

Effectiveness of Anger Management and Parenting Training on Inhibiting the Response of Students with Oppositional Defiant Disorder

Souri Moharramzadeh, M.A.¹,
Mahboobe Taher, Ph.D.²,
Hakimeh Aghaee Ph.D.³,
Abbas-Ali Hossein-Khanzadeh, Ph.D.⁴.

Received: 02. 5.2022

Revised: 04.17.2022

Accepted: 11. 8. 2022

اثربخشی آموزش‌های مدیریت خشم و فرزندپروری بر بازداری پاسخ دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای

سوری محرم‌زاده^۱، دکتر محبوبه طاهر^۲،
دکتر حکیمه آقایی^۳، دکتر عباسعلی حسین‌خانزاده^۴

تجدیدنظر: ۱۴۰۱/۱۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۶

پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۸/۱۷

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare the effectiveness of anger management and parenting training on response inhibition in students with Oppositional/Confrontational Defiant Disorder (ODD/FDD). **Method:** This research was a quasi-experimental study of pre-test and post-test design with a control group. The statistical population included all male students with ODD/FDD in Tehran in 2020. Overall 45 people were selected as a sample according to the entry and exit criteria through voluntary and available sampling and assigned into two experimental groups and one control group. The instruments used in the present study included a grading scale for ODD/FDD in children and to inhibit the response of the Stroop word color test. **Results:** Anger management and parenting training showed more effectiveness on response inhibition in the case comparing to the control group ($P < 0.5$). Also anger management training group parenting training group had the same effect on the response inhibition of students with ODD/FDD ($P < 0.5$). **Conclusion:** Therefore, education of anger management and parenting training as two interventional programs can be effective in inhibiting the response of students with ODD/FDD.

Keywords: Anger management, Parenting, Response inhibition, Oppositional defiant disorder

1. Ph.D. in Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran

2. **Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran **Email:** Mahboobe.taher@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran

4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش‌های مدیریت خشم و فرزندپروری بر بازداری پاسخ در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. **روش:** این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش‌آموزان پسر پایه‌های پنجم و ششم ابتدایی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای منطقه ۹ آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند که تعداد ۴۵ نفر برحسب شرایط ورود و خروج و نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه مطالعه‌شده انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش حاضر شامل مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان، مصاحبه بالینی ساختاریافته و آزمون رنگ واژه استروپ برای سنجش بازداری پاسخ بودند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد گروه دریافت‌کننده برنامه‌های آموزشی مدیریت خشم و فرزندپروری در بازداری پاسخ دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به گروه کنترل اثربخشی بیشتری دارد ($P < 0.5$). همچنین آموزش مدیریت خشم و فرزندپروری در بازداری پاسخ دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر یکسانی دارد ($P < 0.5$). **نتیجه‌گیری:** بنابراین آموزش مدیریت خشم و فرزندپروری می‌تواند به‌عنوان روش‌های مداخله‌ای برای بهبود بازداری پاسخ در دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مدیریت خشم، فرزند پروری، بازداری پاسخ.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود،

ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

مقدمه

کودکان به دلیل اینکه از گروه‌های سنی آسیب‌پذیر هستند، در معرض انواع مشکلات روانشناختی قرار دارند و تقریباً ۳۰ درصد کودکان و نوجوانان در طول زندگی خود، یک اختلال روانپزشکی قابل تشخیص را تجربه خواهند کرد. یکی از شایع‌ترین این اختلال‌ها، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ است (فلاح‌نژاد، کاظمی، پزشک، مجد رضایی و رسولی، ۱۳۹۶).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارد (متسیز و لوچمن، ۲۰۱۷) و مشکلات رو به رشدی را در زندگی کودک و اطرافیان وی ایجاد می‌کند (گومز و استاوراپولوس، ۲۰۱۹). در رابطه با میزان شیوع این اختلال درصدهای متفاوتی گزارش شده است، برای مثال برخی پژوهشگران نشان دادند که اختلال نافرمانی مقابله‌ای به‌طور تقریبی در ۴-۷ درصد کودکان مدرسه‌رو و ۵ درصد بزرگسالان رخ می‌دهد (والدمن، راو، بویلن و برک، ۲۰۲۱). پژوهش‌های دیگری (روبینو، بویک و بوش، ۲۰۲۰) نیز گزارش می‌کنند که اختلال نافرمانی مقابله‌ای در ۴-۸ درصد کودکان مدرسه‌رو و ۳-۵ درصد بزرگسالان رخ می‌دهد. درنهایت ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) بیان می‌کند ۵ درصد کودکان که نسبت جنسیتی آن به‌طوری است که در دوره کودکی، پسران ۲ برابر دختران و در بزرگسالی مردان ۱.۶ برابر زنان به این اختلال مبتلا می‌شوند. در پژوهش‌های دیگری نرخ شیوع این اختلال از ۱-۱۲ درصد با میانگین تقریبی ۳/۷ درصد برآورد شده است. بیشترین تشخیص این اختلال به‌طور معمول قبل از سن ۸ سالگی است و به‌نوعی دیرتر از اوایل نوجوانی بروز نمی‌کند (گوش، مالهوترا و باسو، ۲۰۱۴). مطالعه‌های همه‌گیرشناسی در جمعیت‌های غیربالیینی نشان می‌دهد که این رفتارها در ۱۶-۲۲ درصد کودکان سنین مدرسه دیده می‌شود. اختلال نافرمانی

مقابله‌ای در سنین پیش‌دبستانی تا دبستان و اوایل نوجوانی ثبات زیادی دارد (لین، لی، چی، وانگ، هس و همکاران، ۲۰۱۶). رفتارهای مقابله‌ای می‌تواند پیامدهای منفی قانونی و ارتباطی جدی را برای کودک در پی داشته باشد و آثار منفی آن محدود به خود کودک نیست و می‌تواند به دیگران نیز آسیب برساند (هونیک و پترسون، ۲۰۱۹). این کودکان در معرض خطر طرد یا مورد تنفر قرارگرفتن از جانب همسالانشان هستند (چیانزا، ویلا، گالان، والدس-سوسا و بوش-بایارد، ۲۰۱۸). معلمان دانش‌آموزان با رفتارهای مخرب با این دانش‌آموزان دچار مشکل می‌شوند (بونهام، شانلی، واترز و الوین، ۲۰۲۱) که چنین رفتارهایی می‌تواند موجب فرسودگی و تنیدگی بیش از حد و نارضایتی شغلی معلم شود (دینگ، مزا، لین، چن، وانگ و همکاران، ۲۰۲۰) و زمانی که معلمان تحت فشار و تنیدگی باشند، همه دانش‌آموزان کلاس از این وضعیت و پیامدهای جدی آن رنج می‌کشند و متضرر می‌شوند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد یکی از ویژگی‌هایی که در افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای شایع است، بازداری پاسخ است (ژو، جیانگ و جی، ۲۰۱۸). بازداری پاسخ به‌عنوان توانایی توقف یا خودداری کردن از پاسخ (شادبافی، عبدالرحیم‌پور و محمدی، ۱۳۹۹) و توانایی فکرکردن قبل از عمل است. این توانایی به مقاومت فرد در برابر وسوسه انجام کار و در نتیجه ارزیابی رفتار کمک می‌کند (پویوو، وادرسزیک، گئورلیچ، ووتینو، هرپرتز-دالمن و همکاران، ۲۰۱۸). بازداری پاسخ توانایی فرونشانی رفتاری نامناسب است و یکی از جنبه‌های مؤثر کنترل تکانه محسوب می‌شود (بونهام و همکاران، ۲۰۲۱). نبود بازداری پاسخ در کودکان باعث می‌شود قبل از اینکه تکلیف را متوجه شوند، پاسخ دهند. این کودکان حواسشان به‌آسانی به وسیله محرک‌های مزاحم پرت می‌شود (کرمانی، بشرپور و نریمانی، ۱۴۰۰). ناتوانی در بازداری پاسخ‌های نامتناسب با اختلال نافرمانی

پیشین، رفتارآموخته‌شده از دیگران، زمینه‌های ژنتیکی و فقدان توانایی حل مسئله نسبت می‌دهند (جونز، ۲۰۱۸). مدیریت خشم سهم مؤثری در بهبود و تولید رفتارهای مفید در زمان بروز خشم نسبت به خانواده، دوستان و همکاران دارد (وانزین و موری، ۲۰۱۹). آموزش مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری می‌تواند به کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بهبود خلق^۲ مدیریت خشم کمک کند. این رویکرد آگاهی کودکان از الگوهای تفکر را که محرک و هدایت‌کننده رفتار آنها است، افزایش می‌دهد و روش‌هایی را برای مقابله با تفکرشان به آنها می‌آموزد (پیسانو و ماسی، ۲۰۲۰). پیشینه پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد یکی از روش‌های مداخله‌ای فردمحور که می‌تواند به این کودکان در بهبود خلق کمک کند، آموزش «مدیریت خشم» است (هن وودو، چایو و براون، ۲۰۱۵). آموزش مدیریت خشم به تغییرات معناداری در مشکلات رفتاری نوجوانان مثل رفتارهای برآمده از اختلال نافرمانی مقابله‌ای منجر می‌شود (کولینز-دونلی، ۲۰۱۳). کالوب، لاپورت و الکساندر (۲۰۲۱)، پژوهشی با عنوان کاهش پرخاشگری با استفاده از روش درمانی شناختی رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام دادند. نتایج نشان داده است که درمان‌های رفتاری شناختی فردی در کاهش رفتارهای مخرب در کودکان و نوجوانان مؤثر است. گورتز-دورتن (۲۰۱۹)، پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش مهارت‌های فردی برای کودکان مبتلا به اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک، یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده با یک گروه کنترل فعال انجام دادند. درمان رفتاری شناختی مبتنی بر گروه برای کودکان با رفتار پرخاشگرانه، مشکلات رفتاری کودکان را به میزان چشمگیری کاهش می‌دهد.

با توجه به یافته‌های مطرح‌شده می‌توان گفت که بین مشکلات روانشناختی کودکان مبتلا به اختلال

مقابله‌ای ارتباط دارد (فابیو و کاپری، ۲۰۱۷) و نارسایی‌هایی در بخش بازداری پاسخ به‌طور خاص زمان ارائه پاداش و تنبیه در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای دیده شده است (هوینیاک و همکاران، ۲۰۱۹). نارسایی در کارکرد اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به‌طور کلی و بازداری پاسخ به‌طور ویژه از راه نظریه‌های نوروفیزیولوژیکی قابل تبیین شده است. این کودکان بر رفتار خود کنترل نداشته و در بازداری رفتارهای تکانشی با دشواری مواجه هستند (برگ، ۲۰۱۸). کوای (۱۹۹۷) براساس نظریه گری (۱۹۹۴) در مورد سیستم فعال‌ساز و بازداری رفتاری بیان می‌کند که احتمالاً گذرگاه‌های عصبی مجزایی نارسایی‌های بازداری را منعکس می‌کنند. درحقیقت کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای فزون‌کاری سیستم فعال‌ساز رفتاری دارند که بر سیستم بازداری رفتارشان مسلط است (وانگ، لی، چو، یانگ و لی، ۲۰۱۸). در همین رابطه نتایج پژوهش زو، جیانگ، دو، لی و فان (۲۰۱۷) نشان داد استمرار در پاسخ، تمایل به استمرار در ارائه پاسخی است که پیش‌تر با پاداش همراه بوده است و هم‌اکنون تنبیه می‌شود. در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأیید شده است و این کودکان در متوقف‌کردن رفتار در حال انجام براساس نشانه‌های تنبیهی حاصل از محیط مشکل دارند.

به‌طور کلی مداخله‌های درمانی و آموزشی مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سه قلمروی مداخله‌های فردمحور، مدرسه‌محور و خانواده‌محور قرار دارند (رینگ، جانسون، داویسون و نیل، ۲۰۱۵). خشم به حالت عاطفی یا هیجانی اطلاق می‌شود که از تهییج ملایم تا عصبانیت شدید گسترده شده است و اغلب موقعی نمایان می‌شود که راه نیل به اهداف با برآوردن نیازهای انسان با مانع روبه‌رو می‌شود (جانسون، کریوس و باکر، ۲۰۲۰). نظریه‌های رفتاری شناختی خشم را به چندین عامل از جمله تجربه‌های

استرنز و سزکودی (۲۰۲۱) در پژوهش خود نشان دادند که بین بدرفتاری والدین و افزایش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرزندان رابطه مثبت معنادار و بین کیفیت ارتباط بین پدر و فرزندان با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه منفی معنادار وجود دارد. روابط مثبت والدین با فرزندان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای میزان تنیدگی را در مادران کاهش داده و عامل حفاظتی و هدف برای مداخله‌های درمانی مشکلات رفتاری این دسته از کودکان است.

بنابراین با توجه به پیامدهای مهم چنین آموزشی برای افزایش بازداری پاسخ و تأثیر تقویت چنین توانایی‌های شناختی و رفتاری در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، دانش بنیادی در این زمینه را افزایش و اهمیت این دو نوع درمان و مداخله آموزشی را تقویت و افزایش خواهد داد. همچنین از آن جهت که ضعف در بازداری پاسخ در زندگی مشکلات بسیار شایع و مهمی هستند که به‌عنوان مانعی جدی در موفقیت‌های علمی و پیشرفت تحصیلی آنان در نظر گرفته می‌شود و با درنظرداشتن این مسئله که دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در دوره حساس رشدی قرار دارند، این خصیصه‌های منفی می‌تواند مانعی جدی در دستیابی به اهدافشان باشد. همچنین از آن جهت که پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی آموزش‌های مدیریت خشم و فرزندپروری بر بازداری پاسخ در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شده است، انجام مطالعه‌ای در جهت کاربست برنامه آموزشی مدیریت خشم و برنامه آموزشی فرزندپروری به‌صورت همزمان، امری ضروری در جهت حل مشکلات شناختی و رفتاری دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای خواهد بود. بنابراین نتایج پژوهش حاضر می‌تواند برای درمانگران، پژوهشگران و خانواده‌ها در جهت کاهش مشکلات رفتاری، شناختی و شخصیتی از راه به‌کارگیری برنامه آموزشی مدیریت خشم و برنامه آموزشی فرزندپروری مفید باشد. با توجه به آنچه بیان شد، پژوهش حاضر

رفتاری با روش‌های تربیتی و رفتارهای فرزندپروری نامطلوب، ارتباط پیچیده‌ای وجود دارد. علاوه بر این تعامل منفی کودک و مادری عامل مهمی در بروز مشکلات برون‌سازی‌شده شناسایی شده است (امیری، مولایی، نسائیان، حجازی، و اسدی‌گندمانی، ۱۳۹۶). اختلال‌های دیده‌شده نتیجه شکست در اعمال قوانین والدین است که به‌طور معمول سه ویژگی شامل قوانین بی‌ثبات، نظارت کم و مهارت حل مسئله^۳ ضعیف هستند. این سبک فرزندپروری کودکان را به سمت نافرمانی سوق می‌دهد. بلوم‌کوئیست بیان می‌کند که والدین فرزندان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اغلب در برخوردهای انضباطی خود، والدینی خشن، ناهماهنگ و ناتوان هستند (میلر، گاندولی، گیسیسون، استیگر و مورسی، ۲۰۱۷). بسیاری از برنامه‌های آموزش والدین علل زیربنای به‌وجودآمدن مشکلات رفتاری را مورد توجه قرار نمی‌دهند. رویکردآدلر چنین فرض می‌کند که قسمت زیادی از بدرفتاری کودکان و نوجوانان از محیط خانه و خانواده آغاز شده و به‌وسیله آن محیط تداوم پیدا می‌کند. به‌این‌ترتیب، این نتیجه به دست می‌آید که مداخله در این بافت روش ایدئالی برای پیشگیری و نیز درمان خواهد بود. به‌طور کلی براساس رویکرد آدلری هر رفتار، هدفی دارد. در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به علت وجود اهداف اشتباه، رفتارهای اشتباه از کودک سر می‌زند. والدین با تنبیه کودک اجازه اشتباه به کودک را نمی‌دهند و همچنین موجب دلسردشدن کودک می‌شوند. در نتیجه کودک برای ارضای نیاز به آزادی، قدرت در مقابل والدین و صاحبان قدرت ایستادگی می‌کند و رفتار مقابله‌ای از خود نشان می‌دهد (سیدمحمودیان، علیزاده، فرجی، برجعلی، پزشک، ۱۳۹۶). تیواواتپاکوم، وورااکوتمجورن و تاساناکیچیانچ (۲۰۲۱) نیز در پژوهش خود نشان دادند علائم بیش‌فعالی و علائم نافرمانی مقابله‌ای پس از دریافت درمان در هر دو گروه بهبود چشمگیری نشان دادند. مک کینی،

درصد پاسخگویی به این سؤال است که آیا روش‌های آموزش مدیریت خشم و فرزندپروری بر بهبود بازداری پاسخ دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است؟

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پسر پایه‌های پنجم و ششم مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای منطقه ۹ آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه این پژوهش شامل ۴۵ دانش‌آموز مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشند که در هر گروه ۱۵ آزمودنی گمارده شد. همچنین برای انتخاب آنان از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. در این پژوهش در آغاز براساس پرسشنامه، معیارهای ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و مصاحبه بالینی روانشناس ۴۵ دانش‌آموز پسر پنجم و ششم ابتدایی با تشخیص قطعی اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود که براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود: دامنه هوشی بهنجار از روی پرونده تحصیلی، نداشتن اختلال همبود و ملاک خروج: غیبت در دو جلسه از برنامه آموزشی، دریافت درمان‌های دارویی و دوره‌های روان‌درمانی بود. در مرحله پیش‌آزمون نخست بازداری پاسخ گروه‌های آزمایش و کنترل اندازه‌گیری شد. سپس افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه آزمایش اول در ۸ جلسه ۱/۵ ساعت آموزش مدیریت خشم و گروه آزمایش دوم در ۹ جلسه ۱/۵ ساعت آموزش فرزندپروری را در طول دو ماه دریافت کردند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. سپس در مرحله پس‌آزمون دوباره بازداری پاسخ هر سه گروه اندازه‌گیری شد.

ابزار: مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای

کودکان: این مقیاس توسط هومرسن و همکاران (۲۰۰۶) و براساس ملاک‌های نسخه تجدیدنظر شده ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای ساخته شد (لازم به یادآوری است که ملاک‌های این مقیاس با ملاک‌های تشخیص ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳) نیز منطبق است). این مقیاس ۸ گویه دارد و در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از ۰- اصلاً تا ۳- خیلی زیاد) به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. این مقیاس برای کودکان ۵-۱۵ ساله استفاده می‌شود. سازندگان مقیاس ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی را ۰/۹۵ گزارش کردند. این مقیاس توسط عابدی (۱۳۸۷) روی دانش‌آموزان ایرانی روایی‌سنجی و اعتباریابی شده است و ضریب همسانی درونی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (به نقل از فرامرزی، عابدی و قنبری، ۱۳۹۱).

مصاحبه بالینی ساختار یافته: مصاحبه بالینی ساختار یافته، نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن مصاحبه‌کننده پرسش‌هایی را طراحی می‌کند تا او را به هدف‌درمانی نزدیک کند. در این مصاحبه برخلاف مصاحبه ساختار نیافته، موضوع‌های بحث‌شده براساس برنامه از پیش تنظیم‌شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد. در این پژوهش به منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای براساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی، مصاحبه تشخیص ساختار یافته به وسیله پژوهشگر از مشاور و ناظم مدرسه به عمل می‌آید.

آزمون رنگ واژه استروپ: این آزمون متشکل از ۱۷۶ مربع رنگی قرمز، آبی، زرد و سبز است. در مرحله اول آزمودنی باید از جهت تعیین‌شده شروع به خواندن رنگ‌ها کند. در مرحله دوم ۱۷۶ کلمه در

نیز روایی صوری این آزمون تأیید شد و ضریب پایایی بازآزمایی برای دو هفته، ۰/۷۱ به دست آمد (علیلو و همکاران، ۲۰۱۱).

برنامه‌های مداخله‌ای: آموزش مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری
برای گروه اول آزمایشی مدیریت خشم به شیوه شناختی- رفتاری^۴ در ۸ جلسه ۱/۵ ساعت به ترتیبی که در جدول زیر آمده است، آموزش داده می‌شود. روش‌های مدیریت خشم مبتنی بر شیوه‌های نواکا و اسپيواک (۱۹۷۵) به کار برده شده است. لازم به ذکر است مداخله‌ها به وسیله پژوهشگر در کلینیک مشاوره انجام شد (جدول ۱).

اختیار آزمودنی قرار می‌گیرد و باید از روی آن بخواند و در مرحله سوم به جای شکل نگارشی کلمه‌ها باید رنگ جوهرها را بخواند. آزمون استروپ موارد زیر را می‌سنجد: سرعت نسبی خواندن رنگ‌ها، رنگ واژه‌ها، نام رنگ واژه‌های مربوط، نام رنگی با رنگ واژه ناهمخوان است. ضریب پایایی بازآزمایی برای زمان واکنش مرحله اول ۰/۶ و برای تعداد خطاهای همین مرحله، ۰/۵۵ به دست آمد. در مرحله دوم آزمایش، ضریب پایایی زمان واکنش ۰/۸۳ و تعداد خطاها ۰/۷۸ به دست آمد و در مرحله سوم آزمایش، ضریب پایایی زمان واکنش ۰/۹۷ و تعداد خطاها ۰/۷۹ بود (میتروشینا و همکاران، ۲۰۰۵). در نمونه‌های ایرانی

جدول ۱ خلاصه برنامه آموزش مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری

جلسه	عنوان	هدف
اول	شناخت خود	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی گروه با یکدیگر، شناخت مهارت‌ها و توانایی‌های فردی مرتبط با زمان حال (خود واقعی)، آشنایی با ایدئال‌ها و آرزوهای خود به منظور مفهوم‌سازی خودهای مرتبط با آینده (خود ایدئال)، شناخت وظایف فرد از دیدگاه خودش و دیگران (خودبایسته)
دوم و سوم	آشنایی با مراحل بروز خشم	استفاده از شناخت مراحل بروز خشم به منظور کنترل سلسله مراتبی خشم
چهارم	مهارت مدیریت خشم	عملیاتی‌سازی مفهوم خشم و انتخاب راه‌حل‌های مناسب برای کنترل خشم
پنجم و ششم	راهکارهای عملی درباره مدیریت خشم	مهارت‌های مدیریت خشم با استفاده از ارائه الگو و ایفای نقش در موقعیت‌های تصویری مختلف
هفتم	اکتساب و مرور ذهنی	استفاده از روش خودآموزی شناختی برای مهار اظهارهای خودمنفی به منظور مدیریت خشم
هشتم	ایفای نقش صحنه‌های سلسله مراتبی خشم و جمع‌بندی جلسه‌ها	مدیریت خشم در موقعیت‌های برانگیزنده خشم و به دست آوردن اطمینان از درک مطالب ارائه شده در جلسه‌های آموزشی

در درک رفتار کودکان و برقراری ارتباط مثبت کارآمد سازد. این آموزش در نه جلسه به صورت هفتگی و در هر هفته یک جلسه یک ساعت و نیم برای گروه آزمایش برگزار می‌شود (جدول ۲).

برنامه آموزش فرزندپروری ۵ : آموزش نظام‌مند فرزندپروری کارآمد گام به گام برنامه استاندارد شده در زمینه آموزش والدین است که توسط دینک مایر و مک لی (۱۹۷۶) با استفاده از مفاهیم آدلر - درایکورس برای کمک به والدین تدوین شد تا آنها را

جدول ۲ خلاصه برنامه آموزشی رویکرد آدلر- درایکورس

جلسه	عنوان	هدف
جلسه اول	آشنایی با اهداف	آشنایی، ایجاد رابطه حسنه، توجیه برنامه و نحوه حضور در کلاس، ایجاد همکاری، انجام پیش‌آزمون
جلسه دوم	آشنایی با سبک‌های فرزندپروری	روش فرزندپروری مقتدرانه، دموکراتیک، سهل‌گیر
جلسه سوم	منظومه خانوادگی	شناخت مشکلات فرزندان، خلق و خوی فرزند، ترتیب تولد فرزندان
جلسه چهارم	دلایل بد رفتاری کودکان از نظر آدلر- درایکورس	پی‌بردن به دلایل بد رفتاری کودک توجه طلبی، قدرت طلبی، انتقام جویی

جلسه پنجم	راه‌های مواجهه مؤثر با اهداف نادرست رفتار کودکان	آموزش والدین برای مقابله با رفتارهای نادرست کودکان
جلسه ششم	انضباط به شیوه منطقی و پیامدهای طبیعی و منطقی	تنبیه، روش‌های انضباطی، دادن حق انتخاب
جلسه هفتم	دلگرمی دادن به خود و فرزندان	شناخت باورهای منفی کودک و توجه به کوشش‌های منفی فرزندان، دلگرم کردن آنها، مقایسه دلگرمی با تشویق
جلسه هشتم	مهارت‌های ارتباطی مؤثر	آموزش مهارت‌های ارتباطی، گوش دادن محترمانه، صحبت کردن
جلسه نهم	مروری بر مفاهیم و جمع‌بندی	جمع‌بندی کلی، خاتمه جلسه‌ها، اجرای پس‌آزمون

و پس‌آزمون از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج این آزمون در این جدول‌ها گزارش شده‌اند. با توجه به این جدول آماره آزمون شاپیرو-ویلک گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش معنادار نمی‌باشد. از این رو توزیع متغیرها در سه گروه نرمال است.

داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس یک‌راهه در محیط نرم‌افزار spss نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده‌اند. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پیش‌آزمون

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی و بررسی نرمال بودن توزیع مؤلفه‌های آزمون استروپ به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	وضعیت	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	p
مدت زمان خواندن	پیش‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۰۰:۰۲:۵۶	۰۰:۰۰:۳۶	۰/۹۳	۰/۳۶
مرتبه اول	فرزندپروری	۱۴	۰۰:۰۲:۴۷	۰۰:۰۰:۴۱	۰/۹۶	۰/۸۱	
	کنترل	۱۵	۰۰:۰۲:۳۹	۰۰:۰۰:۲۵	۰/۹۲	۰/۲۲	
	پس‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۰۰:۰۲:۱۲	۰۰:۰۰:۳۶	۰/۹۷	۰/۹۵
	فرزندپروری	۱۴	۰۰:۰۲:۱۳	۰۰:۰۰:۳۱	۰/۸۹	۰/۰۹	
	کنترل	۱۵	۰۰:۰۲:۳۹	۰۰:۰۰:۲۴	۰/۸۲	۰/۲۸	
تعداد خطاهای خواندن	پیش‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۵/۶۹	۲/۵۲	۰/۹۷	۰/۸۸
مرتبه اول	فرزندپروری	۱۴	۳/۷۸	۱/۸۸	۰/۹۰	۰/۱۲	
	کنترل	۱۵	۳/۸۶	۲/۵۵	۰/۹۱	۰/۱۹	
	پس‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۳/۱۵	۱/۶۲	۰/۹۱	۰/۱۸
	فرزندپروری	۱۴	۲/۲۸	۱/۴۸	۰/۹۲	۰/۲۵	
	کنترل	۱۵	۳/۹۳	۲/۲۵	۰/۹۵	۰/۶۱	
مدت زمان خواندن	پیش‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۰۰:۰۲:۳۹	۰۰:۰۰:۳۱	۰/۹۴	۰/۴۵
مرتبه دوم	فرزندپروری	۱۴	۰۰:۰۲:۲۵	۰۰:۰۰:۲۲	۰/۹۳	۰/۳۸	
	کنترل	۱۵	۰۰:۰۲:۲۱	۰۰:۰۰:۲۳	۰/۹۰	۰/۱۳	
	پس‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۰۰:۰۲:۰۵	۰۰:۰۰:۲۸	۰/۸۹	۰/۰۸
	فرزندپروری	۱۴	۰۰:۰۲:۰۰	۰۰:۰۰:۱۸	۰/۹۵	۰/۶۶	
	کنترل	۱۵	۰۰:۰۲:۲۱	۰۰:۰۰:۲۴	۰/۹۵	۰/۵۶	
تعداد خطاهای خواندن	پیش‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۳/۸۴	۱/۳۴	۰/۹۴	۰/۵۵
مرتبه دوم	فرزندپروری	۱۴	۳/۶۴	۱/۳۳	۰/۹۶	۰/۷۶	
	کنترل	۱۵	۳/۶۶	۱/۹۵	۰/۸۹	۰/۰۸	
	پس‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۲/۰۷	۰/۷۵	۰/۹۷	۰/۹۶
	فرزندپروری	۱۴	۲/۲۸	۱/۲۰	۰/۹۵	۰/۶۳	
	کنترل	۱۵	۳/۸۰	۱/۸۵	۰/۹۳	۰/۳۸	
مدت زمان خواندن	پیش‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۰۰:۰۵:۰۶	۰۰:۰۱:۱۲	۰/۹۷	۰/۹۱
مرتبه سوم	فرزندپروری	۱۴	۰۰:۰۴:۵۱	۰۰:۰۰:۲۱	۰/۹۵	۰/۷۰	

متغیر	وضعیت	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	P
		کنترل	۱۵	۰۰:۴:۳۶	۰۰:۰:۱۴	۰/۹۳	۰/۳۲
	پس‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۰۰:۳:۵۲	۰۰:۰:۴۶	۰/۹۶	۰/۷۶
		فرزندپروری	۱۴	۰:۳:۵۲	۰۰:۱:۱۱	۰/۹۱	۰/۱۸
		کنترل	۱۵	۰۰:۴:۳۶	۰۰:۰:۵۳	۰/۹۲	۰/۲۲
تعداد خطاهای خواندن	پیش‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۱۶/۲۳	۷/۲۹	۰/۹۳	۰/۳۵
مرتب‌بندی سوم		فرزندپروری	۱۴	۱۶/۲۸	۱۰/۸۲	۰/۹۵	۰/۶۲
		کنترل	۱۵	۱۵/۱۳	۴/۷۰	۰/۹۸	۰/۹۸
	پس‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۱۱/۳۸	۵/۷۸	۰/۹۴	۰/۴۸
		فرزندپروری	۱۴	۱۰/۷۱	۷/۷۲	۰/۹۶	۰/۸۱
		کنترل	۱۵	۱۵	۴/۱۷	۰/۹۵	۰/۷۱
نمره تداخل	پیش‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۰۰:۲:۲۷	۰۰:۱:۱۶	۰/۹۵	۰/۶۶
		فرزندپروری	۱۴	۰۰:۲:۲۵	۰۰:۱:۲۶	۰/۹۲	۰/۲۵
		کنترل	۱۵	۰۰:۲:۱۵	۰۰:۰:۵۵	۰/۸۹	۰/۰۷
	پس‌آزمون	مدیریت خشم	۱۳	۰۰:۱:۴۶	۰۰:۰:۵۲	۰/۹۳	۰/۳۱
		فرزندپروری	۱۴	۰۰:۱:۵۱	۰۰:۱:۱۹	۰/۸۹	۰/۰۷
		کنترل	۱۵	۰۰:۲:۱۴	۰۰:۰:۴۹	۰/۹۲	۰/۲۳

برای بررسی تفاوت آموزش مدیریت خشم با آموزش فرزندپروری، در میزان تأثیر آن بر بازداری پاسخ دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری یک‌راهه استفاده شد. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش شده است.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به مؤلفه‌های بازداری پاسخ در بین گروه‌های آزمایش

آزمون	مقدار	F	d.f1	d.f2	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلاپی	۰/۲۸	۰/۹۲	۶	۱۴	۰/۵۰	۰/۲۸
لامدای ویکلز	۰/۷۱	۰/۹۲	۶	۱۴	۰/۵۰	۰/۲۸
اثر هوتلینگ	۰/۳۹	۰/۹۲	۶	۱۴	۰/۵۰	۰/۲۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۹	۰/۹۲	۶	۱۴	۰/۵۰	۰/۲۸

با توجه به جدول ۴، آماره F تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش در مؤلفه‌های بازداری پاسخ معنادار نمی‌باشد (Wilks' $Lambda = 0.71, F = 0.92, p > 0.05$). بنابراین می‌توان گفت که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه‌های آزمایش در مؤلفه‌های بازداری پاسخ

مؤلفه	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	P	اندازه اثر
زمان (اول)	۱۴۷/۰۸	۷۸۵۹/۸۱	۱۴۷/۰۸	۴۱۳/۶۷	۰/۳۵	۰/۵۵	۰/۰۱
خطا (اول)	۰/۰۴	۲۰/۸۵	۰/۰۴	۱/۰۹	۰/۰۴	۰/۸۳	۰/۰۱
زمان (دوم)	۷۷/۴۱	۶۷۷۱/۱۳	۷۷/۴۱	۳۵۶/۳۷	۰/۲۱	۰/۶۴	۰/۰۱
خطا (دوم)	۰/۶۴	۶/۸۵	۰/۶۴	۰/۳۶	۱/۷۹	۰/۱۹	۰/۰۸
زمان (سوم)	۱۰۴۹/۵۴	۱۵۱۴۷/۷۲	۱۰۴۹/۵۴	۷۹۷/۲۴	۱/۳۱	۰/۲۶	۰/۰۶
خطا (سوم)	۵/۸۹	۳۸/۵۳	۵/۸۹	۲/۰۲	۲/۹۰	۰/۱۰	۰/۱۳
نمره تداخل	۵۵۶/۸۸	۲۸۱۶۴/۹۵	۵۵۶/۸۸	۱۴۸۲/۳۶	۰/۳۷	۰/۵۴	۰/۰۱

با توجه به جدول ۵ آماره F برای مؤلفه‌های مدت زمان خواندن (مرتب‌بندی اول)، مقدار خطاهای خواندن (مرتب‌بندی دوم)، مدت زمان خواندن

اجتماع آماده می‌سازد، همسو است. و با نتایج پژوهش محمدی یگانه (۱۳۸۹) که در پژوهش خود به بررسی اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی شهر تهران پرداخت و نتایج پژوهش نشان از عدم اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای بود، ناهمسو است. در تبیین این یافته از پژوهش که آموزش مدیریت خشم، توان افزایش بازداری پاسخ در دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دارد، با استناد به پژوهش‌های قبلی می‌توان گفت ماهیت اختلال کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به‌گونه‌ای است که زمانی که این کودکان برانگیخته می‌شوند، به جر و بحث با بزرگسالان می‌پردازند؛ خشمگین می‌شوند؛ بدخلقی می‌کنند و دیگران را به‌طور عمدی آزار می‌دهند. این رفتارهای تکانشی تا حدی ناشی از این است که کودکان با این اختلال توانایی درک اعمال، احساس‌ها و هیجان‌های دیگران را ندارند. بنابراین این کودکان در میان آموزش مدیریت خشم یاد می‌گیرند قبل از تفسیر عجولانه مقاصد، نیت‌ها و باورهای دیگران تأمل کنند و دیدگاه‌های آنها را هم در نظر بگیرند؛ در نتیجه بازداری پاسخ در آنها بهبود پیدا می‌کند. آموزش مدیریت خشم به این کودکان این امکان را می‌دهد که خود را با دنیای ذهنی دیگران هماهنگ سازند و در پاسخ به موقعیت‌های تحریک‌آمیز و مبهم به جای اینکه سوگیری اسنادی خصمانه نشان دهند و رفتارهای دیگران را سوءتعبیر کرده و تکانشگرانه برخورد کنند و به دیگران آسیب برسانند، پاسخ‌های نامناسب را هم کنترل کنند. آموزش مدیریت خشم با ایجاد ادراکی درست از دیدگاه دیگران، از تعبیر و تفسیرهای دلخواه موضوع‌ها می‌کاهد و شانس رفتارهای مبنی بر مفاهمه و پذیرش را بیشتر می‌کند. همچنین به فرد کمک می‌کند که پیامد رفتارهای خود را درک کند و پاسخ مناسب‌تری به کنش‌های دیگران دهد و در برابر وسوسه انجام فعالیت‌ها به‌طور

(مرتب‌ه سوم)، مقدار خطاهای خواندن (مرتب‌ه سوم) و نمره تداخل معنادار نمی‌باشد ($p > 0.05$). این یافته نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به این یافته‌ها در پاسخ به فرضیه پژوهش می‌توان گفت که بین تأثیر آموزش مدیریت خشم و فرزندپروری بر بازداری پاسخ دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معنادار وجود ندارد و هر دو روش تأثیر یکسانی بر بازداری پاسخ دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش‌های مدیریت خشم و فرزندپروری بر بازداری پاسخ دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. نتایج نشان داد گروه دریافت‌کننده برنامه آموزشی مدیریت خشم و فرزند پروری بر بازداری پاسخ در دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به گروه کنترل اثربخشی بیشتری را نشان داد. همچنین گروه آموزشی مدیریت خشم بر بازداری پاسخ دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر یکسانی با گروه آموزشی فرزندپروری داشته‌اند. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان داد آموزش مدیریت خشم بر بازداری پاسخ دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیرگذار بود.

این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی از جمله (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ جوهانستون و همکاران، ۲۰۲۰؛ هن وود و همکاران، ۲۰۱۵) که نشان دادند آموزش مدیریت خشم منجر به کاهش پرخاشگری و افزایش بازداری پاسخ در نوجوانان پسر مبتلا به اختلال‌های رفتاری مخرب می‌شود، همسو است. همچنین این یافته با نتایج پژوهش‌های (گورتز-دورتن و همکاران، ۲۰۱۹؛ کالبوب و همکاران، ۲۰۲۱) که نشان دادند آموزش مدیریت خشم سبب پرورش مهارت‌های روانی، اجتماعی و رفتاری می‌شود و کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را برای حضور مؤثر در روابط بین فردی، مدرسه و به‌طور کلی

تکانشی مقاومت کند. در جلسه‌های آموزش مدیریت خشم، کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای یاد گرفتند که به‌طور مستقل خشم خود را مهار کنند. در طول دوره آموزش، این کودکان روش‌های شناخت خود، آشنایی با مراحل بروز خشم، مهارت‌های مدیریت خشم، راهکارهای عملی در مورد مدیریت خشم، مهارت اکتساب و مرور ذهنی ایفای نقش صحنه‌های سلسله مراتبی خشم را یاد گرفتند. آنها جنبه‌های مختلف هیجان خشم (مؤلفه‌ها، محرک‌ها و پیام‌ها) را به‌درستی شناختند.

همچنین نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان داد آموزش فرزندپروری می‌تواند بازداری پاسخ دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر باشد. تبیین و تفسیر نتایج به‌دست‌آمده نیز براساس مبانی نظری و پژوهشی با نتایج مطالعه‌های اسکویورینگ و همکاران (۲۰۱۶)، اسکوماکر و همکاران (۲۰۱۲)، عباسی (۱۳۹۴)، بیرامی و حسن‌زاده (۱۳۹۶) و امینی ناغانی و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که اختلال بازداری پاسخ در کودکان مبتلا به مشکلات برون رفتاری بالاست و آموزش فرزندپروری می‌تواند باعث افزایش بازداری پاسخ در آنان شود. در تبیین این یافته با استناد به پژوهش‌های قبلی می‌توان گفت از آنجا که کودک یا نوجوان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای عصبانی، سرکش و انتقام‌جو است، کار با آنها سخت به نظر می‌رسد و توجه بیشتری از والدین را می‌طلبد، چرا که آنها دوست ندارند تحت کنترل باشند. هرچه والدین بیشتر سعی در تغییر و کمک به فرزند خود داشته باشند، سرپیچی بدتر می‌شود. لذت آموزش فرزندپروری موجب تغییر نوع برداشت والدین از رفتار مخرب کودک شده و با تغییر نگرش والدین نسبت به رفتار کودک می‌تواند موجب کاهش پرخاشگری و همچنین افزایش سازگاری آنان با این رفتارها و نیز بهبود عملکردشان شود که این حالت به‌صورت متقابل باعث کاهش رفتارهای اخلاص‌گرانه کودک می‌شود

(امینی ناغانی و همکاران، ۱۳۹۹). فرزندپروری مثبت = که به‌صورت هدفمند به والدین آموزش داده می‌شود- می‌تواند به‌خوبی در شناخت، هیجان‌ها و رفتار والدین تغییرات مثبتی به وجود آورد، به این صورت که با معطوف‌کردن مرکزیت توجه از روی کودک بر والدین، باعث می‌شود که والدین متوجه رفتار خود شوند و دست به قضاوت و داوری رفتارشان بزنند (ارجمندنیاء، عاشوری و جلیل‌آبکنار، ۱۳۹۶) که نتیجه آن کاهش پرخاشگری و رفتارهای تخریب‌گر در والدین و در نتیجه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای خواهد بود. کار والدین کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای سخت است و حتی صبورترین و مهربان‌ترین والدین را نیز به چالش می‌کشد. کودک یا نوجوان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عصبانی، سرکش و انتقام‌جو است. آنها دوست ندارند تحت نظارت باشند. والدگری برای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، یک چالش بزرگ است. درحقیقت، هرچه والدین بیشتر سعی در تغییر و کمک به فرزند خود داشته باشند، امر سرپیچی بدتر می‌شود. در این حالت نباید امید را از دست داد. روش‌های زیادی برای مقابله با این کودکان وجود دارد. شما می‌توانید قدرت از دست‌رفته خود را به دست آورید، زیرا مسئول رفتار خود هستید. شما نمی‌توانید کودک خود را کنترل کنید، اما او هم نمی‌تواند شما را کنترل کند. اقدام‌ها و پاسخ‌های شما به‌طور کامل در اختیار شماست. اصول و شیوه‌ها به شما کمک می‌کند تا انتخاب‌های مثبتی داشته باشید. در تمام یا بیشتر اقدام‌های مربوط به برخورد با کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، شاید با دعوای روزمره، مشاجره‌ها و درگیری‌هایی روبه‌رو هستید که شما را خسته و ناراحت می‌کند. تنها نتیجه این روند نافرمانی بیشتر کودکان است. زمانی که شما از مبارزه با این اختلال دست بکشید، نیمی از راه را رفته‌اید. نکته‌های زیر را همیشه مد نظر داشته باشید. محدودیت‌ها و عواقب منطقی مانند از دست‌دادن

عواطف مثبت می‌شود، ایجاد می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی شیوه‌های مدیریت خشم و پرخاشگری به والدین و خانواده‌های ایرانی در قالب کارگاه‌های آموزشی، رسانه‌های جمعی و سایر روش‌های آموزشی فراهم شود.

پی‌نوشت

- 1 Oppositional defiant disorder
2. Improve mood
3. Problem solving skills
4. Anger management training based on cognitive-behavioral approach
5. Parenting education protocol

منابع

- امیری م، مولایی گ، نسائیان ع؛ حجازی م، اسدی‌گندمانی ر. (۱۳۹۶) «تأثیر آموزش مدیریت رفتار به مادران بر علائم اختلال و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای». فصلنامه سلامت روان کودک، ۳(۲)، ۹۶-۸۴.
- ارجمندنیان ع، عاشوری م، جلیل آبکنار س. (۱۳۹۶) «نگاهی جامع بر برنامه فرزندپروری مثبت اصول، اهداف، سطوح و محتوا»، رویش روانشناسی، ۶(۲): ۳۵-۵۲.
- امینی ناغانی ش، نجاریوریان س، سماوی س. ع. (۱۳۹۹) «مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت با فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری مادران و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان»، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۸(۱): ۶۷-۷۷.
- بیرامی م، حسن‌زاده ث. (۱۳۹۶) «پیش‌بینی نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای براساس سبک‌های فرزندپروری»، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۴۸(۱۱): ۱۹۷-۲۰۴.
- سید محمودیان س. م، علیزاده ح، فرجی ن، برجعلی الف، پزشک ش (۱۳۹۶) «رویکرد آدلر- گلاسر به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مطالعه مروری نظاممند»، فصلنامه روانشناسی کودکان استثنایی، ۲۸(۱۱): ۲۲۹-۲۰۹.
- شادبافی م، عبدالرحیم‌پور ر، محمدی الف. (۱۳۹۹) «مقایسه بازداری پاسخ و توجه پایدار کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و اختلال کندگامی شناختی: سهم متمایز ADHD و SCT در مشکلات توجه براساس مدار اجرایی سرد و گرم»، کودکان استثنایی، ۲۰(۴): ۳۷-۵۰.
- عباسی ط. (۱۳۹۴) «مقایسه اثربخشی سه رویکرد درمانی بازی‌درمانی فلورنسی، آموزش فرزندپروری و درمان ترکیبی بر افزایش پذیرش اجتماعی، بهبود بازداری رفتاری و بهبود علائم در کودکان دارای نشانگان اختلال سلوک، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- فرامرزی س، عابدی الف، قنبری الف. (۱۳۹۱) «تأثیر آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای

امتیاز یا موردی را تعیین کنید که به راحتی بتوانید آنها را اعمال کنید. شما باید فقط محدودیت اعمال کنید. این فرزند شماست که تصمیم می‌گیرد از محدودیت اعمال‌شده درس بگیرد یا خیر. از بازی سرزنش کردن پرهیز کنید. سرزنش کودک یا خود برای این اختلال فایده‌ای ندارد. از نو شروع کنید. پس از پایان درگیری، همه چیز را آرام کنید و از نو رفتار مناسبی داشته باشید. هدف والدگری خود را بدانید: آماده کردن بچه‌ها برای بزرگسالی. اگر این اولویت شما باشد، دفعه بعد که فرزند شما لجبازی را شروع می‌کند، متفاوت فکر خواهید کرد.

پژوهش حاضر فقط بر گروه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای انجام شده است. بنابراین در تعمیم آن به سایر گروه‌ها و سنین باید احتیاط شود. از آنجایی که الگوی علی تأثیر متغیر مستقل آموزش‌های مدیریت خشم و فرزندپروری بر بازداری پاسخ در دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پژوهش حاضر جدید است و برای اولین بار به شکل فعلی اجرا شده است، در پژوهش‌های آینده بر جمعیت دانش‌آموزی نیز تکرار شود. در اینجا پیشنهاد می‌شود با استفاده از مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در غربالگری سلامت روان مدارس، دانش‌آموزان در معرض خطر مقاطع ابتدایی و راهنمایی شناسایی شده و با ارائه آموزش اختصاصی به موقع، از انتقال اختلال به مقاطع بالاتر جلوگیری شود. همچنین نتایج این پژوهش ضرورت وجود گرمی، محبت و صمیمیت در روابط والد فرزندی (که باعث عواطف مثبت و منفی می‌شود)، یعنی شیوه فرزندپروری مقتدرانه را که موجب شکل‌گیری عواطف مثبت می‌شود، ایجاد می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی شیوه‌های فرزندپروری به والدین و خانواده‌های ایرانی در قالب کارگاه‌های آموزشی، رسانه‌های جمعی و سایر روش‌ها آموزش داده شود. همچنین نتایج این پژوهش ضرورت وجود روش‌هایی در مورد مدیریت خشم و پرخاشگری، یعنی شیوه‌ای را که موجب شکل‌گیری

- Fabio, R. A., & Capri, T. (2017). The executive functions in a sample of Italian adults with ADHD: Attention, response inhibition and planning/organization. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 5(3).
- Ghosh, A., Malhotra, S., & Basu, D. (2014). Oppositional defiant disorder (ODD), the forerunner of alcohol dependence: A controlled study. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 8-12.
- Goertz-Dorten, A., Benesch, C., Berk-Pawlitsek, E., Faber, M., Hautmann, C., Hellmich, M., ... & Doepfner, M. (2019). Efficacy of individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders: a randomized controlled trial with an active control group. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), 165-175.
- Gomez, R., & Stavropoulos, V. (2019). Oppositional Defiant disorder dimensions: associations with traits of the multidimensional personality model among adults. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 777-792.
- Henwood, K. S., Chou, S., & Browne, K. D. (2015). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of CBT informed anger management. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 280-292.
- Hoyniak, C. P., & Petersen, I. T. (2019). A meta-analytic evaluation of the N2 component as an endophenotype of response inhibition and externalizing psychopathology in childhood. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 103, 200-215.
- Johnston, O. G., Cruess, D. G., & Burke, J. D. (2020). Irritability and behavioral symptom dimensions of oppositional defiant disorder in young adults: associations with DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1-12.
- Jones, S. H. (2018). Oppositional defiant disorder: An overview and strategies for educators. *General Music Today*, 31(2), 12-16.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2015). *Abnormal psychology* [Internet].
- Lin, X., Li, L., Chi, P., Wang, Z., Heath, M. A., Du, H., & Fang, X. (2016). Child maltreatment and interpersonal relationship among Chinese children with oppositional defiant disorder. *Child Abuse & Neglect*, 51, 192-202.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2017). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. John Wiley & Sons.
- فرزندان، «مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۲۴(۳): ۹۰-۹۶».
- فلاح‌نژاد م. ع.، کاظمی ف.، پزشک ش.، مجدرضایی م. ح.، رسولی و. (۱۳۹۶) «اثربخشی قصه‌گویی تصویری بر کاهش رفتارهای برون‌نمود و درون‌نمود کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای»، *کودکان استثنایی*، ۱۷(۳): ۵-۱۸.
- کرمانی ع.، بشرپور س.، نریمانی م. (۱۴۰۰) «اثربخشی آموزش رایانه‌ای مهارت‌های دیداری-حرکتی بر تکانش‌وری حرکتی و بازداری پاسخ کودکان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی»، *کودکان استثنایی*، ۲۱(۴): ۹۹-۱۱۲.
- محمدی یگانه م. (۱۳۸۹) *بررسی اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی شهر تهران سال تحصیلی ۸۸-۸۹*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- Bonham, M. D., Shanley, D. C., Waters, A. M., & Elvin, O. M. (2021). Inhibitory control deficits in children with oppositional defiant disorder and conduct disorder compared to attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49, 39-62.
- Calub, C. A., Rapport, M. D., & Alexander, K. (2021). Reducing Aggression Using a Multimodal Cognitive Behavioral Treatment Approach: A Case Study of a Preschooler with Oppositional Defiant Disorder. *Clinical Case Studies*, 20(1), 39-55.
- Chiarenza, G. A., Villa, S., Galan, L., Valdes-Sosa, P., & Bosch-Bayard, J. (2018). Junior temperament character inventory together with quantitative EEG discriminate children with attention deficit hyperactivity disorder combined subtype from children with attention deficit hyperactivity disorder combined subtype plus oppositional defiant disorder. *International Journal of Psychophysiology*, 130, 9-20.
- Collins-Donnelly, K. (2013). *Starving the Stress Gremlin: A Cognitive Behavioural Therapy Workbook on Stress Management for Young People*. Jessica Kingsley Publishers.
- Craig, S. G., Sierra Hernandez, C., Moretti, M. M., & Pepler, D. J. (2021). The mediational effect of affect dysregulation on the association between attachment to parents and oppositional defiant disorder symptoms in adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(5), 818-828.
- Ding, W., Meza, J., Lin, X., He, T., Chen, H., Wang, Y., & Qin, S. (2020). Oppositional defiant disorder symptoms and children's feelings of happiness and depression: Mediating roles of interpersonal relationships. *Child Indicators Research*, 13(1), 215-235.

- McKinney, C., Stearns, M., & Szkody, E. (2021). Maltreatment and affective and behavioral problems in emerging adults with and without oppositional defiant disorder symptoms: mediation by parent-child relationship quality. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), 2612-2632.
- Miller, R. W., Gondoli, D. M., Gibson, B. S., Steeger, C. M., & Morrissey, R. A. (2017). Contributions of maternal attention-deficit hyperactivity and oppositional defiant disorder symptoms to parenting. *Parenting*, 17(4), 281-300.
- Mitrushina, M., Boone, K. B., Razani, J., & D'Elia, L. F. (2005). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment*. Oxford University Press.
- Pisano, S., & Masi, G. (2020). Recommendations for the pharmacological management of irritability and aggression in conduct disorder patients. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 21(1), 5-7.
- Puiu, A. A., Wudarczyk, O., Goerlich, K. S., Votinov, M., Herpertz-Dahlmann, B., Turetsky, B., & Konrad, K. (2018). Impulsive aggression and response inhibition in attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive behavioral disorders: Findings from a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 90, 231-246.
- Roubinov, D. S., Boyce, W. T., & Bush, N. R. (2020). Informant-specific reports of peer and teacher relationships buffer the effects of harsh parenting on children's oppositional defiant disorder during kindergarten. *Development and Psychopathology*, 32(1), 163-174.
- Schoemaker, k., Bunt, T., Wiebe, SA., & Espy, KA. (2012). Executive function Deficits in preschool children with ADHD and DBD. *child Psychol psychiatry*. 53(2):111-119.
- Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2016). Executive functions and processing speed in children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior problems. *Child Neuropsychology*, 23(4), 442-462
- Tiwatpakorn, N., Worachotekamjorn, J., & Tassanakijpanich, N. (2021). Effectiveness of Parenting Training on Emotional and Behavioral Problems in First through Fourth Grade Thai Children with ADHD: A Randomized Controlled Study. *Psychological Reports*, 003329412111026846.
- Vanzin, L., & Mauri, V. (2019). Understanding Conduct Disorder and Oppositional-Defiant Disorder: A guide to symptoms, management and treatment. Routledge.
- Waldman, I. D., Rowe, R., Boylan, K., & Burke, J. D. (2021). External validation of a bifactor model of oppositional defiant disorder. *Molecular Psychiatry*, 26(2), 682-693.
- Wang, L. J., Lee, S. Y., Chou, M. C., Yang, K. C., Lee, T. L., & Shyu, Y. C. (2018). Impact of drug adherence on oppositional defiant disorder and conduct disorder among patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5), 0-0.
- Xu, M., Jiang, W., DU, Y., Li, Y., & Fan, J. (2017). Executive function features in drug-naive children with oppositional defiant disorder. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 29(4), 228.
- Zhu, Y., Jiang, X., & Ji, W. (2018). The mechanism of cortico-striato-thalamo-cortical neurocircuitry in response inhibition and emotional responding in attention deficit hyperactivity disorder with comorbid disruptive behavior disorder. *Neuroscience Bulletin*, 34(3), 566-572.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی