قطعاً صدق نمی‌کند) تا ۵ (قطعاً صدق می‌کند) است. این مقیاس برای سنجش رابطه والد-کودک در تمام سنین استفاده می‌شود. اعتبار پرسشنامه در حوزه‌های

مشارکت کنند. سپس تکلیف جلسه آینده مشخص و والدین به انجام تکلیف جلسه بعد تشویق می‌شدند. در پایان هر جلسه جمع‌بندی از مطالب آن جلسه به عمل می‌آمد. پس از ۱۲ جلسه آموزش، از والدین پس‌آزمون به عمل آمد و بعد از ۹۰ روز آزمون پیگیری انجام شد.

### یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. میانگین نمره والدینی که در گروه آزمایش قرار داشتند از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری تغییراتی داشته است. برای بررسی این تغییرات از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای آزمون پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۲ تمامی پیش‌فرض‌های آزمون گزارش شده و نشان دهنده این است که پیش فرض‌ها رعایت شده است. در جدول ۳ نتایج مربوط به تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر گزارش شده است. داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پرسشنامه CPRS و مؤلفه‌های آن در پس‌آزمون و پیگیری نمرات بهتری کسب کرده‌اند.

انفرادی و گروهی ارائه می‌شود. روش ارائه با توجه به شدت و نوع مشکل کودکان و نارسایی در کارکرد خانواده تعیین می‌شود و شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است. بین جلسات درمانگر از والدین می‌خواهد تا برای تمرین مهارت‌های فرزند پروری در خانه، کمک و حمایت لازم را انجام دهند. ارزیابی مستمر پیشرفت کودک و والدین با استفاده از روش ایفای نقش توسط والدین و کودکان حاضر اهمیت است (۱، ۴، ۳۱، ۳۲). هدف اولیه آموزش ایجاد تغییر در رفتار والدین، تغییر در مشکلات و رفتارهای اکتسابی کودک و همچنین تغییر در نحوه ارتباط بین کودک و والدین است (۳۲). خلاصه جلسات آموزشی به شرح زیر است: ۱- معرفی و آشنایی (پیش از آموزش)، ۲- تعریف، مشاهده و یادداشت رفتار، ۳- تقویت مثبت، جدول امتیازات انگیزشی و تشویق، ۴- محروم کردن از تقویت، ۵- توجه به بی‌اعتنایی برنامه‌ریزی شده، ۶- شکل‌دهی و برنامه‌های مدرسه، ۷- مرور و حل مسئله، ۸- ملاقات خانوادگی، ۹- رفتارهای کم تکرار، ۱۰- نکوهش‌های کلامی، ۱۱- به توافق رسیدن، ۱۲- مرور مهارت، تمرین و پایان جلسه (۳۲). پس از انجام نمونه‌گیری و تکمیل پرسشنامه به‌عنوان پیش‌آزمون، والدین گروه آزمایش به‌صورت گروهی تحت جلسات آموزشی قرار گرفتند. در هر یک از جلسات ابتدا تکالیف هفته قبل مورد بازبینی قرار می‌گرفت و از والدین خواسته می‌شد تا در بحث

جدول ۱: میانگین حوزه‌های نزدیکی، تعارض، وابستگی و رابطه مثبت کلی به تفکیک گروه‌های مورد بررسی

حوزه‌ها	میانگین		انحراف استاندارد	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نزدیکی	۲۰/۶۷	۱۵/۶	۱۳/۴	۱/۴۴
کنترل	۲۰/۹۳	۲۰	۱۹/۸	۱/۴۸
تعارض	۵۵/۸۷	۴۸/۶۷	۴۵/۴۷	۵/۵۶
کنترل	۵۶/۷۳	۵۵	۵۵/۰۷	۴/۵۹
وابستگی	۲۴/۸	۱۸	۱۵/۴	۳/۳۲
کنترل	۲۵	۲۴/۰۷	۲۴/۰۷	۳/۲۷
رابطه مثبت کلی	۸۶/۶۷	۹۴/۹۳	۱۰۰/۵۳	۴/۷۷
کنترل	۸۷/۸۷	۸۸/۳۳	۸۸/۰۷	۴/۴۸



جدول ۲: نتایج مربوط به پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

حوزه ها	باکس	ماچلی	لوین
نزدیکی	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۹۱
وابستگی	۰/۷۷	۰/۱۲	۰/۷۷
تعارض	۰/۸۲	۰/۱۷	۰/۶۰
رابطه مثبت کلی	۰/۱۲	۰/۸۱	۰/۷۶

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

حوزه ها	منبع تغییرات	SS	DF	MS	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
نزدیکی	عامل ۱ (زمان)	۲۸۰/۸۰۰	۲	۱۴۰/۴۰۰	۹۰/۹۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
	عامل ۱×گروه	۱۴۶/۷۵۶	۲	۷۳/۳۷۸	۴۷/۳۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
	گروه	۳۰۶/۱۷۸	۱	۳۰۶/۱۷۸	۲۷/۵۲۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹۹
	خطا	۸۶/۴۴۴	۵۶	۱/۵۴۴	-	-	-	-
تعارض	عامل ۱ (زمان)	۵۸۸/۰۶۷	۲	۲۹۴/۰۳۳	۸۶/۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
	عامل ۱×گروه	۲۹۲/۰۶۷	۲	۱۴۶/۰۳۳	۴۲/۷۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
	گروه	۷۰۵/۶۰۰	۱	۷۰۵/۶۰۰	۸/۳۴	۰/۰۰۷	۰/۲۳	۰/۷۹۶
	خطا	۱۹۱/۲۰۰	۵۶	۳/۴۱۴	-	-	-	-
وابستگی	عامل ۱ (زمان)	۴۳۳/۳۵۶	۲	۲۱۶/۶۷۸	۱۲۱/۵۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
	عامل ۱×گروه	۲۸۲/۱۵۶	۲	۱۴۱/۰۷۸	۷۹/۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
	گروه	۵۵۷/۵۱۱	۱	۵۵۷/۵۱۱	۱۸/۸۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۸۷
	خطا	۹۹/۸۲۲	۵۶	۱/۷۸۳	-	-	-	-
رابطه مثبت کلی	عامل ۱ (زمان)	۶۴۷/۴۶۷	۲	۳۲۳/۷۳۳	۶۸/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
	عامل ۱×گروه	۶۰۲/۷۵۶	۲	۳۰۱/۳۷۸	۶۳/۶۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
	گروه	۸۸۹/۸۷۸	۱	۸۸۹/۸۷۸	۱۸/۸۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۸۷
	خطا	۲۶۵/۱۱۱	۵۶	۴/۷۳۴	-	-	-	-

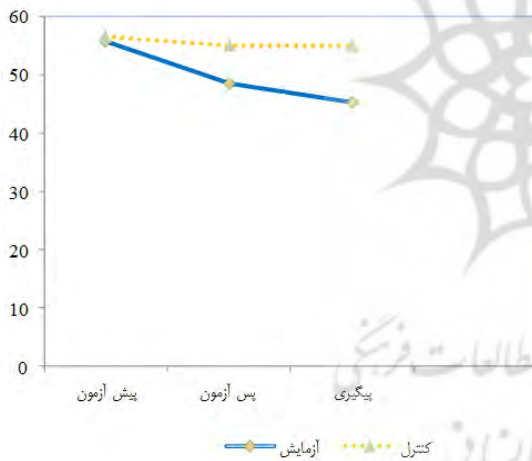
کنترل داشته است. به عبارت دیگر روش والدگری Kazdin بر روابط والد-کودک تأثیر مثبت داشته است، احساس نزدیکی والدین با فرزندان را تغییر داده است، تعارض آن‌ها را کم کرده است، وابستگی آن‌ها به سطح قابل قبولی تغییر کرده است و در کل رابطه مثبت والدین با فرزندان تغییر کرده است. تأثیر متغیر مستقل بر وابسته در هر کدام از حوزه‌ها در آزمون بین فردی ۰/۴۹، ۰/۲۳، ۰/۴۰ و ۰/۴۰ و توان آزمون نیز به ترتیب ۰/۹۹۹، ۰/۷۹۶، ۰/۹۸۷ و ۰/۹۸۷ بوده است که نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه است. با توجه به نتایج جدول ۴ می‌توان تفاوت میانگین‌ها را در موقعیت‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری در حوزه‌های نزدیکی، تعارض، وابستگی و رابطه مثبت کلی

نتایج جدول ۳ و نمرات حاصل از آموزش والدگری به روش Kazdin بر روابط والد کودک نشان می‌دهد که اثر اصلی عامل زمان بر روابط والد-کودک در هر یک از حوزه‌های نزدیکی، تعارض، وابستگی و رابطه مثبت کل معنادار بوده است. یعنی میانگین‌های برآورد شده نمرات حوزه نزدیکی، تعارض، وابستگی و روابط مثبت کلی از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری در کل تفاوت معناداری داشته است ( $p < 0.001$ ). همچنین ضریب تأثیر هر کدام از حوزه‌ها به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۸۱، ۰/۷۰ بوده است. نتایج آزمون اثر درون و بین فردی آزمودنی نشان می‌دهد که روش والدگری بر روابط والد-کودک در تمام حوزه‌ها اثربخش بوده است و تفاوت معنی‌داری با گروه

مشاهده کرد. تفاوت میانگین‌ها حاکی از آن است که روش والدگری Kazdin بر رابطه والد-کودک مؤثر بوده است.

جدول ۴: خلاصه تفاوت موقعیت‌ها در حوزه‌های نزدیکی، تعارض، وابستگی و رابطه مثبت کلی

حوزه ها	موقعیت	تفاوت میانگین	P
نزدیکی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۴/۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۱/۲	۰/۰۰۱
تعارض	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۴/۴۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۶/۰۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۱/۵۶	۰/۰۰۲
وابستگی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۳/۸۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۵/۱۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۱/۳	۰/۰۰۱
رابطه مثبت کلی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۳/۸۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۶/۵۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۲/۶۶	۰/۰۰۱



نمودار ۲: تغییرات حوزه تعارض به تفکیک گروه‌ها

در نمودار شماره ۳ و ۴ روند پیشرفت آموزش والدگری Kazdin بر حوزه‌های وابستگی و رابطه مثبت کلی نشان می‌دهد که این روش در هر دو حوزه اثر مثبت داشته است. در حوزه وابستگی قبل از آموزش رابطه والدین با فرزندان وابستگی داشته که پس از آموزش از شدت وابستگی کاسته شده است و رابطه مثبت کلی هم پس از آموزش افزایش یافته است.

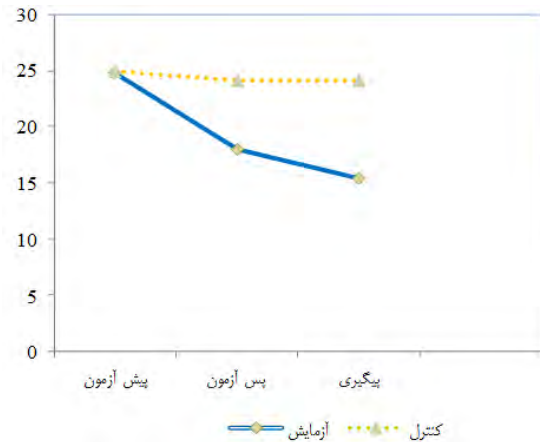
در نمودار شماره ۱ و ۲ روند پیشرفت آموزش والدگری بر حوزه‌های نزدیکی و تعارض نشان داده شده است که این روش در هر دو حوزه اثر مثبت داشته است. در حوزه نزدیکی رابطه والد و کودک زیاد بوده و در مرحله پس‌آزمون و پیگیری این رابطه خوب شده است. در حوزه تعارض قبل از آموزش والدین با فرزندان دارای تعارض بوده اما بعد از آموزش تعارض کاهش یافته است.



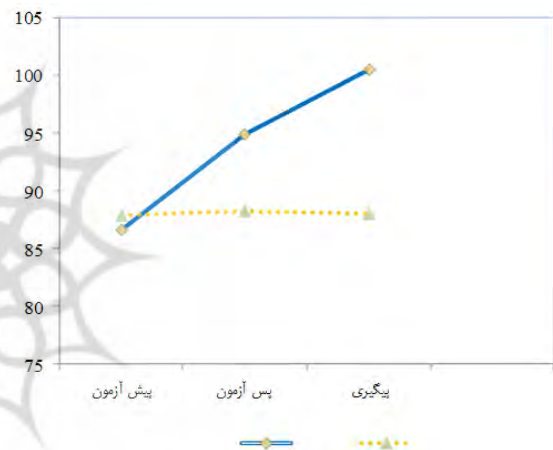
نمودار ۱: تغییرات حوزه نزدیکی به تفکیک گروه‌ها

مؤثر واقع شده است. فرض بر این بوده است که بسیاری از اختلالات رفتاری کودکان در تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارند. رفتارهای منفی والد مانند پرخاشگری و تهدید می‌تواند رفتارهای منفی کودک مانند لجبازی، بی‌مسئولیتی و نافرمانی، پرت کردن اشیاء و کتک زدن را تقویت کند. این مسئله رفتارهای والدین را بدتر کرده و ممکن است منجر به خشونت و تنبه بدنی فرزند شود (ایجاد چرخه معیوب رفتاری). آموزش والدگری به ایجاد تغییر در مشکلات و رفتارهای اکتسابی کودکان و همچنین تغییر رفتار والدین و تغییر نحوه ارتباط بین کودک و والدین می‌انجامد و باعث حل مشکلات موجود در خانه و مدرسه می‌شود. در تبیین نتایج دیگر این پژوهش می‌توان گفت که در حوزه نزدیکی ویژگی‌هایی همچون رابطه گرم و صمیمی، نوازش و لمس جسمانی کودک، احساس لذت کودک از تشویق و تحسین والدین، احساس خودکارآمدی و اعتماد به نفس والدین و همچنین همدلی بین والد و کودک افزایش قابل توجهی یافته است. این ویژگی‌ها در کودکان مبتلا به ODD و والدین آن‌ها معمولاً ضعیف است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که تقویت عوامل فوق باعث ایجاد احساس امنیت و اعتماد، دلبستگی ایمن و همچنین احساس دسترس‌پذیری هیجانی والدین برای کودکان می‌شود که با دیدگاه دلبستگی Bowlby قابل تبیین است.

در حوزه تعارض بین والد و کودک می‌توان به مواردی از قبیل احساس عدم پذیرش والدین از جانب کودک، تعمیم احساس ناتوانی در برقراری ارتباط با کودک، انتظار رفتار پرخاشگرانه و مقاومت از طرف کودک، حس ناتوانی والدین برای کنترل خشم در مقابل رفتار کودکان، ناتوانی از درک احساس کودک و عدم مهارت‌های لازم در فرزند پروری اشاره کرد. در برنامه آموزش والدین به روش Kazdin این تعارض‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد. پیش فرض برنامه آموزش والدین این است که بهبود ارتباط والد-کودک می‌تواند مشکلات فردی هر کدام از والدین را در مورد مسائل کودک کاهش دهد و باعث افزایش اعتماد به نفس والدین گردد (۱، ۴، ۳۱). همچنین آموزش والدین در مورد نیازهای اساسی کودکان می‌تواند باعث پیشگیری از شدت مشکلات عاطفی و رفتاری دوران کودکی گردد و از واکنش‌های نامناسب نسبت به رفتار نامطلوب کودک



نمودار ۳: تغییرات حوزه وابستگی به تفکیک گروه‌ها



نمودار ۴: تغییرات حوزه رابطه مثبت کلی به تفکیک گروه‌ها

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که برنامه آموزش والدگری Kazdin اثر مثبت و معناداری بر روابط والد-کودک دارد. این آموزش باعث افزایش نزدیکی و رابطه مثبت کلی والدین با فرزندان و همچنین کاهش تعارض و وابستگی بیش از اندازه والدین به فرزندان شده است. این یافته‌ها با پژوهش‌های Kazdin (۱، ۴، ۳۱)، Sanders و همکاران (۱۵)، Brinkmeyer و Eyberg (۳۳)، Bradley (۳۴)، وارسته و همکاران (۱۷)، Oord و همکاران (۳۵) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت برنامه آموزش والدگری Kazdin در بهبود روابط والد-کودک، کودکان مبتلا به ODD



و از دیگران انتظار دارد که به‌عنوان فردی شایسته به او توجه کنند. همچنین وقتی در دسترس بودن والد مورد تهدید قرار گیرد و یا به مخاطره افتد، کودک احساس اضطراب، خشم یا غمگینی را تجربه خواهد کرد. در بعضی مواقع نیازهای عاطفی بیش‌ازاندازه و زیاده‌روی در این کار باعث وابستگی شدید مادر و فرزند می‌شود که باعث مشکلات متعددی در زندگی آینده کودک خواهد شد. این آموزش به والدین راهبردهای عملی مؤثر پرورش مهارت‌های اجتماعی و روابط بین فردی، روابط درون فردی، استقلال و قابلیت حل مسئله (این موارد را می‌توان در خصوص والدین وابسته به فرزند تبیین کرد) را می‌آموزد (۱، ۴، ۳۱). در تبیینی دیگر می‌توان گفت سبک دلبستگی نایمن یک عامل مهم برای ایجاد ODD و رفتارهای تهاجمی است. نایمنی و عدم دلبستگی به‌خودی‌خود منجر به ODD نمی‌شود بلکه ناکارآمدی فرزندپروری است که می‌تواند بر این مسئله تأثیر بگذارد. این آموزش سبب ارتقای مهارت‌های خانوادگی، توسعه روابط اجتماعی با همسالان، روابط بین فردی و درون فردی، مقابله با تنش و تنیدگی، افزایش عزت‌نفس در کودکان، افزایش مهارت‌های حل مسئله و درنهایت کاهش احساس وابستگی بین کودک و والدین می‌گردد.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در حوزه رابطه مثبت کلی (حاصل جمع نتایج حوزه‌های نزدیکی، تعارض و وابستگی) و نتایج هر یک از آن حوزه‌ها نشان می‌دهد که میزان نزدیکی والدین و کودک پس از آموزش بهبودیافته و تعارض و وابستگی آنها کاهش قابل‌ملاحظه‌ای داشته است. این نتایج نشان می‌دهد که آموزش سبب کاهش معنادار رفتارهای مقابله‌جویانه کودکان می‌گردد. در کل می‌توان چنین استنباط کرد که این روش به‌وسیله موارد مطرح‌شده زیر سبب افزایش نزدیکی و کاهش تعارض و وابستگی می‌شود. والدین را با اختلال آشنا می‌کند، آگاهی والدین برای شناخت نشانه‌ها و سبب‌شناسی رفتار را افزایش می‌دهد، توانمندی والدین را در خصوص شیوه‌های پاداش و تنبیه بالا می‌برد، تسلط آن‌ها بر محیط را افزایش می‌دهد، موجب آرامش والدین می‌گردد و درنهایت ارتباط والدین با کودکان را روزبه‌روز بهتر می‌کند. همچنین تغییر رفتار والدین موجب تغییر رفتار کودکان به شکل افزایش عزت‌نفس، بهبود روش‌های حل مسئله، کنترل خشم و مقابله با تنش و تنیدگی

بکاهد. نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده بهبود موارد فوق است. لذا در تبیین اثربخشی روش Kazdin می‌توان به اصول یادگیری مبتنی بر شرطی‌سازی عامل اشاره کرد. در این نوع یادگیری رفتار فرد می‌تواند با تمرکز بر پیشایندها و پیامدهای آن تغییر یافته و اصلاح شود. علاوه بر این در برخی از برنامه‌های رفتاری آموزش والدین، یادگیری مشاهده‌ای نیز امری مهم محسوب می‌شود. در این روش فرد با مشاهده رفتار افراد دیگر و حتی بدون انجام رفتار آن‌ها اقدام به یادگیری می‌نماید. درواقع کودکان رفتار پرخاشگرانه را از طریق مشاهده رفتار دیگران یاد می‌گیرند. این شیوه آموزش بر اساس یادگیری اجتماعی بنا شده است و با بعضی از نتایج Sanders (۱۵)، Oord و همکاران (۳۵)، وارسسته و همکاران (۱۷)، عباسی و همکاران (۲۰) و کاکابرابی (۳۶) همخوان است. با توجه به موارد فوق چنین به نظر می‌رسد که علاوه بر آموزش روش‌های کاهش تعارض به والدین بر اساس اصول یادگیری اجتماعی، کودکان نیز با سرمشق‌گیری از رفتار والدین و دریافت احساس احترام و همدلی و همچنین بیان جرأت‌مندانانه درخواست‌های شفاف و معقول خود به برقراری ارتباط سازنده و کارآمدتری با والدین خود دست می‌یابند.

نتایج مربوط به حوزه وابستگی و گزارش والدین حاکی از آن است که فرزندان دارای مسائلی از قبیل ترس جدایی از والد، احساس وابستگی فرزند به والد، احساس ناکارآمدی در حل مسائل، حساسیت زیاد فرزند نسبت به رفتار والد، حساسیت به واکنش‌های رفتاری والدین و تقلید رفتار از والد هستند که این علائم پس از آموزش والدین به روش Kazdin به شکل معناداری کاهش یافته است. این نتایج با یافته‌های Kazdin (۱، ۴)، Sanders (۱۵)، وارسسته و همکاران (۱۷) و امیدوار طهرانی و همکاران (۳۷) همخوان است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت دلبستگی کودک به مراقبت کارکرد حفاظتی را راه می‌اندازد که هنگام پریشانی کودک پناهگاه مطمئنی برای او فراهم می‌آورد و پایگاه امنی را برای شناخت و کشف دنیای اطرافش ایجاد می‌کند. اساس امنیت کودک از انتظار همراه با اطمینان او در مورد دسترس‌پذیری و پاسخگو بودن مراقبش سرچشمه می‌گیرد. کودکی که مراقبت عاطفی و شدیدی از مراقبت خود دریافت می‌کند احساس دوست‌داشتنی بودن می‌کند

تعمیم‌پذیری یافته‌ها برای نمونه‌های دیگری که از نظر متغیرهای کلیدی (سطح فرهنگی و طبقاتی ضعیف‌تر) باهم تفاوت دارند، بررسی نشده است. در نتیجه پیشنهاد می‌شود برای این دسته از افراد تعداد جلسات بیشتر، جلسات آموزشی عملیاتی‌تر و به زبان ساده‌تر ارائه شود.

### تقدیر و تشکر

تحقیق حاضر برگرفته از رساله دکتری با کد اخلاقی IR.IAU.KHUISF.REC.1397.010 است. بدین‌وسیله از تمام کسانی که به نحوی در انجام این پژوهش همکاری نمودند از جمله آموزش و پرورش ناحیه ۳ شهر اصفهان، مدیران مدارس ایمان، مکتبی، فضیلت، احمدی روشن، میلاد و مدیریت محترم مدرسه قرآنی مهر علیان که تمامی کلاس‌های آموزشی والدین در این مدرسه برگزار شد، تشکر و قدرانی می‌شود.

می‌شود. افزایش حس اعتماد و همدلی بین والد و کودک نیز سبب کاهش مقابله جویی و درنهایت حس همکاری و فرمان‌برداری از قوانین خانه و والدین می‌شود.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که آموزش فقط بر روی کودکان مبتلا به ODD انجام شد و فقط معطوف به شهر اصفهان بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود این روش والدگری با متغیر رابطه والد-کودک روی کودکان مبتلا به اختلال سلوک و نقص توجه/ بیش‌فعالی شهر اصفهان و سایر شهرها اجرا شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. دوم، این پژوهش در مورد والدین دانش‌آموزان ۷ تا ۹ سال مبتلا به ODD اجرا شد. لذا پیشنهاد می‌شود که این روش در مورد کودکان رده سنی ۲ تا ۷ سال و ۹ تا ۱۴ سال نیز اجرا شود تا مشخص شود که آیا این روش در این رده‌های سنی هم اثربخش خواهد بود، زیرا به نظر Kazdin این روش برای رده سنی ۲ تا ۱۴ سال مناسب است. سوم، در پژوهش حاضر

### References

1. Kazdin AE. Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. New York: Oxford University Press; 2005.
2. Theule J, Germain SM, Cheung K, Hurl KE, Markel C. Conduct disorder/oppositional defiant disorder and attachment: A meta-analysis. *J Dev Life Course Criminology*. 2016; 2(2): 232-55.
3. Sadock B, Sadock V, Pedro R. Kaplan and Sadock synopsis of psychiatry. Translation by Mehdi Gangi. 11<sup>th</sup> ed. Tehran: Savalan; 2015: 855.
4. Kazdin AE. Parent management training and problem-solving skills training for child and adolescent conduct problems. In: JR Weisz, AE Kazdin (Eds.), Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. New York: Guilford Press; 2017.
5. Whelan Y M, Stringaris A, Maughan B, Edward D, Barker E. Developmental continuity of oppositional defiant disorder sub dimensions at ages 8.10 and 13 years and their distinct psychiatric outcomes at age 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52(9):961-69.
6. Matthys W, Lochman JE. Oppositional defiant disorder and conduct disorder in children. Translation by Akram Parand, Abbas Ali Hossein Khanzadeh. Tehran: Arjmand; 2012.
7. Eiraldi R, Mautone JA, Khanna MS, Power JT, Orapallo A, Cacia J, Shwartz SB, McCurdy B, et al. CBT for externalizing disorders in urban schools: Effect of training strategy on treatment fidelity and child outcomes. *Behav Ther*. 2018; 49(4):538-50
8. Skoulos V, Tryon GS. Social skills of adolescents in special education who display symptoms of oppositional defiant disorder. *Am Second Educ*. 2007; 35(2):103-14.
9. Costin J, Lichte C, Hill-Smith A, Vance A, Luk E. Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. *Advancement in Mental Health*. 2004; 3(1):36-43.
10. Holt KC. Child° parent relationship therapy for adoptive families. *The Family J*. 2012; 20(4):419° 26.
11. Pourmohamadreza-Tajrish M, Ashouri M, Afrooz GA, Arjmandnia AA, Ghobari-Bonab B. The effectiveness of positive parenting program (Triple-p) Training on Interaction of mother-child with intellectual disability. *Archives of Rehabilitation* 2015; 16(2):128-37. [In Persian].

12. Moharreri F, Soltanifar A, Khalesi H, Eslam N. The evaluation of efficacy of the positive parenting for parents in order improvement of relationship with their adolescents. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2012; 55(2):116-23. [In Persian].
13. Damodaran, DK. Parent Child Interaction Therapy (PCIT): Child well- being through an effective parenting intervention. *AJNER*. 2013; 3(1):37-9.
14. Sheperis, C, Sheperis D, Monceaux A, Davis JR, Lopez. B. Parent- child interaction therapy for children with special needs. *The Professional Counselor*. 2015; 5(2): 248-60.
15. Sanders MR, McFarland MC. Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled elevation of cognitive behavioral family intervention. *Behav Ther*. 2000; 31(1):89-112.
16. Ogden T, Hage A. Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with problems. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(4):607-21.
17. Varasteh M, Aslani Kh, Amanelahi A. Effectiveness of positive parenting training on parent-child interaction quality. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2017; 7(28):183-201. [In Persian].
18. Farshad MR, Najarpourian S, Shanbedi F. The effectiveness of the positive parenting education based on Sanders approach on happiness and parent-child conflict of students. *JCMH*. 2018; 5(1):59-68. [In Persian].
19. Carr A. The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *J Fam Ther*. 2014; 36:107° 57.
20. Abbasi M, Neshatdoost HT. Effectiveness of parent-child interaction therapy on reduction of symptoms in oppositional defiant disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; 5(3):59-67. [In Persian].
21. Shekouhi Yekta M, Akbari Zardkhaneh S, Parand A, Poursan F. Developing parent-child relationship by new parenting style methods. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2013; 2(10):1-14. [In Persian].
22. Barkly RA. *Defiant children: A clinician for assessment and training*. Translation by Hamid Alizadeh, Habibeh Al-Sadat Sajadi. Tehran: Roshd; 2013.
23. McNeil CB, Hembree-Kigin TL. *Parent-child interaction therapy*. Translation by Sayed Badroaldin Najmi, Nazita Janghorban. Tehran: Arjmant; 2016.
24. Abedi S. Positive Parenting Program (Triple p). *Exceptional Education*. 2013; 1(114):30-7. [In Persian].
25. Barkley R A. *Taking of ADHD: the complete, authoritative guild for parents*. Translation by Ahmad Abedi, Adeleh SHarbazadeh. Tehran: Kavoshyar; 2013: p 496.
26. Barkely RA. *Defiant children: A clinician s manual for assessment and parent training*. 3<sup>rd</sup> Ed. New Youk: Guilford publication; 2013
27. Pianta RC, Nimetz SL, Bennett E. Mother-child relationships, teacher-child relationships, and school outcomes in preschool and kindergarten. *Early Child Res Q*. 1997; 12(3): 263-80.
28. Abareshi Z, Tahmasian K, Mazaheri MA, Panaghi L. The impact of psychosocial child development training program, done through improvement of mother-child interaction, on parental self-efficacy and relationship between mother and child under three. *RPH*. 2009; 3(3):49-58. [In Persian].
29. Achenbach TM, Edelbrock C. The child behavior profile: II Boys aged 12-16 and Girls aged 6-11 and 12-16. *J Consult Clin Psychol*. 1978; 47(2):223-33
30. Minaee A. Adaption and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher s report forms. *JOEC*. 2006; 6(1):529-58. [In Persian].
31. Kazdin A L, Glick A, Pope J, Kaptchuk TJ, Lecza B, Carrubba E, McWhinney E, Hamilton N. Parent management training for conduct problems in children: enhancing treatment to improve therapeutic change. *Int J Clin Health Psychol*. 2018; 18(2): 91-101.

32. Kazdin AE. Parent management training: Practical guide to treatment of children and youth behavioral problem. Translation by Faezeh Hezardastan, Noshin Mosavi Madani, Ahmad Abedi, Nafiseh Kanani. Isfahan: Neveshteh; 2015.
33. Brinkmeyer MY, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy for oppositional children. In: AE Kazdin, JR Weisz (Eds.), Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. New York: 2003; Guilford Press.
34. Bradley SJ. Affect regulation and the development of psychology. New York: Guildford Press; 2000.
35. Oord S, Bogels SM, Peijnenburg D. The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *J Child Fam Stud*. 2012; 21(1):139-47.
36. Kakabaraee K. The effect of family oriented problem solving curriculum education on parent-child student. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2016; 7(26): 61-85. [In Persian].
37. Omidvar Tehrani A, Khani MH. Canonical correlation between fathering and emotional autonomy. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2015; 6(22):87-104. [In Persian].



## The Effectiveness of the Kazdin Method for Parenting on Parent-Child Relationships among the Students with Oppositional Defiant Disorder

Maryam Fooladvand<sup>1</sup>, Mohammad Ali Nadi<sup>2</sup>, Ahmad Abedi<sup>3</sup>, Ilmaz Sajjadian<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** Oppositional Defiant Disorder (ODD) is a gradual and chronic one always interacting with Cook s interpersonal relationships and academic performance. Parenting is one of the effective methods for ODD, in which parents learn how to treat their children. The present study aimed to investigate the effectiveness of the Kazdin method for parenting on parent-child relationships among the students with ODD.

**Methods and Materials:** The study employed a quasi-experimental research with a pretest-posttest as well as 90-day follow-up and control group design. Of the students with ODD, based on the score above the cut-off point in the Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL) and clinical interview by school s consultant 30 students were selected and randomly divided into two experimental and control groups (each group contained 15 participants). The experimental group received the Kazdin method for parenting for twelve 90-minute sessions. The participants answered to Child-Parent Relationship Scale (CPRS) in three stages: pre-test, post-test and follow-up. The data were analyzed by repeated measures ANOVA.

**Findings:** The Kazdin method for parenting training significantly increased the parent-child relationships in the subscales of proximity, the general positive relationship, the reduction of conflict, and dependence in children with ODD ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** The Kazdin method for parenting training has increased the parent-child relationships in children with ODD. According to the results of this study, the Kazdin method for parenting can be an effective way to improve parent-child relationships among students with ODD.

**Keywords:** Attachment, Conflict, Parenting, Oppositional defiant disorder.

**Citation:** Fooladvand M, Nadi MA, Abedi A, Sajjadian I. The effectiveness of the Kazdin method for parenting on parent-child relationships among the students with oppositional defiant disorder. J Res Behav Sci 2018; 16(4): 453-465.

Received: 2018.11.15

Accepted: 2019.04.22

1- Ph.D Candidate, Department of Educational Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Educational Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

**Corresponding author:** Mohammad Ali Nadi, Email: mnadi@khuisf.ac.ir