



مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت والدین (PMT) و آموزش مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر کاهش مجموع نشانگان مرضی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای

رحیم سلگی: دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
F.bagheri@srbiau.ac.ir (نویسنده مسئول) *
فریبرز باقری: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
حسن احدی: استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

آموزش مدیریت والدین،
آموزش مبتنی بر رابطه والد -
کودک،
اختلال نافرمانی مقابله‌ای

زمینه و هدف: اختلال نافرمان مقابله‌ای از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی دوران کودکی می‌باشد که تأثیر بدی در تعاملات خانواده دارد و همچنین دارای پیش‌آگهی نامناسب همچون ابتلا به اختلالات روانشناختی در بزرگسالی، اعتیاد، مشکلات بین فردی، تحصیلی می‌شود. لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت والدین (PMT) با آموزش مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر کاهش مجموع نشانگان مرضی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد.

روش کار: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی نیمه تجربی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی پژوهش حاضر را کلیه والدین کودکان ۵-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و مراکز روان‌شناختی و روان‌پزشکی شهر تهران می‌باشد. نمونه پژوهش شامل ۴۵ والد بود که با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱۵ نفره قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه علائم رفتاری کودکان (CSI-4) و پرسشنامه SNAP-IV بود.

یافته‌ها: نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس برای نمرات نشانگان مرضی کودکان نشان داد که آماره F برای نمرات مرضی کودکان نافرمان (۷۵/۳۴) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است؛ بین گروه‌ها در نمرات مرضی کودکان نافرمان تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج مقایسه میانگین‌ها نشان داد که میانگین گروه آزمایش (PMT) ۷/۸۱ و میانگین گروه آزمایشی (CPRT) ۱۰/۹ می‌باشد که با توجه به نتایج مقایسه زوجی در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است.

نتیجه‌گیری: روش PMT و روش CPRT هر دو بر بهبود نشانگان مرضی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر هستند. از میان دو رویکرد درمانی روش PMT از روش CPRT در کاهش نشانگان مرضی موثرتر بود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Solgi R, Bagheri F, Ahadi H. Comparison of the Effectiveness of Parental Management Education (PMT) with Parent-Child Relationship Education (CPRT) on Reducing the Total Morbidity of Children with Coping Disobedience Disorder. Razi J Med Sci. 2022;29(6):199-209.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.



Original Article

Comparison of the Effectiveness of Parental Management Education (PMT) with Parent-Child Relationship Education (CPRT) on Reducing the Total Morbidity of Children with Coping Disobedience Disorder

Rahim Solgi: PhD Student, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Faribourz Bagheri: Associate Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (*Corresponding author) F.bagheri@srbiau.ac.ir

Hasan Ahadi: Professor, Department of Psychology, Alameh University, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Oppositional Defiant Disorder (ODD) The most common clinical disorders in children and adolescents those in the class of Disruptive Behavior Disorders are the largest group of disorders in children and adolescents referred to mental health clinics. According to Diagnostic and Statistical Manual 5 (DSM5) the prevalence of this disorder ranges from 1 to 11% with an average prevalence estimated at about 3.3%. These children have an angry and irritable temperament, they often become angry, they are quick-tempered, angry, or easily offended They have an argumentative and confrontational behavior pattern, often arguing with authorities, actively opposing or refusing to follow rules, they mostly intentionally upset others, often blaming others for their mistakes or misconduct, and engaging in vindictive or retaliatory behaviors.

In finding the cause, we can refer to a set of genetic and biological characteristics and tendencies, including inefficient parenting. The prognosis of Oppositional Defiant Disorder is unfavorable as well as chronic. Patients with it are prone to psychiatric disorders in adulthood, such as antisocial personality disorder, calcium, addiction, and interpersonal, academic, and psychological problems.

Therefore, due to the adverse consequences of disobedient disobedience disorder and the wide-ranging impact it has on individual and social life requires fundamental steps to be taken to treat children with the disorder. Including treatments for Oppositional Defiant Disorder Drug therapy, as well as part of the treatment of individual interventions and the rest of the family interventions, focused. Among the various therapeutic approaches, treatment for children in addition to medication, is Parent Management Training. The basis of PMT is based on the view that children's behavioral disorders arise and persist as a result of incorrect interactions between child and parent. On the other hand, parental therapy is a unique approach used by trained play therapy professionals to teach parents to be part of their children's healing or healing factors. One of these new methods is child-parent relationship Training (CPRT), which is one of the most effective methods in the treatment of Oppositional Defiant Disorder that focuses on the participation of families in the treatment of children. Since the effectiveness of these treatments and the comparison of these two treatments on these children had not been done so far, the aim of the present study was to compare the effectiveness of parent management Training (PMT) with child-parent relationship Training (CPRT) on total reduction. Children's morbid syndrome has an Oppositional Defiant Disorder.

Methods: The present study was applied according to the purpose and was a quasi-experimental clinical trial in the form of a pretest-posttest design with a control group. The population of the present study was all parents of children aged 11-5 years with confrontational disobedience disorder who referred to clinics and psychological and psychiatric centers in Tehran. The study sample consisted of 45 participants who were

Keywords

Parent Management Training (PMT), Parent - Child Relationship Based Training (CPRT), Oppositional Defiant Disorder (ODD)

Received: 25/06/2022

Published: 27/08/2022

selected by available sampling and randomly divided into three groups of 15 people. After selecting the sample members, the SNAP questionnaire was completed by the parents. Then, the parents of the CPRT experimental group participated in 10 2-hour group sessions for 10 weeks and the parents of the PMT experimental group participated in 9 2-hour group sessions for 9 weeks, and the control group received only medication. At the end of the course, the SNAP questionnaire was again given to the parents of the experimental and control groups by a psychologist. The data were then analyzed using SPSS software and the statistical method of analysis of covariance.

Results: The results of the analysis of covariance test for pediatric morbidity syndrome scores showed that the F-statistic for morbid scores of disobedient children (75.34) was significant at the level of 0.001. These findings indicate that there is a significant difference between the groups in the morbid scores of disobedient children. The results show the effectiveness of parent management training (PMT) and child-parent relationship Training (CPRT) in reducing the symptoms of children with Oppositional Defiant Disorder. In order to examine the changes in scores more accurately, Tukey test was used. The results of comparison of means showed that the mean of the total corrected experimental group was PMT (7.81) and the mean of experimental group was CPRT (10.9). It is significant to the results of pairwise comparison at the level of 0.001. This means that both trainings are effective and the reduction of morbid symptoms has occurred in both of them. Parents are considered as the strongest influence on the interactive patterns of the family. They can provide the best and most effective way of socializing and building a proper upbringing by creating healthy and constructive emotional relationships, expressing love, accepting the right interactions and appropriate treatment methods. Bring. On the other hand, the root of many abnormalities should be sought in the relationships of family members and parenting methods. Most children's behavioral problems reflect the complex interpersonal conditions of family members, especially parents. In other words, the creation or exacerbation of behavioral problems The child can also be a defective relationship between family members and related to the wrong parenting training methods and their defective interactions with children. In order to reduce these problems and improve those parent participation training programs (such as PMT and CPRT) that A unique perspective is used, that is, how parents can be a good alternative to therapists and become therapists or therapeutic agents by teaching some therapeutic skills to treat their children's problems and disorders at home.

Conclusion: Both of PMT and CPRT has been shown to be effective in reducing ODD in children. Between these methods, PMT was more effective than CPRT.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Solgi R, Bagheri F, Ahadi H. Comparison of the Effectiveness of Parental Management Education (PMT) with Parent-Child Relationship Education (CPRT) on Reducing the Total Morbidity of Children with Coping Disobedience Disorder. Razi J Med Sci. 2022;29(6):199-209.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

والدین بیشتر می‌شود. علاوه بر این والدین ممکن است به خاطر بدرفتاری کودک به سرزنش خود بپردازند 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 مشکل‌دار دارای باورهای غیرواقع‌بینانه در مورد کودک و خودشان هستند (۹، ۱۰).

با توجه به ویژگی‌هایی که کودکان نافرمان مقابله‌ای دارند و پیش‌آگهی نامناسب همچون ابتلا به اختلالات روانپزشکی در بزرگسالی، اعتیاد، مشکلات بین‌فردی و تحصیلی و همچنین آسیب‌هایی که این کودکان می‌بینند به همراه تأثیرش بر خانواده، نیاز به مداخله و درمان مؤثر را افزایش می‌دهند. در طول سالیان متمادی روش‌های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار گرفته شده است. از جمله درمان‌های نافرمانی مقابله‌ای و به ویژه اختلالات همراه، به عنوان یک قاعده کلی، دارو درمانی می‌باشد که به تنهایی اغلب سودمند اما ندرتاً کافی است و به تنهایی بر عملکرد آشفته خانواده، تأثیر اختلالات بر خانواده یا بد رفتاری با کودک مؤثر نیست و جوابگوی نگرانی‌های والدین نیز نخواهد بود. 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 (۴، ۶، ۷).

از میان رویکردهای درمانی مختلف، به نحوی که آناستاپولوس و همکاران (۱۹۹۱) اظهار می‌کنند، مهمترین روش درمانی برای کودکان در کنار دارو درمانی، آموزش مدیریت والدین (PMT) 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 (۱۱). 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

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) از رایج‌ترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان است که در طبقه اختلالات رفتاری ایدایی قرار می‌گیرد که از بزرگترین گروه اختلالات ارجاعی به کلینیک‌های سلامت روانی کودکان و نوجوانان است (۱). بر اساس گزارش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ۵ (DSM ۵)، شیوع این اختلال دامنه‌ای از ۱ تا ۱۱٪ دارد با میانگین شیوعی که حدود ۳/۳٪ برآورد شده است. این اختلال به عنوان سومین اختلال روانپزشکی شایع در نظر گرفته می‌شود که در کودکان ۳ تا ۱۷ ساله به دفعات تشخیص داده می‌شود (۲).

کودکان و نوجوانان مبتلا اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارای یک الگوی خلق خشمگین و تحریک‌پذیر، غالباً از کوره در می‌روند، زود رنج و خشمگین یا به آسانی دلخور می‌شوند. آنها دارای یک الگوی رفتاری جر و بحث و مقابله‌ای، غالباً با مراجع قدرت بحث می‌کنند، فعالانه مخالفت جو یا از عمل به قواعد سرباز می‌زنند، عمدتاً به طور عمدی دیگران را ناراحت می‌کنند، غالباً برای اشتباه یا بدرفتاری خود دیگران را سرزنش می‌کنند و رفتارهای کینه‌جویی یا تلافی‌جویانه دارند (۳). پیش‌آگهی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نامطلوب و همچنین مزمن است، مبتلایان به آن در معرض ابتلا به اختلالات روانپزشکی در بزرگسالی، مثل اختلال شخصیت ضد اجتماعی، الکلیسم، اعتیاد و مشکلات بین‌فردی و روان‌شناختی هستند (۷-۴).

در علت‌یابی مبتلایان به اختلال نافرمانی مقابله‌ای عوامل متعددی تأثیر دارند. این عوامل شامل مجموعه‌ای از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی، زیست‌شناختی یا شخصیتی کودک، فرزندپروری ناکارآمد و شرایط محیطی است (۸). علت پیدایش هر عاملی که باشد، کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگترها هستند (۷-۴).

والدین دارای کودکان نافرمانی مقابله‌ای فشارهای والدینی بیشتری را تجربه می‌کنند و احساس می‌کنند که والدین شایسته‌ای نیستند، مصرف‌الکل در والدین افزایش می‌یابد و تماس‌های خانواده کاهش می‌یابد. کشمکش‌های زناشویی، جدال‌ها، طلاق و افسردگی

۲۱، ۲۲).

بنابراین با توجه به پیامدهای نامطلوبی 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 بومی که بتواند مشکلات کودکان مبتلا را کاهش دهد.

طی بررسی 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 جایگزینی مناسب برای درمانگران می‌دانند که در محیط خانه به درمان مشکلات و اختلالات کودکانشان بپردازند؛ لذا نیاز است که این دو درمان در شرایط یکسانی مورد بررسی قرار گیرند تا کمکی شود درمانگران در یابند که در شرایط مختلف کدام درمان اولویت دارد که بیشترین بهره‌رسانی را ببرند. از این رو، برای پژوهشگر این مسائل مطرح می‌شود که آموزش برنامه گروهی مدیریت والدین و آموزش گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای هر کدام به چه میزان می‌تواند باعث کاهش نشانه‌های مرضی اختلال در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شود؟

روش کار

پژوهش حاضر با توجه به هدف، کاربردی بود و یک کارآزمایی بالینی نیمه تجربی در قالب طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترلی بود. جامعه‌ی پژوهش حاضر را کلیه والدین کودکان ۵-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و مراکز روان‌شناختی و روان‌پزشکی شهر تهران بودند. 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 می‌باشد که دو گروه آزمایش (گروه اول آزمایش CPRT و گروه دوم آزمایش PMT) و یک گروه

PMT جنبه‌های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲، ۱۳). از اهداف مهم این برنامه، افزایش دانش، مهارت اعتماد به نفس، خودکارآمدی و خوش‌فکری والدین در تربیت فرزندان 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 کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای مطالعات فراوانی صورت گرفته و عموماً در کنار دارو درمانی این روش نیز توصیه می‌شود (۱۳-۱۵). به نقل از حمیدزاده؛ نتایج تحقیقات میکوهی و هم‌کاران (۱۳۹۴) نشان داد که در مان رفتاری با محوریت خانواده و حضور فعال خانواده بر روی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نقش بسزای داشته و مشکلات رفتاری کودک کاهش یافته و روابط والد - کودک به دلیل مشارکت فعال والدین بهبود یافته بود (۱۶).

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 دستورات عمل‌های 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 (۱۷). در یک فراتحلیل در زمینه آموزش رفتاری والدین و درمان شناختی رفتاری در کودکان و نوجوانان با رفتار ضداجتماعی، میانگین اندازه اثر آموزش رفتاری والدین ۰/۴۷ بود، در حالی که در درمان شناختی رفتاری این رقم ۰/۳۵ بود (۱۸). از جمله روش‌های جدید آموزش گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) است که از روش‌های مؤثر در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد که بر مشارکت خانواده‌ها در درمان کودکان، متمرکز است و پژوهشگران متعددی سودمندی این مدل را در برخورد با مشکلات کودک و والدین آنها تأیید کرده‌اند (۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۰،

ضریب اعتبار ابزار با روش باز آزمایی در رابطه با فرم والد ۱۰/۹۶ = ، پایایی این پرسشنامه با آزمون آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۹۳ به دست آمد (۲۳).

۲- پرسشنامه SNAP-IV ویرایش جدید این مقیاس اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای را اندازه‌گیری و تشخیص می‌دهد. این مقیاس ابتدا در سال ۱۹۸۰ توسط سه مؤلف به نام‌های سوانسون، نولان و پلهام مطرح شد سپس بر اساس DSM-IV در سال ۲۰۰۱ بازنویسی شد و منتشر شد (۲۴). مقیاس دارای ۳۰ سؤال است، ۱۰ سؤال مربوط به نقص توجه ۱۰ سؤال مربوط به بیش‌فعالی-تکانشگری و ۱۰ سؤال مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد. تحقیقات زیادی روایی و پایایی این مقیاس را تأیید کرده‌اند (۲۴). در پژوهشی که محمدی و همکاران (۱۳۹۲) انجام دادند نتایج تحلیل عاملی با چرخش ابلیمین، سه عامل را به دست داد که مجموعاً ۳۹/۵۵ درصد از واریانس مقیاس در جه‌بندی SNAP-IV را تبیین می‌کند. همچنین، نتایج روایی همزمان نشان داد بین مقیاس در جه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مقیاس در جه‌بندی SNAP-IV همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (۱۶)

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، گروه‌های آزمایش و کنترل 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 $3/75 \pm 32/67$ ، $4/27 \pm 32/60$ و $4/62$ سال بود. جهت انتخاب آزمون آماری مناسب نیاز است یک سری فرض‌ها مثل آزمون نرمال بودن توزیع داده بررسی شود. بدین منظور از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک جهت تشخیص نوع توزیع داده‌ها استفاده شد.

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری به دست آمده در آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک نمرات گروه‌ها بزرگتر از ۰/۰۵ است ($p > 0/05$). به عبارت دیگر توزیع هیچ یک از گروه داده‌هایی که در این جدول هستند به شکل

کنترل را در بر می‌گیرد. بعد از تکمیل دوره آزمایش با گرفتن پس‌آزمون تأثیر روش‌های آموزش مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. لازم به ذکر است که کودکان بعد از شناسایی، توسط یک روان‌پزشک متخصص اطفال یا یک روان‌شناس بالینی با توجه به معیارهای تشخیصی و مصاحبه ساختار یافته DSM-5 و همچنین پرسشنامه علائم رفتاری کودکان CSI-4 بررسی و وجود اختلال در آنها تأیید شد. پس از انتخاب اعضای نمونه پرسشنامه‌های پرسشنامه SNAP توسط والدین تکمیل شد. سپس والدین گروه آزمایش CPRT در ۱۰ جلسه گروهی ۲ ساعته در مدت ۱۰ هفته و والدین گروه آزمایش PMT در ۹ جلسه گروهی ۲ ساعته در مدت ۹ هفته شرکت کردند و گروه کنترل فقط تحت دارو درمانی قرار گرفتند. در پایان دوره مجدداً پرسشنامه SNAP، توسط روان‌شناس در اختیار والدین گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شد. سپس داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش آماری تحلیل کورایانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد زیر می‌باشند:

۱- پرسشنامه علائم رفتاری کودکان (CSI-4):

پرسشنامه علائم رفتاری کودکان (CSI-4) یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که نخستین بار در سال ۱۹۸۴ توسط گادو و اسپرافکین بر اساس طبقه‌بندی سومین راهنمای آماری اختلال‌های روانی 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. این پرسشنامه دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والد دارای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلال‌های رفتاری تنظیم شده است. ارمیس ۲۰۰۴ اعتبار پرسشنامه را به روش باز آزمایی و با فاصله زمانی ۶ هفته روی ۷۵ پسر سنین ۶ تا ۱۰ ساله ۰/۷۲ گزارش کرده است. در پژوهش سوج ۲۰۰۵ روایی پرسشنامه با فرم رفتاری کودک آشنباخ و پرسشنامه تشخیصی کودکان همبستگی مثبتی نشان داد که نشانه روایی سازه آن می‌باشد. در ایران نیز

جدول ۱- بررسی توزیع نرمال در نمره‌های پس آزمون مرضی اختلال نافرمانی بر اساس آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک

گروه‌ها	کالموگروف-اسمیرنوف	شاپیرو-ویلک
PMT	شاخص ۰/۱۶۸ درجه آزادی ۱۵ معنی داری ۰/۲	شاخص ۰/۹۶۳ درجه آزادی ۱۵ معنی داری ۰/۷۳۸
CPRT	شاخص ۰/۲۱۳ درجه آزادی ۱۵ معنی داری ۰/۰۵۹	شاخص ۰/۹۳۰ درجه آزادی ۱۵ معنی داری ۰/۲۷۳
گواه	شاخص ۰/۱۹۹ درجه آزادی ۱۵ معنی داری ۰/۱۱۳	شاخص ۰/۹۶۰ درجه آزادی ۱۵ معنی داری ۰/۷۱۶

جدول ۲- نتایج آزمون لوین بررسی واریانس‌ها

متغیرها	F مقدار	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
نشانگان مرضی نافرمانی کودکان	۰/۱۳۸	۲	۴۲	۰/۸۷۲

جدول ۳- نتایج آزمون همسانی شیب‌های رگرسیون در نمرات مرضی کودکان نافرمان

منابع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F ارزش	معناداری
گروه *پیش آزمون	۲/۲۸۶	۲	۱/۱۴۳	۰/۶۱۷	۰/۵۴۵
خطا	۷۲/۲۴۵	۳۹	۱/۸۵۲		

جدول ۴- میانگین (و انحراف معیار) نمرات نشانگان مرضی کودکان در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	PMT	CPRT	CONTROL
پیش آزمون	۱۵ (۲/۳۰)	۱۱/۰۷ (۱/۸۳)	پیش آزمون
پس آزمون	۷/۸۷ (۱/۶۴)	۱۵/۲۰ (۲/۰۱)	پس آزمون
نشانگان مرضی کودکان			۱۳/۶۷ (۱/۹۹)

نتایج بررسی میانگین پیش آزمون و پس آزمون گروه‌ها در جدول ۴ نشان داد که میانگین نمره نشانگان مرضی کودکان در پس آزمون کاهش پیدا کرده است. بعد از تایید پیش‌فرض‌های ضروری تحلیل کوواریانس، جهت بررسی معناداری کاهش نمرات از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس برای نمرات نشانگان مرضی کودکان در جدول ۵ ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود آماره F برای نمرات مرضی کودکان نافرمان (۷۵/۳۴) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در نمرات مرضی کودکان نافرمان تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در ادامه به منظور بررسی دقیق‌تر تغییرات نمرات از آزمون توکی استفاده شد که همراه با میانگین‌های تعدیل شده به تفکیک گروه گزارش شده است.

نتایج مقایسه میانگین‌ها نشان داد که میانگین کل تصحیح شده گروه آزمایش (PMT) ۷/۸۱ و میانگین گروه آزمایشی (CPRT) ۱۰/۹ می‌باشد که با توجه به

معنی‌داری از توزیع نرمال انحراف ندارند و پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها به شکل مناسبی برای نمرات خام نشانگان مرضی کودکان نافرمان در پس آزمون گروه‌ها برقرار است. در ادامه از آزمون لوین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

با توجه به نتایج آزمون لوین ($p > 0.05$) همگنی واریانس‌ها برای نمرات مرضی کودکان گروه‌ها تایید می‌شود. در ادامه همگنی شیب‌های خط رگرسیون نمرات مرضی کودکان نافرمان بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد شیب رگرسیون برای نمرات مرضی کودکان نافرمان ($p > 0.001$)، $F_{2,39} = 0.617$ برقرار است. قبل از اینکه تحلیل کوواریانس انجام دهیم، میانگین به دست آمده پیش آزمون و پس از آزمون گروه‌ها را بررسی کردیم، جدول ۴، میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون را در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	اندازه اثر
پیش آزمون	۴۶۹/۶۵	۱	۴۶۹/۶۵	۱۵۰/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۸
عضویت گروهی	۹۱۶/۲۷۳	۲	۹۵۸/۱۳۶	۳۴۲/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸۶
خطا	۵۳۱/۷۴	۴۱	۸۱۸/۱			
کل	۲۰/۳۹۳	۴۴				

جدول ۶- میانگین‌های تعدیل شده و مقایسه‌ی زوجی

گروه ۱	گروه ۲	میانگین گروه ۱	میانگین گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری
PMT	CPRT	۸۱۶/۷	۹۰۱/۱۰	-۸۶/۳	۰/۴۹۳	۰/۰۰۱
PMT	گواه	۸۱۶/۷	۸۸۳/۱۳	-۶۷/۶	۰/۴۹۳	۰/۰۰۱
CPRT	گواه	۹۰۱/۱۰	۸۸۳/۱۳	-۹۸۱/۲	۰/۴۹۶	۰/۰۰۱

منعکس کننده شرایط پیچیده بین فردی اعضای خانواده به ویژه والدین می باشد. به عبارت دیگر ایجاد و یا تشدید مشکلات رفتاری کودک می تواند به منزله روابط معیوب اعضای خانواده با یکدیگر نیز باشد و به روش‌های تربیتی نادرست والدین و تعاملات معیوب آنها با فرزندان ارتباط داشته باشد. در جهت کاهش این مشکلات و بهبود آن برنامه های آموزش مشارکت والدین (مثل PMT و CPRT) که دیدگاه منحصر به فردی است استفاده می شود، یعنی اینکه چگونه والدین می توانند جایگزینی مناسب برای درمانگران باشند و با آموزش برخی مهارت‌های درمانی تبدیل به درمانگر یا عوامل درمانی شوند که در محیط خانه به درمان مشکلات و اختلالات کودکان شان بپردازند (۱۷) بر اساس یافته های پژوهش می توان بیان کرد که فرایندهای درمانی برای اختلال های رفتاری کودکان و نوجوان که مبتنی بر آموزش، مدیریت و اجرای والدین در محیط خانه و در شرایط واقعی است، اثربخشی معناداری بر کاهش میزان اختلال های رفتاری کودکان دارد، یافته های کیمپل و هالاند (۲۰۰۲)، کورنیز و همکاران (۲۰۱۴)، خیری و همکاران (۱۳۸۸) که به تعیین اثربخشی روش آموزش فرزندان پروی مثبت بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله ای پرداخته اند، همسو است (۸، ۲۵، ۲۶). همچنین تحقیقات اخیر نشان داد که آموزش والدین تاثیراتی مانند ایجاد روابط سالم، ابراز محبت، تعاملات صحیح، کاهش تعارضات، تنش و بد رفتاری در خانواده های کودکان دارای اختلال نافرمان

نتایج مقایسه زوجی در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است یعنی هر دو آموزش اثر دارند و کاهش علائم مرضی در هر دو آنها اتفاق افتاده. اما نتایج بررسی زوجی نشان داد برنامه آموزش PMT نسبت به آموزش CPRT موفق تر عمل کرده است و نشانگان مرضی نافرمانی را به بیشتر بهبود بخشیده است.

بحث

همانطور که در جدول ۵ مشاهده شد؛ نتایج اثر بخشی آموزش گروهی مدیریت والدین (PMT) و برنامه گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) را در کاهش نشانه های مرضی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله را نشان می دهد، بنابراین فرضیه تایید می شود. بررسی زوجی آموزش ها در جدول ۶ نشان داد آموزش گروهی مدیریت والدین (PMT) در مقایسه با برنامه گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) را در کاهش نشانه های مرضی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله موفق تر عمل کرده است.

والدین به عنوان قوی ترین اثرگذار بر الگوهای تعاملی خانواده به شمار می آیند. آنها با ایجاد روابط عاطفی سالم و سازنده، ابراز محبت، پذیرش تعاملات صحیح و شیوه های برخورد مناسب می توانند بهترین و موثرترین شیوه اجتماعی شدن و بنای یک تربیت صحیح را فراهم آورند. از طرف دیگر ریشه بسیاری از نابهنجاری ها را نیز باید در روابط اعضای خانواده و روش های تربیتی والدین جستجو کرد. اکثر مشکلات رفتاری کودکان

مقابله‌ای شده است (۱۲، ۱۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹).

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهش‌ها در این زمینه همسو هستند. از جمله پیرنیا و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که درمان تعاملی والد-کودک موجب کاهش تعارضات بین فردی (والد-کودک)، پرخاشگری و لجبازی می‌شود و همچنین افزایش پذیرش و درک یک دیگر می‌شود (۳۰). علاوه بر این پژوهش‌های ری و همکاران (۲۰۰۱)، لندرت (۲۰۱۲)، براتون (۲۰۱۳)، بارکلی (۲۰۱۶) و عزیزی (۱۳۹۵) که بر روی آموزش CPRT کار کرده بودند با نتایج این تحقیق همسو بود. همچنین پژوهش‌های ساندرز (۲۰۰۸)، جنسن و همکاران (۲۰۱۲)، سهرابی (۱۳۹۳) که از روش آموزش PMT در تحقیقات خود استفاده کرده بودند، این تحقیقات نشان دادند که این روش باعث کاهش تعاملات منفی والد-کودک و افزایش تعاملات مثبت، حل مسئله و بهبود عملکرد کودک و والد می‌شود، پژوهش‌ها نیز چنین دستاوردهای داشت (۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۳۱، ۳۲).

در تبیین نتایج می‌توان گفت که هر دو این آموزش‌ها از جمله مدل‌های چندوجهی هستند که مفاهیم و مهارت‌های مربوط به کاهش علائم منفی (پرخاشگری، لجبازی، مقاومت منفی کودک)، بهبود روابط والد-کودک، افزایش رفتار مناسب و کسب مهارت را به صورت یکپارچه در قالب نظری و تکنیک‌های کاربردی ارائه می‌دهد. از آنجایی که والدین و کودکان متأثر متقابل بر یکدیگر دارند پس نیاز است که این مهارت علاوه بر آموزش به کودکان در محیط کلینیکی توسط درمانگر، به والدین نیز آموزش داده شود مثل یک متخصص در خانه (محیط طبیعی) عمل کند، این کار باعث ایجاد حس خودکارآمدی در کودک و والد، حفظ تاثیر آموزش، روابط سالم، ایجاد الگوی مناسب روابط و سازگاری بیشتر و مشارکت خانواده در درازمدت می‌شود.

نتیجه‌گیری

بنابراین این نتایج می‌تواند پشتوانه‌ای برای بکارگیری PMT و CPRT برای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی

مقابله‌ای باشد تا با آموزش آنها از بروز، تشدید و تبدیل نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای به سایر اختلال‌ها پی‌شگیری شود. همچنین با توجه به مؤثر بودن این دو روش در کاهش نشانگان مرضی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و فراوانی این اختلال در دوران کودکی و نوجوانی که میزان مراجعه به مراکز درمانی روند افزایشی را دارد و با در نظر گرفتن این مسئله که بسیاری از کودکان جامعه رگه‌هایی از ویژگی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) را با شدتی کمتر نشان می‌دهند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش این فنون به والدین و اجرای آن در خانه و بستر زندگی موجب کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود. 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.

محدودیتها و پیشنهادات

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. نخستین آن دشواری آموزش درمان‌ها به والدین بود، همچنین 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 علاقه مند هستند پژوهشی با موضوع مشابه ارائه دهند پیشنهاد می‌شود که انجام این پژوهش با نمونه‌ای مساوی از دختران و پسران و در بازه‌های سنی دیگر هم صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی

positive parenting program on children with oppositional defiant disorder]. *Int J Behav Sci*. 2009;3(1):53-58. (Persian)

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

10. Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: PESI publishing. 2016.

11. Patterson GR, Chamberlain P, Reid JB. A comparative evaluation of a parent training therapy. 1982.

12. Sanders MR, Bor W, Morawska A. Maintenance of treatment gains: a comparison of enhanced, standard, and self-directed triple Positive parenting program. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;35:983-998.

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

14. Abbasi M, Neshatdoost HT. [Effectiveness of parent-child interaction therapy on reduction of symptoms in oppositional defiant disorder]. *J Clin Psychol*. 2013;5(3):59-67. (Persian)

15. Sohrabi F, Asadzadeh H, Arab Zadeh Koopani Z. [Effectiveness of Barkley's parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children]. *J School Psychol*. 2014;3(2):82-103. (Persian)

16. Hamidzadeh NA, Kashani Vahid L. [Effectiveness of "Emo-Galaxy" video game on social skills of children with Oppositional Defiant Disorder]. *J Empower Except Child*. 2020;1(33):87-98. (Persian)

17. Landreth GL, Sweeney DS, Homeyer LE, Ray DC, Glover GJ. Play therapy interventions with children's problems: Case studies with DSM-IV diagnosis (2nd Ed.). Lanham, MD: Jason Aronson. 2012.

18. McCart M R, Priester PE, Davies WH, Azen R. Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2016;34: 527-543.

19. Ray Dee, Bratton Sue, Rhine T, Jones L. The Effectiveness Of Play Therapy: Responding To The Critics. *Int j play ther*. 2001;10(1):85-108.

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

21. Bratton S, Ray D. What the research shows about play therapy. *Int J Play Ther*. 2000;9(1):47-88.

22. HosseinKhanzadeh AA. [The effect of child-centered play therapy on the self-efficacy in peer relations among students with oppositional defiant

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. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی اثربخشی درمان‌هایی که با مدیریت والدین انجام می‌شود از دو جنبه اثربخشی بر کاهش اختلال‌های فرزندانشان و والدین، همچنین افزایش مولفه‌های سلامتی مانند بهبود روابط خانوادگی و کاهش تنش‌های خانوادگی مورد پژوهش قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه والدین کودکان به پاس مشارکت در پژوهش صمیمانه قدردانی می‌شود.

References

1. Pattij T, Vanderschuren LJM. The neuropharmacology of impulsive behavior. *Trends Pharmacol Sci*. 2008;29:192-199.
2. 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.
3. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Ed. Washington DC: American Psychiatric Pub. 2013.
4. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters AZM. Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part 1. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:1468-1484.
5. 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.
6. Bradley SJ. Affect regulation and the development of psychology. New York: The Guildford Press. 2003.
7. 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.
8. Kheirieh M, Shaeri MR, Azad Fallah P, Rasoulzadeh Tabatabaee K. [Effect of the triple p-

disorder symptoms]. *J Child Ment Health*. 2017;4(3):49-59. (Persian)

23. Mohamadesmaiel E, Alipour A. [A preliminary study on the reliability, validity and cut off points of the disorders of Children Symptom Inventory-4 (CSI-4)]. *Res Except Child*. 2002;2(3):239-254. (Persian)

24. Swanson J, Schuck S, Mann M, ndrofoste N. Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: the SNAP and SWAN ratings scales. Available from URL: <http://www.adhd.net> [Accessed (2006) Dec 24].

25. Gimpel GA, Holnd ML. Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the preschool and kindergarten years. New York: Guilford Press. 2002.

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

27. Mikolajewski AJ, Taylor J, Iacono WG. Oppositional defiant disorder dimensions: genetic influences and risk for later psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(6):702-710.

28. Morgan J, Robinson D, Aldridge J. Parenting stress and externalizing child behavior. In, Brid Featherstone, child and family social work. Oxford: Black well science Ltd. 2005; 219-225.

29. Yaghoobi A, Mahdavi A, Mohammad Zadeh S. [The Meta-Analysis of the Effectiveness of Psychological and Educational Interventions on the Reduction of Symptoms of Oppositional Defiant Disorder]. *J Child Ment Health*. 2018,5(2):181-190. (Persian)

30. Pirnia B, Soleymani A, Behavioral Problems and Psychological Treatments. [the Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy -Based Play Therapy Training on Aggression in Children, a Pilot Randomized Controlled Trial]. *Quart Clin Psychol Stud*. 2017;7(27):47-69. (Persian)

31. Garza Y, Kinsworthy S, Watts R E. Child-parent relationship therapy: A training model for strengthening child-parent relationships. *Int J Play Ther*. 2009;18:217-228.

32. Azizi A, Karimipoor BA, Rahmani S, Veisi F. [Comparing the efficacy of child-parent relationship therapy (CPRT) and family-focused therapy (FFT) on function of families with children with oppositional defiant disorder (ODD)]. *Quart J Child Ment Health*. 2016;3(2):9-20. (Persian)