

مقایسه میزان ماندگاری آموزش مبتنی بر رابطه والد کودک با آموزش مدیریت والدین بر بهبود روابط والد کودک (مورد مطالعه: کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای)

رحیم سلگی^۱

فریبرز باقری^۲

حسن احدی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۲۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان ماندگاری آموزش مبتنی بر رابطه والد کودک با آموزش مدیریت والدین بر بهبود روابط والد کودک صورت گرفت. این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه پیگیری) انجام گرفت. در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه والدین کودکان ۵-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر تهران می‌باشد. جهت اجرای پژوهش تعداد ۴۵ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال نامبرده که برای درمان کودکانشان مراجعه کرده بودند به صورت نمونه‌گیری دردسترس در پژوهش مشارکت داده شدند. سپس جهت ارزیابی پیش‌آزمون و قبل از اجرای مداخله، مادران پرسشنامه علائم رفتاری کودکان و پرسشنامه طرد و پذیرش والدین را تکمیل کردند. در مرحله بعد دو گروه آزمایشی و مداخله درمانی را به همراه دارو درمانی دریافت کردند و گروه کنترل صرفاً دارو درمانی را دریافت کرد. در انتهای مداخله نیز پرسشنامه‌های مذکور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری توسط مادران تکمیل شد. داده‌ها نیز از طریق آزمون آماری کالوگروف-اسمیرنوف، شایپرو-ویلک، تحلیل واریانس و مقایسه زوجی میانگین‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک و آموزش مدیریت والدین در بهبود روابط والد-کودک در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به صورت معنادار در مراحل پس‌آزمون و پیگیری موثر بوده است و مقایسه زوجی نیز نشان داد که اثر درمان در طول زمان ماندگار است. بنابراین می‌توان گفت آموزش آموزش گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک و آموزش مدیریت والدین می‌تواند به عنوان روشی مداخله‌ای برای بهبود رابطه والد-کودک در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد استفاده قرار گیرند و با گذشت زمان نیز این اثر باقی مانده است.

واژگان کلیدی: آموزش، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک، آموزش مدیریت والدین.

^۱دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. Solgi_r25@yahoo.com

^۲دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران. f.bagheri@srbiau.ac.ir

^۳آستاد گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران. Ahadi.dr@gmail.com

مقدمه

نگرانی در مورد سلامت روان کودکان و تأثیر آن بر رشد و عملکرد کودک، همزمان با افزایش میزان شیوع اختلالات روانی قابل تشخیص، در سال‌های اخیر به طور چشمگیری افزایش یافته است و بر همین اساس متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان به موقع اختلالات روان‌شناختی تأکید می‌کنند (هفلینگر و هامفری، ۱، ۲۰۰۸؛ لئودل بارکو، مندو لازارو، ۲، ۲۰۱۹). زیرا الگوهای هیجانی و رفتاری در بزرگسالی دشوارتر تغییر می‌کنند لذا تشخیص هر چه زودتر مشکلات سلامت روان در کودکی یکی از مسائل پیشگیرانه بهداشت همگانی است (تیگز، ۳، ۲۰۱۰؛ میکولاجسکی، تیلور، ۴، ۲۰۱۷). براین اساس اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) یکی از متداول‌ترین اختلالات دوران کودکی است که میزان مراجعه آنها به مراکز درمانی زیاد است. این اختلال به عنوان سومین اختلال روانپزشکی شایع در نظر گرفته می‌شود و راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، شیوع این اختلال را ۱٪ تا ۱۱٪ گزارش کرده و میزان شیوع این اختلال در پسران بیش از دختران است (سادوک، لانویه، استوارت، رایبارچسکی، آوورباچ، اگروال و آستین، ۶، ۲۰۱۵). در واقع اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به یک الگوی خلق خشمگین / تحریک‌پذیر، منفی، نافرمان و خصمانه نسبت به دیگران اشاره دارد که باعث اختلال عملکردی می‌شود و این الگو حداقل به مدت ۶ ماه ادامه پیدا می‌کند (گومز و استاوروپولوس، ۷، ۲۰۱۹).

بنابراین کودک و نوجوان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارای یک الگوی خلق تحریک‌پذیر است. غالباً از کوره درمی‌رود، زودرنج است و غالباً خشمگین یا به آسانی دلخور می‌شود. رفتار جر و بحث (مقابله‌ای) به این نحو است که غالباً با مراجع قدرت بحث می‌کند، عموماً فعالانه مخالفت می‌کند یا از عمل به قواعد سرباز می‌زند، عمدتاً به طور عمدی دیگران را ناراحت می‌کند، غالباً برای اشتباه یا بدرفتاری خود دیگران را سرزنش می‌کند و رفتارهای کینه‌جویی یا تلافی‌جویی دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۸، ۲۰۱۳). پیش‌آگهی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نامطلوب و همچنین مزمن است، مبتلایان به آن در معرض ابتلا به اختلالات روانپزشکی در بزرگسالی مانند؛ اختلال شخصیت

1 Heflinger & Humphreys

2 León-del-Barco, B., Mendo-Lázaro,.

3 Tiggs

4 Mikolajewski, Taylor.

5 Oppositional Defiant Disorder

6 Lanoye, Stewart, Rybarczyk, Auerbach, Sadock, Aggarwal & Austin

7 Gomez & Stavropoulos

8 American Psychiatry Association

ضداجتماعی، الکلیسم، اعتیاد و مشکلات بین فردی و روانشناختی قرار می گیرند (چن، لین، هیث و دینگ ۱، ۲۰۲۰؛ مارتین ۲، ۲۰۱۴). در علت یابی مبتلایان به اختلال نافرمانی مقابله ای عوامل متعددی تأثیر دارد. این عوامل شامل مجموعه ای از خصوصیات و گرایشات ژنتیکی، زیست شناختی، شخصیتی کودک، فرزندپروری ناکارآمد و شرایط محیطی است (خدایاری فرد و سهرابی، ۱۳۹۲). علت پیدایش، هر عاملی که باشد، کودکان با نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای، عمدتاً فاقد مهارت های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگترها هستند (بارکلی ۳، ۱۹۸۷، ۲۰۰۶؛ لوبر و های، ۱۹۹۷؛ مارتین ۴، ۲۰۱۴).

والدین کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای، فشارهای والدینی بیشتری را تجربه می کنند. احتمال مصرف آرام بخش ها در والدین افزایش و تماس های خانواده کاهش می یابد. کشمکش های زناشویی، جدال ها، طلاق و افسردگی والدین بیشتر می شود. علاوه بر این والدین ممکن است به خاطر بد رفتاری کودک به سرزنش خود پردازند، یا مشکلات کودک را به نقایص خود در ارتباط با عدم شایستگی در سرپرستی کودک نسبت دهند. این نتایج معمولاً همراه با خود سرزنشی است و والدین کودکان مشکل دار دارای باورهای غیرواقعی بینانه در مورد کودک و خودشان هستند (رتو، استنجر و هودزیاک ۵، ۲۰۱۲؛ بارکلی، ۲۰۰۵، دروتی و اسمیت ۶، ۲۰۰۱).

با توجه به ویژگی هایی که کودکان نافرمان مقابله ای دارند و پیش آگهی نامناسب همچون ابتلا به اختلالات روانپزشکی در بزرگسالی، اعتیاد، مشکلات بین فردی و تحصیلی و همچنین آسیب هایی که این کودکان می بینند به همراه تأثیر آن بر خانواده، نیاز به مداخله و درمان مؤثر ضروری است. در طول سالیان متمادی روش های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای به کار گرفته شده است. از جمله درمان های نافرمانی مقابله ای و به ویژه اختلالات همراه، به عنوان یک قاعده کلی، دارو درمانی می باشد که اغلب به تنهایی سودمند اما ندرتاً کافی است و به تنهایی بر عملکرد آشفته خانواده، تأثیر اختلالات بر خانواده

1 Chen, Lin, Heath & Ding

2 Martín

3 Barkley

4 Martín, v

5 Reto, Stinger & Hvdyak

6 Dougherty, L. R., Smith, V. C.,

یا بد رفتاری با کودک مؤثر نیست و جوابگوی نگرانی‌های والدین نیز نخواهد بود (کازدین^۱ و ویتلی، ۲۰۰۶؛ رتو، استنگر و هودزیاک^۲، ۲۰۱۲؛ بارکلی، ۲۰۱۶؛ عطادخت و اصغری، ۱۳۹۸).

در طی سال‌های گذشته تأکید بر درمان‌های روان‌شناختی از جانب متخصصان صورت گرفته است. بخشی از درمان‌ها مداخلات فردی و بخشی دیگر بر مداخلات خانوادگی، متمرکز شده‌اند (لندرت^۳، ۲۰۰۲؛ لندرت و همکاران، ۲۰۱۲؛ اگاندل^۴، ۲۰۱۸؛ کاتزمن^۵، ۲۰۱۹؛ یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۷). از میان رویکردهای درمانی مختلف، به نحوی که آناستاپولوس^۶ و همکاران (۲۰۰۳) اظهار می‌کنند، مهمترین روش درمانی برای کودکان در کنار دارو درمانی، آموزش مدیریت والدین (PMT^۶) است. اساس PMT بر این دیدگاه استوار است که اختلالات رفتاری کودکان در نتیجه تعامل‌های غلط بین کودک و والدین به وجود آمده و تداوم می‌یابد (پترسون^۷ و یورگر، ۲۰۰۹). یکی از مهمترین مزایای این روش ایجاد حس خودکارآمدی در کودک و والد است تا بدین طریق رابطه آنها نیز تقویت شده، فرزندپروری کارآمدتر شده و تداوم اثرات درمان در زندگی کودکان بیشتر شود. آموزش والدین از دو جهت بر سایر روش‌ها، برتری دارد؛ اول آن که برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل و توسط والدین که بیشترین تماس را با او دارند، اجرا می‌گردد و دوم آن که آموزش مدیریت والدین جنبه‌های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ساندرز، بور و موراسکا^۸، ۲۰۰۸؛ جنسن هارت، کریستنسن، دوتکا، و لیشمن^۹، ۲۰۱۲). از اهداف مهم این برنامه، افزایش دانش، اعتماد به نفس، خودکارآمدی و خوش فکری والدین در تربیت فرزند و ایجاد محیط‌هایی با میزان تعارض کمتر برای کودکان می‌باشد. در رابطه با اثربخشی این روش درمانی به عنوان یک روش مداخله رفتاری در جهت کاهش علایم و همچنین بهبود روابط والد کودک در کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای مطالعات فراوانی صورت گرفته و عموماً در کنار دارو درمانی این روش نیز توصیه می‌شود (جنسن هارت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۲؛ موسوی، ۱۳۸۲؛ داوودی، کلهر، ۱۳۹۷؛ جنسن و همکاران، ۲۰۱۲؛ اسکوتزراک^{۱۱}، ۲۰۱۵).

¹ Kazdin

² Landreth

³ Ogundele, M. O

⁴ Katzmann, J

⁵ Anastopoulos

⁶ Parent Management Training

⁷ Patterson

⁸ Sanders, Bor & Morawska

⁹ Jensen-Hart, Christensen, Dutka & Leishman

¹⁰ Jensen-Hart

¹¹ Skotarczak, L

از طرفی دیگر، درمان با مشارکت والدین یک دیدگاه منحصر به فرد است که توسط متخصصان آموزش دیده در زمینه بازی درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد تا به والدین آموزش دهند که جزئی از عوامل درمان‌گرانه یا بهبود دهنده فرزندان خودشان باشند. این جزئی از عوامل درمان‌گرانه بودن در قالب دستورالعمل‌های تعلیمی_آموزشی و نمایش تجربی جلسات بازی می‌باشد که می‌بایست در جلسات بازی درمانی در محیطی مشابه خانه، تحت نظارت یک متخصص در جوی حمایتی به کار گرفته شود (لی و لندرت، ۲۰۱۳). از جمله روش‌های جدید آموزش گروهی مبتنی بر رابطه والد_کودک (CPRT^۲) است که از روش‌های مؤثر در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد که بر مشارکت خانواده‌ها در درمان کودکان، متمرکز است (لی، ۲۰۱۶، ۳؛ کومن، ۲۰۱۶، ۴؛ وین بورن و گیلسترپ، ۲۰۱۷، ۵؛ صفری و فرامرزی، ۱۳۹۱؛ حسین خانزاده، ۱۳۹۶؛ حمیدزاده، کاشانی، مرادی و وکیلی، ۱۳۹۹). در تحقیق شیرینی و سیدموسوی (۱۳۹۵) مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و آموزش مدیریت والدین بر رفتارهای تغذیه‌ای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر شناخته شد. ریس، کلی، بیلی، دان و فیلیپس^۶ (۲۰۱۵) نیز سودمندی مدل مبتنی بر رابطه والد-کودک را در برخورد با مشکلات کودک و والدین آنها تأیید کرده‌اند. در پژوهش اخوان تفتی و امیری (۱۳۹۷) نیز اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رابطه والد_کودک بر رابطه والد-کودک در کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری مؤثر شناخته شد.

بنابراین با توجه به پیامدهای نامطلوب که اختلال نافرمانی مقابله‌ای به دنبال دارد و تأثیرات گسترده‌ای که بر زندگی فردی و اجتماعی بر جای می‌گذارد، لازم است اقدامات اساسی برای درمان کودکان مبتلا به این اختلال صورت گیرد. البته درمانی مؤثر با تأکید بر جنبه‌های بوم‌شناختی که بتواند مشکلات کودکان مبتلا را کاهش دهد. طی بررسی‌های به عمل آمده تحقیقی که هر دو درمان را مورد مقایسه قرار داده باشد یافت نشد. از آنجایی که از اهداف هر دو درمان تأکید بر استفاده از ارتباطات عاطفی طبیعی موجود بین والدین و کودک در جهت درمان است و همچنین والدین را جایگزین مناسبی برای درمانگران می‌دانند که در محیط خانه به درمان مشکلات و اختلالات کودکان‌شان بپردازند؛ لذا نیاز است دوام و ماندگاری این دو درمان در شرایط یکسانی مورد بررسی قرار

¹ Lee

² Child Parent Relationship Therapy

³ Li, L

⁴ Kottman T

⁵ Winburn A, Gilstrap D

⁶ Riess, Kelley, Baily, Dunn & Phillips

گیرند. از این رو، برای پژوهشگر این مسئله مطرح می‌شود که میزان ماندگاری آموزش مبتنی بر رابطه والد کودک با آموزش مدیریت والدین بر بهبود روابط والد کودک چه تفاوتی دارد؟
روش

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل به همراه پیگیری است. جامعه پژوهش حاضر را کلیه مادران کودکان ۵ تا ۱۱ ساله مبتلا به ODD که به درمانگاه‌ها و مراکز روانشناختی و روانپزشکی شهر تهران مراجعه کردند؛ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۵ والد بود که با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. مدل مفهومی پژوهش حاضر دارای سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) است. مادران در گروه آزمایشی اول، CPRT، در گروه آزمایشی دوم، PMT دریافت کردند و گروه کنترل، درمان روانشناختی دریافت نکردند. همچنین در سه گروه مذکور، کودکان دارو درمانی را دریافت کردند. انتخاب اعضای نمونه در ابتدا با شناسایی کودکان، توسط یک روانپزشک متخصص اطفال یا یک روانشناس بالینی با توجه به پرسشنامه‌ها، معیارهای تشخیصی و مصاحبه ساختار یافته DSM-5 صورت گرفت و وجود اختلال در آنها تأیید شد. سپس پرسشنامه علائم رفتاری کودکان و پرسشنامه طرد و پذیرش والدین ویژه بزرگسالان توسط مادران تکمیل شد. آزمودنی‌ها با اخذ رضایت کتبی وارد طرح شدند. والدین گروه اول آزمایشی، CPRT را برای ۱۰ جلسه گروهی ۲ ساعته در مدت ۱۰ هفته و والدین گروه دوم آزمایشی، PMT را برای ۱۰ جلسه گروهی ۲ ساعته در مدت ۱۰ هفته دریافت کردند. در پایان دوره و پیگیری سه ماهه، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور، توسط روانشناس در اختیار مادران گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها نیز از ابزارهای زیر استفاده شده است:

الف- پرسشنامه علائم رفتاری کودکان ۱۴ (CSI-4): پرسشنامه علائم رفتاری کودکان یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که نخستین بار در سال ۱۹۸۴ توسط گرانرو^۲ و همکاران به منظور غربال کردن ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی شده و در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم راهنمای آماری اختلال‌های روانی مورد تجدیدنظر قرار گرفت و منتشر شد. پرسشنامه مرضی کودکان دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والد دارای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه

¹ Child Behavior Symptoms Inventory 4

² Granero

مقایسه میزان ماندگاری آموزش مبتنی بر رابطه والد کودک با آموزش مدیریت والدین بر بهبود روابط والد کودک ۷

اضافی از اختلال‌های رفتاری تنظیم شده است. این اختلال‌ها مشتمل است بر اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری و عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشدی فراگیر، اختلال اسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال‌های دفع. ارمیس ۱ (۲۰۰۹) اعتبار پرسشنامه را به روش بازآزمایی ۰/۷۲ گزارش کرده است. در پژوهش سوچ ۲ (۲۰۰۹). روایی پرسشنامه با فرم رفتاری کودک آشنیباخ و پرسشنامه تشخیصی کودکان همبستگی مثبتی نشان داد که نشانه روایی سازه آن می‌باشد. پایایی این پرسشنامه با آزمون آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۹۳ به دست آمد.

ب- پرسشنامه طرد و پذیرش والدین ویژه بزرگسالان (فرم مادران) (CARQ_M): پرسشنامه طرد و پذیرش والدین یک وسیله خودارزشیابی است که به منظور ارزیابی ادراک افراد از طرد و پذیرش والدینشان طراحی شده است. فرم بزرگسال این پرسشنامه، ادراک بزرگسالان از طرد و پذیرش والدینشان وقتی که در سن هفت تا دوازده سالگی بودند را ارزیابی می‌کند، این پرسشنامه شامل چهار زیر مقیاس: ۱- پذیرش و محبت، ۲- خصومت/ پرخاشگری، ۳- بی تفاوت/ غفلت کننده، ۴- طردکننده غیرقابل تفکیک می‌باشد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط کارنس_هالت ۴ (۲۰۱۰) در آمریکا ۰/۹۳ گزارش گردید. در ایران (شیرینی و سیدموسوی، ۱۳۹۵) ضریب همسانی درونی آزمون را برابر با ۰/۹۸ برآورد شده است.

ج) خلاصه محتوای جلسات مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه کودک - والد CPRT
جلسه اول

◀ بیان موضوعات پایه از قبیل: تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندانشان و مرور اجمالی موضوعات جلسات آموزشی CPRT و مفاهیم ضروری مرتبط با آن (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین).

◀ معرفی اعضای گروه به یکدیگر

◀ آموزش روش پاسخگویی انعکاسی به احساسات، عواطف و آرزوها و نیازهای کودک.

جلسه دوم

¹ rrii §

² Suveg.

³ Child Acceptance-Rejection Questionnaire (Mother Forms)

⁴ Carnes-Holt

- ◀ تبادل غیر رسمی و دوستانه‌ی اطلاعات و مرور تکالیف خانگی جلسه‌ی قبل.
 - ◀ یادآوری اصول اساسی جلسات بازی والدین با کودک.
 - ◀ معرفی و ارائه مجموعه اسباب بازی‌های مورد نیاز برای جلسات بازی و شرح منطق استفاده از هر یک از آنها، خصوصاً در باب اسباب‌بازی‌هایی که والدین درباره شان نگرانی‌هایی دارند (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین).
 - ◀ انتخاب زمان و مکانی خاص برای جلسات بازی.
 - ◀ معرفی و ایفای نقش مهارت‌های اساسی جلسه بازی (بصورت زنده یا ارائه نوار ویدئویی).
 - ◀ معرفی و ارائه تکالیف منزل از قبیل تهیه‌ی مجموعه اسباب بازی‌های مورد نیاز و تعیین زمان و مکانی مناسب برای بازی.
- جلسه سوم
- ◀ مرور تکالیف خانگی جلسه قبل.
 - ◀ مرور جواب‌های والدین به برگه‌های پاسخ‌گویی انعکاسی، در صورتی که در جلسه‌ی دوم در بخش تکالیف منزل مطرح شده باشد.
 - ◀ معرفی بایدها و نبایدهای جلسات بازی.
 - ◀ ارائه تکالیف منزل (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین).
 - ◀ تکمیل لیست اسباب‌بازی‌ها.
 - ◀ تعیین زمان و مکان بازی.
 - ◀ تهیه‌ی کارت‌های تعیین وقت برای هر جلسه‌ی بازی.
- جلسه چهارم
- ◀ مرور تکالیف جلسه‌ی قبل و در میان گذاشتن دوستانه‌ی اطلاعات آموزشی. یادآوری نکات مهم جهت آمادگی و هدایت جلسات بازی در منزل.
 - ◀ مرور جلسات بازی ضبط شده با نظارت درمانگر.
 - ◀ اعمال سه گام محدودیت‌گذاری (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین).
 - ◀ مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه‌ی بازی (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین).
 - ◀ مرور مجدد بایدها و نبایدهای جلسه بازی (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین).

◀ مرور مجدد فرم فرآیندها و مراحل مربوط به جلسه ی بازی (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین).

جلسه پنجم

◀ تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت های جلسه ی بازی است، لذا مطالب جدیدی در این جلسه مطرح نمی شود تا والدین احساس ناتوانی و درماندگی نکنند. همانند سایر جلسات آموزشی، عمده زمان جلسه بر گزارشات والدین از جلسات بازی در منزل و مشارکت فعالانه در خصوص مرور جلسات ضبط شده والدین می گذرد (مرور و بررسی جلسه ی بازی ضبط شده).

◀ مرور مبحث محدودیت گذاری در سه مرحله، مرور مطالب مربوط به محدودیت گذاری، علت بیان محدودیت گذاری در سه مرحله و علت استفاده از آن (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین).

جلسه ششم

◀ برنامه کار در جلسات ششم تا نهم بدین ترتیب خواهد بود که هدف اولیه ی درمانگر در برخورد با والدین، تقویت و ایجاد احساس کارآمدی آنها، از طرق ایجاد حس عزت نفس و اعتماد به نفس است و هدف اولیه ی والدین در طول این جلسات این است که به صورتی فعالانه به کودک شان پاسخ دهند تا عزت نفس کودک تقویت شود.

◀ بررسی و مرور غیر رسمی و دوستانه ی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارشات والدین از جلسات بازی.

◀ مرور و بررسی جلسات بازی ضبط شده والدین، آموزش والدین در مبحث حق انتخاب دادن به کودک و مرور مطالب مربوطه، آموزش مسئولیت پذیری و تصمیم گیری به کودکان.

جلسه هفتم

◀ هدف عمده این جلسه حمایت و تشویق مهارت های والدین و پیشرفت هایشان است تا بدین وسیله اعتماد به نفس آنها با حمایت و راهنمایی گرفتن از گروه، بازخورد گرفتن و بازخورد دادن بهبود پیدا کند. بنابراین طبیعی خواهد بود که عمده زمان جلسه نیز به این کار اختصاص یابد.

◀ مرور غیر رسمی تکالیف در خلال گزارشات والدین از جلسات بازی منزل.

◀ مرور و تکمیل این موارد در صورت نیاز:

◀ مرور جلسات بازی ضبط شده و بحث و گفتگو درباره آنها با نظارت درمانگر.

◀ توضیح فرایند تقویت عزت نفس در کودک (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین).

◀ تعیین تکالیف منزل (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین):

◀ اجرای جلسه‌ی بازی (در زمان و مکان مناسب و ثابت).

جلسه هشتم:

◀ مشابه با فرایندهای جلسه ۶ و ۷، تمرکز عمده این جلسه نیز بر روی حمایت و تشویق مهارت‌های والدین و اعتماد به نفس دادن به آنها از طریق گفتگوی گروهی و بازخورد گرفتن اعضای گروه از یکدیگر است، بنابراین عمده زمان جلسه را نیز به این کار اختصاص می‌دهیم.

◀ مرور غیر رسمی و دوستانه‌ی اطلاعات و تکالیف خانگی در هنگام گزارش والدین از جلسات بازی در منزل و تعمیم مهارت‌های جلسه‌ی بازی به موقعیت‌های خارج از جلسه.

◀ گزارش والدین از کاربرد مهارت پاسخدهی عزت نفس ساز، در شرایط خارج از جلسه‌ی بازی.

◀ گزارش والدین از کاربرد این مهارت در موقعیت‌هایی در طی جلسه بازی همراه با گزارشی از سایر بخش‌های جلسه بازی.

◀ بطور خلاصه تشویق کردن یعنی:

◀ ایفای نقش / نمایش فیلم مهارت‌های جلسه‌ی بازی و پاسخ‌های تشویقی والدین.

◀ تعیین تکالیف منزل (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین).

جلسه نهم

◀ اگر چه روند کلی این جلسه مشابه با چیزی است که در جلسات ۶ تا ۸ گذشت (بیان تجارب والدین در گروه طی هفته‌ای که گذشت و ارائه یک جلسه‌ی بازی از والدین و بحث و بررسی نکات آن)، اما در جلسه‌ی نهم، زمان بیشتری به اتفاقات هفته‌ی گذشته‌ی والدین و بررسی آن‌ها در گروه اختصاص می‌یابد، بطوری که در جلسه‌ی قبل نیز عمده تکالیف خانگی بر کاربرد مهارت‌های آموخته شده در خارج از جلسات بازی تمرکز دارد، عمده زمان این جلسه نیز به در میان گذاشتن تجارت والدین از کاربرد مهارت‌ها در موقعیت‌های خارج از جلسات بازی، می‌گذرد.

◀ استفاده از مهارت‌ها در موقعیت‌های خارج از جلسه بازی.

جلسه دهم

◀ اهداف اولیه‌ی این جلسه عبارتند از:

◀ مرور مطالب مهم:

مقایسه میزان ماندگاری آموزش مبتنی بر رابطه والد کودک با آموزش مدیریت والدین بر بهبود روابط والد کودک ۱۱

◀ فرآیند پایان دادن به جلسات و دوره آموزشی: آیت‌آیند پ ۱. کلیه ی موارد مهمی را که هر یک از والدین آموخته اند، مرور کنید. ۲. در باب تغییرات اتفاق افتاده در وضعیت و رفتار کودکان، نسبت به ۱۰ هفته قبل، بحث و گفتگو کنید. ۳. مرور اطلاعات اولیه از فرم‌های مخصوص اطلاعات والدین. ۴. بازخورد دادن مثبت بین اعضا گروه را نسبت به تغییرات خوبی که در آنها اتفاق افتاده، تسهیل و تشویق کنید.

◀ تصمیم‌گیری برای زمان، مکان و ساعت دقیق جلسات پیگیری برای اعضا گروه.

د) خلاصه محتوای جلسات مداخلات گروهی آموزش مدیریت والدین PMT

جلسه اول - آشنایی با ODD و مشکلات مرتبط: در این جلسه odd به زبان ساده برای والدین تعریف می‌شود و علایم اصلی، پایه‌های زیستی، کارکرد مغزشان، سیر اختلال توضیح داده می‌شود. هدف اصلی این جلسه تغییر نگرش والدین نسبت به مشکلات و رفتارهای نامطلوب کودک است تا به جای آنکه او را کودکی لجباز که اگر بخواهد، می‌تواند رفتارهای خود را تغییر دهد، بشمارند، در آخر جلسه پس از آنکه به پرسش‌های والدین پاسخ داده می‌شود، تکالیف هفته بعد مشخص می‌گردد.

جلسه دوم: چگونه کودک را تشویق کنیم؟

در این جلسه ابتدا در مورد پیش‌آیند و پس‌آیند رفتار و تأثیرات آنها بر روی رفتار کودک توضیح داده می‌شود. یعنی اینکه برای تغییر رفتار کودک از طریق تغییر شرایط، پیش‌آیند و پس‌آیندهای آن می‌تواند مؤثر واقع‌شد. سپس اصطلاح تشویق تعریف می‌شود و به والدین گفته می‌شود که کودکان ODD به دلیل آنکه بیشتر اوقات رفتارهای نامطلوب نشان می‌دهند، بسیار کمتر از کودکان عادی مورد تشویق قرار می‌گیرند و در واقع یاد گرفته‌اند که با رفتار منفی مورد توجه اطرافیان قرار گیرند. سپس انواع مشوق‌ها (تشویق کلامی، غیرکلامی، رفتاری، مادی و اجتماعی) و استفاده از آنها برای تغییر رفتار کودک توضیح داده می‌شود. سپس نظام ژتونی به صورت تهیه جدول تشویق برای والد توضیح داده می‌شود زیرا توجه مثبت و تقویت اجتماعی برای کنترل رفتار کودک ODD کافی نیست. در انتهای جلسه نیز تکالیف هفته بعد آموزش داده می‌شود.

جلسه سوم: چگونه به کودک دستور دهیم؟: بی‌توجهی کودکان منجر به این می‌شود که کودک دستورات و درخواست‌های دیگران را متوجه نشود و در نتیجه آنها را پیگیری نکند. به والدین آموزش داده می‌شود که چطور می‌توانند توجه کودک را به دستور خود جلب نمایند که این کار از طریق برقراری تماس چشمی و لمس کودک پیش از ارائه دستور صورت می‌گیرد. همچنین دستورات نیز

باید ویژگی های خاصی داشته باشد تا کودک بتواند آنها را درک کند و انجام دهد. دستورات باید به صورت عملیاتی برای کودک توضیح داده شود؛ به زبان ساده، کوتاه و قابل اجرا باشد؛ فقط یک دستور در هر بار ارائه شود و اینکه دستور نباید حالت سوالی داشته باشد. پس از آنکه کودک دستور مورد نظر را انجام داد، طبق اصول جلسه قبل باید مورد تشویق قرار گیرد. تکلیف این جلسه ارایه دستور به کودک براساس اصول آموخته شده است.

جلسه چهارم: استفاده از تنبیه: برای اصلاح رفتار کودک، تشویق به مراتب از تنبیه مؤثرتر است. برای شکل گیری تعامل مثبت میان والدین و کودک تا این جلسه روش های تنبیه به والدین آموزش داده نمی شود. در ابتدای آموزش این جلسه به والدین تأکید می شود که بدون استفاده ی مکرر از تشویق رفتارهای مطلوب، تأثیر روش های تنبیه، زودگذر خواهد بود و مجدداً به والدین یادآوری می شود که نظام ژتونی را همواره در کنار تکالیف جدید هر جلسه ادامه دهند. سپس انواع روش های تنبیه شامل بی توجهی به رفتاری که کودک توسط آن در صدد جلب توجه است، جریمه و جبران توضیح داده می شود. جبران بدین معناست که کودک موظف است نتایج رفتار منفی خود را جبران نماید. زمان قابل توجهی صرف توصیف دقیق روش های تنبیه و قوانین آن می شود. قوانین تنبیه شامل آن است که والدین باید در ارایه آن ثبات داشته باشند؛ به ازای ارایه هر ۳ بار تشویق می توان از یک بار تنبیه استفاده کرد؛ قبل یا بعد از تنبیه نباید کودک را سرزنش کرد؛ تنبیه باید متناسب با رفتار منفی کودک انتخاب شود. تکلیف این جلسه شامل تنبیه رفتارهایی است که قبلاً به مدت کافی براساس نظام ژتونی، مورد تشویق قرار گرفته است.

جلسه پنجم: استفاده از محروم کردن برای رفتارهای پرخاشگرانه: محروم کردن نوعی تنبیه است که برای رفتارهای پرخاشگرانه کودک اعمال می شود. والدین یک یا دو رفتار پرخاشگرانه مشکل آفرین کودک را انتخاب می کنند تا محروم کردن را در مورد آنها اجرا کنند. بدین صورت که کودک بعد از انجام رفتار پرخاشگرانه مورد نظر، به مکانی که از افراد خانواده دور باشد مثل یک اتاق دیگر برده می شود و مدت زمان کوتاهی (یک دقیقه به ازای هر سال زندگی) در آنجا تنها می ماند. چنانچه کودک در مدت زمان تعیین شده آرام بماند، می تواند از اتاق خارج شود و در غیر این صورت زمان محروم کردن پس از آرام شدن کودک محاسبه می شود. یعنی به کودک گفته می شود تا زمانی که در اتاق در حال داد و فریاد باشد، مدت زمان محروم کردن محاسبه نمی شود.

مقایسه میزان ماندگاری آموزش مبتنی بر رابطه والد کودک با آموزش مدیریت والدین بر بهبود روابط والد کودک ۱۳

جلسه ششم: کنترل رفتارهای کودک در محیط خارج از منزل: در این جلسه ابتدا به والدین توضیح داده می‌شود که رفتار کودک در محیط‌های خارج از منزل مثل میهمانی و فروشگاه به دلیل عدم وجود ساختار و تنوع محرک‌ها بدتر می‌شود. به آنها گفته می‌شود که لازم است رفتار کودک را از قبل پیش بینی کنند تا برای واکنشی مناسب آماده باشند. سپس اصول کنترل رفتارهای کودک در این نوع مکان‌ها آموزش داده می‌شود. بدین صورت که پیش از ورود کودک به این نوع مکان‌ها، والدین توجه او را به خود جلب می‌کنند و ۲ تا ۳ انتظاری که از نحوه رفتار او در آن مکان دارند را به طور عملی به وی بیان می‌کنند و سپس تشویق او را مشخص می‌کنند. پس از خروج از آن مکان در صورت تبعیت کودک از انتظارات والدین، وی از تقویت اجتماعی، ژتون یا امتیاز برخوردار خواهد شد و در غیر این صورت، تنبیه به صورت جریمه اعمال می‌گردد.

جلسه هفتم: آموزش مهارت‌های جدید به کودک: انتظار نداشته باشید کودکان با اولین آموزش، مهارت مورد نظر را یاد بگیرد. رمز موفقیت تمرین، تمرین و تمرین است. منتظر موقعیت‌های طبیعی مناسب برای آموزش مهارت باشید. اگر کودک از شما برای حل مشکل کمک می‌خواهد، سعی کنید او را وادار به تفکر و ارائه راه حل نمایید. بهتر است پیام‌های کوتاه موثر و قابل به خاطر سپردن را در پاسخ به او مطرح کنید.

جلسه هشتم: انجام تکالیف: انگیزه و پشتکار در کودکان کم است و مقاومتشان زیاد، به همین دلیل بازده کار آنها نیز نسبت به کودکان هم سن خود کمتر می‌باشد. آنها نمی‌توانند همان مقدار تکالیفی را که همسالانشان در یک مدت زمانی انجام می‌دهند، بنویسند یا بخوانند. برای رفع این مشکل می‌توان از راه حل‌های زیر استفاده کرد: در ابتدای کار تنها به مسائلی که کودک حل کرده است و مقدار تکالیفی که انجام داده است بها دهید نه به درست و دقیق بودن آنها. می‌توانید از خود کودک بپرسید در این مدت زمانی چه مقدار تکالیف می‌تواند انجام دهد، سپس او را تشویق کنید تا از عهده میزانی که خودش تعیین کرده برآید.

جلسه نهم: در این جلسه مهارت‌هایی که والدین آموخته‌اند توسط آنها مرور می‌شود و مشکلات احتمالی آینده کودک مطرح می‌گردد تا والدین آمادگی مواجه با آنها را داشته باشند. همچنین تأکید می‌شود که درمان متوقف نشده است و لازم است که والدین به مهارت‌های آموخته شده مسلط باشند و همواره آنها را به کار گیرند.

در نهایت بعد از اتمام نمونه گیری داده‌های بدست آمده تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام پذیرفت. در آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در قسمت آمار استنباطی با رعایت پیش فرض‌ها از کالموگروف-اسمیرنوف، شاپرو-ویلک، تحلیل واریانس و مقایسه زوجی میانگین‌ها در نرم افزار SPSS ورژن ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، گروه‌های آزمایش و شاهد از نظر سن و سطح تحصیلات هم‌تا شدند. میانگین و انحراف معیار سن در سه گروه CPRT و PMT و کنترل به ترتیب برابر با $۳۲/۷۵ \pm ۳۲/۶۷$ ، $۴/۲۷ \pm ۳۲/۶۰$ و $۴/۶۲ \pm ۳۲/۴۰$ سال بود.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات نشانگان مرضی کودکان با اختلال نافرمانی به تفکیک گروه

شاخص‌ها	PMT			CPRT			کنترل		
	پیش-آزمون	پس-آزمون	پیگیری	پیش-آزمون	پس-آزمون	پیگیری	پیش-آزمون	پس-آزمون	پیگیری
میانگین	۱۵,۰۰	۷,۸۷	۹,۳۳	۱۵,۲۰	۱۱,۰۷	۱۱,۷۳	۱۴,۵۳	۱۳,۶۷	۱۳,۲۰
انحراف معیار	۲,۳۰	۱,۶۴	۱,۷۶	۲,۰۱	۱,۸۳	۲,۰۵	۲,۲۳	۱,۹۹	۲,۲۴

جدول ۱، میانگین، انحراف معیار و دیگر شاخص‌های آماری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری را در سه گروه نشان می‌دهد. بر این اساس، میانگین نمره نشانگان مرضی کودکان در پس‌آزمون کاهش پیدا کرده است. برای بررسی معناداری کاهش نمرات، از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر ترکیبی استفاده شد. در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۱۵ نفر در هر گروه وجود داشتند.

قبل از انجام تحلیل واریانس مفروضه‌های مورد نیاز این آزمون برای داده‌ها بررسی و گزارش شد. در اولین مرحله پیش فرض عدم انحراف از توزیع نرمال در متغیر وابسته با روش کلموگروف-اسمیرنوف و شاپرو-ویلک آزمون شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲- بررسی توزیع نرمال در نمرات گروه‌ها بر اساس آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپرو-ویلک

گروه‌ها	کلموگروف-اسمیرنوف			شاپرو-ویلک		
	شاخص	درجه آزادی	معنی داری	شاخص	درجه آزادی	معنی داری
PMT	۰.۱۳۶	۱۵	۰.۲۰۰	۰.۹۵۰	۱۵	۰.۷۰۶
CPRT	۰.۱۲۶	۱۵	۰.۲۰۰	۰.۹۶۱	۱۵	۰.۷۱۸
گواه	۰.۲۰۳	۱۵	۰.۰۸۸	۰.۸۹۹	۱۵	۰.۰۷۹

مقایسه میزان ماندگاری آموزش مبتنی بر رابطه والد کودک با آموزش مدیریت والدین بر بهبود روابط والد کودک ۱۵

یافته‌های این جدول حاکی از آن است که سطح معنی‌داری به دست آمده در آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک نمرات گروه‌ها بزرگتر از ۰/۰۵ است ($p > ۰/۰۵$). به عبارت دیگر توزیع هیچ یک از گروه داده‌هایی که در این جدول هستند به شکل معنی‌داری از توزیع نرمال انحراف ندارند و پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برای گروه‌ها برقرار است. در ادامه از آزمون موچلی برای بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳- بررسی مفروضه کرویت در داده‌های نمرات روابط والد-کودک

ضریب موچلی W	مقدار خی دو	درجه آزادی	معنی‌داری	اپسیلون
۸۲۲	۳,۰۶۹	۲	۰,۳۳۵	۰,۶۶۱

همانگونه که در جدول مشاهده می‌شود مفروضه کرویت در داده‌های نمرات روابط والد-کودک برای کودکان نافرمان برقرار است ($P > ۰/۰۶۶۱$). در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول زیر آمده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

عامل	منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	معنی-داری	اندازه اثر
درون گروهی	مرحله اندازه‌گیری	۲۶۳۵,۲۱۱	۱	۲۶۳۵,۲۱۱	۴۴,۷۷۷	۰,۰۰۰	۰,۵۱۶
	مرحله* گروه	۱۸۰۱,۴۸۹	۲	۹۰۰,۷۴۴	۱۵,۳۰۵	۰,۰۰۰	۰,۴۲۲
	خطا	۲۴۷۱,۸۰۰	۴۲	۵۸,۸۵۲			
بین گروهی	گروه	۶۴۷۷,۷۹۳	۲	۳۲۳۸,۸۹۶	۷,۹۵۲	۰,۰۱	۰,۲۷۵
	خطا	۱۷۱۰۷,۰۲۲	۴۲	۴۰۷,۳۱۰			

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری برای اثر مرحله برای نمرات روابط والد-کودک کودکان نافرمان معنی‌دار است ($F_{2,42}=15/30, p < 0/001$). همچنین سطح معنی‌داری برای اثر تعامل با گروه برای نمرات روابط والد-کودک کودکان نافرمان معنی‌دار است ($F_{1,87}=44/77, p < 0/001$). نتایج سطح معنی‌داری برای اثر عامل بین گروه‌ها برای نمرات نشانگان مرضی کودکان نافرمان معنی‌دار است ($F_{2,84}=7/95, p < 0/001$). بر این اساس می‌توان بیان نمود که این فرضیه پژوهش تأیید شده است. در ادامه به منظور مشخص شدن چگونگی این تغییرات نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی و نمودار روند تغییر نمرات گزارش شده است.

جدول ۵- مقایسه زوجی میانگین‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری

مرحله اندازه‌گیری	میانگین ۱	میانگین ۲	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معنی‌داری
پیش‌آزمون	۱۱۸,۰۲۲	۱۳۳,۲۴۴	-۱۵,۲۲۲*	۱,۶۵۷	.۰۰۰
پیش‌آزمون	۱۱۸,۰۲۲	۱۲۸,۸۴۴	-۱۰,۸۲۲*	۱,۶۱۷	.۰۰۰
پس‌آزمون	۱۳۳,۲۴۴	۱۲۸,۸۴۴	*۴,۴۰۰	.۷۵۱	.۳۳۳

یافته‌های جدول فوق (۵) نشانگر آن است که تفاوت بین مرحله‌های پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است ولی تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نمی‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که نمرات روابط والد-کودک برای کودکان نافرمان در اثر آموزش‌ها رشد معنی‌داری داشته و با گذشت زمان نیز این اثر باقی مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان ماندگاری آموزش مبتنی بر رابطه والد کودک با آموزش مدیریت والدین بر بهبود روابط والد کودک در بین کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام پذیرفت. از این رو در پژوهش حاضر به این فرضیه پرداخته شد که اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) با اثربخشی مداخلات گروهی آموزش مدیریت والدین (PMT) در بهبود روابط والد-کودک برای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت دارد. پس از انجام مداخلات، اثربخشی ماندگاری هر دو درمان بدون تفاوت معنی‌دار از یکدیگر مورد تأیید قرار گرفت. نتایج بدست آمده از تحلیل یافته‌های این فرضیه، نشان داد که نمرات CPRT و PMT برای کودکان نافرمان در اثر آموزش‌ها رشد معنی‌داری داشته و با گذشت زمان نیز این اثر باقی مانده است. این با نتایج بدست آمده با پژوهش شیرینی و سیدموسوی (۱۳۹۵) همسو بود. در مطالعه آنها نیز مشخص شد که CPRT و PMT بر رفتارهای اختلال‌گون تغذیه‌ای کودکان در فواصل زمانی گوناگون اثربخشی دارد و از این بین CPRT موفق‌تر عمل کرده است. روش CPRT به طور خاص بر رابطه بین والد (معمولاً مادر) و کودک و همچنین بازتاب درونی در کودک متمرکز است. رابطه میان والد و کودک به عنوان یک ابزار ضروری در جهت ایجاد فرایند تغییر است. در نتیجه یکی از مهمترین اهداف این روش، کمک به والدین برای برقراری ارتباط صمیمانه با کودک است، آنگونه که در بازی‌درمانی کودک‌محور دیده می‌شود، بهتر شدن روابط والد-کودک باعث کاهش مسائل و مشکلات بین طرفین می‌شود و حتی

منجر به اصلاح سبک و شیوه رفتاری پدر و مادر در قبال کودک می‌شود و رفتارهای مشکل‌ساز کودک را نیز بهبود می‌بخشد.

این یافته‌ها همچنین با آنچه در پژوهش اخوان‌تفتی و امیری (۱۳۹۷) بدست آمده است در یک راستا قرار دارد. در پژوهش آنها نیز مشخص شد که روش CPRT اثربخشی ماندگاری دارد به این دلیل که اکثر والدین دارای کودک با اختلال رفتاری، در تعامل با کودک خود دچار مشکل هستند و هیجانی که از خودشان بروز می‌دهند در قالب گروهی به صورت همدلانه است و در نتیجه باعث می‌شود که اثرپذیری بیشتری در این روش داشته باشند. همچنین این نتایج همسو با بررسی ریس و همکاران (۲۰۱۵)؛ جنس هارت و همکاران (۲۰۱۲)؛ موگان و همکاران، ۲۰۱۰؛ و موسوی (۱۳۸۲) می‌باشد. بنابراین به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که میزان اثر و ماندگاری روش‌های CPRT و PMT در بهبود روابط والد - کودک در کودکان با نشانگان مرضی اختلال نافرمانی مقابله‌ای قابل توجه است. بنابراین این نتایج می‌تواند پشتوانه‌ای برای بکارگیری PMT و CPRT برای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای باشد، با توجه به میزان مراجعه این کودکان به مراکز درمانی روند افزایشی دارد و با در نظر گرفتن این مسئله که بسیاری از کودکان جامعه رگه‌هایی از ویژگی کودکان مبتلا به ODD را با شدتی کمتر نشان می‌دهند، نیاز هست که با آموزش والدین و ایجاد روابط مناسب از بروز، تشدید و تبدیل نشانه‌های اختلال ODD جلوگیری شود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش این فنون به والدین و اجرای آن در خانه و بستر زندگی موجب بهبود رابطه می‌شود. لذا به نظر می‌رسد رویکردهای درمانی امروزی باید از اجرای صرف در محیط‌های بالینی و مراکز درمانی خارج شده و بیشتر در محیط‌های واقعی و با مشارکت والدین که بیشترین نقش و زمان را دارند، به کار برده شوند. شاید بتوان گفت اثربخشی درمان‌های انجام شده در این باشد که خود والدین در طول درمان درگیری مستقیم داشته و خود شاهد سیر موفقیت فرزندانشان باشند.

با وجود اعمال کنترل‌های لازم در پژوهش حاضر، این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی مواجه بود که در هنگام تفسیر نتایج و توسط افرادی که قصد انجام پژوهش‌های مشابه را دارند، باید مورد توجه قرار گیرد. از جمله اینکه نمونه پژوهش حاضر کودکان ۵ تا ۱۱ سال بودند که در تعمیم نتایج به سنین دیگر باید احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین پژوهش حاضر بر روی تعداد نمونه کمی اجرا گشته و به همین دلیل مسأله تعمیم‌پذیری نتایج با مشکل روبرو خواهد شد. با توجه به نتایج بدست آمده، به افرادی که علاقه‌مند هستند پژوهشی با موضوع مشابه ارائه دهند

پیشنهاد می‌شود که انجام این پژوهش با نمونه‌ای مساوی از دختران و پسران و در بازه ۴های سنی دیگر هم صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد؛ در مطالعات آتی متغیرهای مزاحم (مثل شدت اختلال) و وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده کودک نیز کنترل شود. به دلیل کمبود پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص این اختلال (ODD) به نظر می‌رسد انجام پژوهش‌های مشابه مرتبط با آن می‌تواند به شناسایی و درمان مشکلات این کودکان و خانواده‌های آنها کمک ارزنده‌ای کند.



کتابنامه:

- اخوان تفتی، مهناز و امیری، نگار. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان رابطه والد کودک (CPRT) بر بهبود شیوه های فرزندپروری مادران. مطالعات روانشناختی، ۱۴ (۳)، ۴۵-۶۰.
- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). متن تجدیدنظر شده ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی. ترجمه محمدرضا نیکخو و همکاران. تهران: انتشارات سخن.
- پیرنیا، بیژن؛ علی، سلیمانی و پیرنیا، کامبیز. (۱۳۹۵). مشکلات رفتاری و درمان های روان شناختی، اثربخشی درمان تعاملی والد-کودک بر پرخاشگری کودکان، یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی مقدماتی، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۳(۴)، ۴۷-۶۹.
- حسین خانزاده، عباسعلی. (۱۳۹۶). تاثیر بازی درمانی کودک محور بر احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای. فصلنامه روانشناسی سلامت روان کودک، ۴(۳)، ۴۹-۵۰.
- حمیدزاده، ناهید؛ کاشانی وحید، لیلی؛ مرادی، هادی و وکیلی، سمیرا. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی رایانه ای «کهکشانشان هیجانانگیز» بر مهارت های اجتماعی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای. فصلنامه توانمند سازی کودکان استثنایی، ۱۱(۱)، ۸۷-۹۹.
- خیریه، منصوره سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ آزادفلاح، پرویز و رسول زاده طباطبایی، سید کاظم. (۱۳۸۸). اثربخشی روش آموزش فرزندپروری مثبت بر کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای. مجله علوم رفتاری، ۳(۱)، ۵۳-۵۸.
- داوودی، حسین؛ کلهر، اکرم و علی بابایی نوغان سفلی، الهام. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش والد درمانگری برمشکلات رفتاری دانش آموزان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله ای. فصلنامه روان شناسی بالینی، ۹(۳)، ۹۱-۱۰۰.
- سهرابی، فرامرز؛ اسدزاده، حسن و عربزاده، زهره. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش والدینی بار کلی بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای پیش در کودکان دبستانی. تهران، مجله روانشناسی مدرسه، ۳(۳)، ۱۰۳-۸۲.
- شیرینی، مهسا و سیدموسوی، پریرسا. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر بهبود رابطه والد-کودک و آموزش مدیریت والدین بر مشکلات تغذیه ای کودکان ۳ تا ۶ سال. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی خانواده. تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- صغری شریبانی عباس، عطادخت اکبر (۱۳۹۸). مقایسه عملکرد خانواده در دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای و عادی. رویش روانشناسی، ۸ (۱): ۱۷۵-۱۸۲

صفری، سهیلا؛ فرامرزی، سالار و عابدی، احمد. (۱۳۹۱). تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش آموزان. روان شناسی بالینی، ۴(۴)، ۱-۱۱.

عباسی، مرضیه و نشاط دوست، حمید طاهر. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان تعامل والد کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای. روان شناسی بالینی، ۵(۳)، ۵۹-۶۷.

عزیزی، آرمان؛ کریمی‌پور، بنت‌الهدی؛ رحمانی، شمس‌اله و فرشید، ویسی. (۱۳۹۵). مقایسه تاثیر درمان رابطه والد - کودک در درمان متمرکز بر خانواده بر کارکرد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، سلامت روان کودک (روان کودک)، تابستان ۳، ۱۳۹۵، ۲(۲)، ۹-۲۰.

علیزاده، حمید. (۱۳۹۳). اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی. تهران: انتشارات رشد.

محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۸۶). انطباق و هنجاریابی سیاهه نشانه‌های مرضی کودک ویرایش چهارم (CSI-4). نشریه کودکان استثنائی، ۲۳ (۱)، صفحات ۹۶-۷۹.

موسوی، رقیه؛ جمالی، عبدالله؛ نجاتی، امین و شریفی، علی (۱۳۸۲). اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر فرزندپروری مادران دارای کودک ۱۱-۸ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی. مجله رویش روان شناسی، ۵(۲)، ۱۸-۳۶.

یارزلو، مریم و خواجوندخوشلی، افسانه. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین (pmt) بر میزان اختلال نافرمانی مقابله ای (odd) کودکان پیش دبستانی شهر گرگان. کنگره بین المللی جامع روانشناسی ایران.

یعقوبی، ابوالقاسم؛ مهدوی، آزاده و محمدزاده، سروه. (۱۳۹۷). فراتحلیل اثربخشی مداخلت روانشناختی و آموزشی بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله‌ای. فصلنامه سلامت روان کودک، ۵(۲)، ۱۶۴-۱۷۳.

Anastopoulos, A., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (2003). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.

Barkley, R. A. (2016). *ADHD and the nature of self-control*. New York: PESI publishing.

Bradly, S. J. (2003). *Affect regulation and the development of psychology*. New York: The Guildford Press.

Bratton, S., & Landreth, G., Kellam, T., & Blackard, S. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT). treatment Manual: a 10 – session filial therapy modal for training parents* NY: routledge.

Bratton, S., & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International journal of play therapy*, 9(1), 47-88.

Burt SA, Krueger RF, McGue M, Iacono WG. Sources of covariation among attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *J Abnorm Psychol.* 2001; 110: 516-525.

Chen, H. Lin, X. Heath, M. A. & Ding, W. (2020). Family violence and oppositional defiant disorder symptoms in Chinese children: The role of parental alienation and child emotion regulation. *Child & Family Social Work, 25(4)*, 964-972.

Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham WE. (2014). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. Springer.

Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Kessel, E. M., Carlson, G. A., Klein, D. N. (2016). Disruptive mood dysregulation disorder at the age of 6 years and clinical and functional outcomes 3 years later. *Psychology Medicine.* 46(05), 1103–1114.

Gimpel G.A, Hollnd M.L. (2002). Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the preschool and kindergarten years. New York: Guilford Press.

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.

Heflinger CA, Humphreys K. Identification and treatment of children with Oppositional Defiant Disorder. A case study of one state's public service system. *Psychol ser* 2008; 5(2), 139-152.

Jensen-Hart, S. J., Christensen, J., Dutka, L., & Leishman, J. C. (2012). Child-parent relationship training (CPRT). Enhancing the child-parent relationships for military families. *Advances in Social Work, 13(1)*, 51-66.

Katzmann, J., Goertz-Dorten, A., Hautmann, C., & Doepfner, M. (2019). Social skills training and play group intervention for children with oppositional-defiant disorders/conduct disorder: Mediating mechanisms in a head-to-head comparison. *Psychotherapy Research.* 29(6), 784-798.

Landreth, G. L., Sweeney, D. S., Homeyer, L. E., Ray, D. C., & Glover, G. J. (2012). *Plyy trrr yyy itt rrvttt iss with iii lrr''' s rrlll mm: Csse ttiii ss with DSM-IV diagnosis (2nd Ed.)*. Lanham, MD: Jason Aronson.

Lanoye, A., Stewart, K. E., Rybarczyk, B. D., Auerbach, S. M., Sadock, E., Aggarwal, A., ... & Austin, K. (2017). The impact of integrated psychological

services in a safety net primary care clinic on medical utilization. *Journal of clinical psychology*, 73(6), 681-692.

Lee, M., Landreth, G. (2013). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*, 12(2), 67-85.

León-del-Barco, B., Mendo-Lázaro, S., Polo-delRío, M. I., & López-Ramos, V. M. (2019). Parental Psychological Control and Emotional and Behavioral Disorders among Spanish Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(3), 507.

Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part 1. *J Am Acad Child Adolesc psychiatry*. 2000; 39: 1468-1484.

Loeber R, Burke JD, Pardini DA. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder and psychopathic features. *J Child Psychol psychiatry*. 2009; 50(1-2): 133-142.

Martín V, Granero R, Ezpeleta L. Comorbidity of oppositional defiant disorder and anxiety disorders in preschoolers. *Psicothema*. 2014; 26(1): 27-32.

Mikolajewski, A. J., Taylor, J., Iacono, W. G. (2017). Oppositional defiant disorder dimensions: genetic influences and risk for later psychopathology. *J Child Psychological Psychiatry*. 58(6), 702-710.

O'Connell K. (2000). *The play therapy primer* (2nd Ed.). New York: Wiley.

Ogundele, M. O. (2018). Behavioral and emotional disorders in childhood: a brief overview for pediatricians. *World Journal of Clinical Pediatrics*. 7(1), 9-26.

Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent training therapy.

Ray, Dee; Bratton, Sue; Rhine, Tammy; Jones, Leslie (2001). The effectiveness of play therapy: responding to the critics. *International journal of play therapy*, 10(1), 85-108.

Reto, S.L, Stinger, F, Hvdyak, P.L. (2012). Play therapy techniques for African American elementary school-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders. [Dissertation]. Capella University.

Riess, H., Kelley, J., Baily, R., Dunn, E & Phillips, M. (2015). Empathy Training for Resident Physicians: A Randomized Controlled Trial of a Neuroscience-Informed Curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 26(1), 1-9.

Sanders, M. R, Bor, W & Morawska, A. (2008). Maintenance of treatment gains: a comparison of enhanced, standard, and selfdirected triple Positive parenting program. *Journal of Abnormal Child Psychology* 35:983-998.

Smith, C. (2002). Developing parenting programmes. London: National Cii lrr rii ii gg fir tt tttt inn-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. Journal of Abnormal Cbild Psychology. 21; 581-596.

Tiggs, P. L. (2010). Play therapy techniques for African American elementary school-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders. Capella University press.



Comparison of the duration of education based on the parent-child relationship with parental management education the parent-child relationship (Case study: Children with coping disobedience disorder)
Rahim solghi, Fariborz Bagheri, Hassan ahadi

Abstract

Disobedient disorder is one of the most common childhood psychological disorders that has adverse effects on family interactions that need to be properly identified. Therefore, the aim of this study was to compare the duration of education based on child-parent relationship with parent management education to improve parent-child relationships. This study was performed as a quasi-experimental (pre-test post-test with control group with follow-up). In this study, the statistical population includes all parents of children aged 11-5 years with coping disorder in Tehran. In order to conduct the research, 45 mothers of children with the disorder who had referred for the treatment of their children participated in the study by available sampling. Then, to evaluate the pre-test and before the intervention, the mothers completed the Children Behavioral Symptoms Questionnaire and the Parental Rejection and Acceptance Questionnaire. In the next stage, the two experimental groups received treatment and intervention along with drug therapy, and the control group received only drug therapy. At the end of the intervention, the mentioned questionnaires were completed by the mothers in the post-test and follow-up stages. Data were also analyzed by Kalmogorov-Smirnov, Shaipro-Wilk test, analysis of variance and pairwise comparison of means. The results showed that group-based parent-child relationship training and parental management training were significantly effective in improving parent-child relationships in children with coping disorder in the post-test and follow-up stages. The effect of treatment is lasting over time.

Keywords: Education, Coping Disobedience Disorder , Parent-Child Relationship Interventions , Parent Management Training