

# اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای

مه‌دی قدرتی‌میرکوهی<sup>۱</sup>، پرویز شریفی درآمدی<sup>۲</sup>، قاسم عبداللهی بقرآبادی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت:

تاریخ پذیرش:

## چکیده

رویکردهای مختلفی در درمان اختلال‌های رفتاری وجود دارد که به‌طور عمده متمرکز بر کودکان است. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان بود. روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش والدین و کودکان ۸ تا ۱۰ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک خدمات روانشناسی که با استفاده از مصاحبه بالینی، پرسش‌نامه سیاهه رفتاری کودک و ملاک‌های مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویراست پنجم) تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای داده شده بودند، به عنوان جامعه آماری در پژوهش شرکت کردند و از میان آنان ۲۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند به عنوان گروه نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. برنامه درمانی طراحی شده طی ۹ جلسه به والدین آموزش داده شد تا در منزل اجرا کنند. نتایج تحلیل کوواریانس بیانگر تاثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش

---

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور Email: mahdi.ghodrati@pnu.ac.ir

۲. استاد گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس دیدگاه والدین بود. نتایج به دست آمده بیانگر این است که درمانگری‌هایی که در آن خانواده نقش محوری و حضوری فعال در برنامه‌های مداخله‌ای دارد، اثربخشی بالایی نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، درمان شناختی رفتاری، آموزش والدین.

## مقدمه

یکی از مهمترین اختلال‌های رفتاری در کودکان نافرمانی مقابله‌ای<sup>۱</sup> است. اختلالی کمتر شناخته شده که جزء اختلال‌های برون‌نمود<sup>۲</sup> محسوب می‌شود. اختلال نافرمانی مقابله‌ای هنگامی تشخیص داده می‌شود که ملاک‌های مربوط به اختلال سلوک<sup>۳</sup> در مورد آن مصداق نداشته باشد. شدت و مدت اختلال سلوک بیشتر از اختلال نافرمانی مقابله‌ای است (هینشاو و لی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۵</sup> اختلال نافرمانی مقابله‌ای جزء اختلال‌های طبقه اختلال سلوک، کنترل تکانه و اغتشاش‌گر<sup>۶</sup> طبقه‌بندی شده است. بر اساس ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مهمترین

- 
1. oppositional defiant disorder
  2. externalizing
  3. conduct disorder
  4. Hinshaw, & Lee
  5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
  6. disruptive, impulse control and conduct disorder

مشخصه های اختلال نافرمانی مقابله ای وجود دو دسته نشانه های هیجانی و رفتاری از قبیل: الگوهای رفتاری خصمانه، نافرمانی، منفی گرایی و عدم اطاعت پذیری، خلق و خوی عصبی، مشاجره با بزرگسالان، رفتارهای انحرافی و رد درخواست ها و قواعد بزرگسالان و والدین، انجام کارهایی بدون تفکر که موجب رنجش دیگران می شود، سرزنش دیگران به دلیل اشتباه ها یا رفتارهای نابجای خود، زودرنج و حساس بودن، پرخاشگر و کینه توز و مغرضانه رفتار کردن است که دست کم چهار مورد از نشانه ها به مدت شش ماه تداوم داشته باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شایع ترین اختلال های همبود با نافرمانی مقابله ای به ترتیب شامل اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی، اختلال یادگیری و اختلال های ارتباطی است. اگرچه شیوع اختلال سلوک در پسران سه تا چهار برابر بیشتر از دختران است اما اختلال نافرمانی مقابله ای در پسران خیلی بیشتر از دختران نیست و گاهی پژوهش ها تفاوت جنسیتی چندانی نشان نداده اند (کرینگ، جانسون، دیویسون و نیل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). بر اساس برآوردهایی که درباره شیوع اختلال نافرمانی مقابله ای صورت گرفته، این اختلال در دامنه شیوع ۱ تا ۱۱ درصد با میانگین ۳/۳ درصد تخمین زده می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). نجفی، فولاد-چنگ، علیزاده و محمدی فر (۱۳۸۸) میزان شیوع اختلال نافرمانی مقابله ای در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر شیراز را ۳/۶ درصد گزارش کرده اند.

1. American Psychiatrist Association
2. Kring, Johnson, Davison, & Neale

عمده پژوهش‌هایی که درباره اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شده بر نقش خانواده تاکید دارند. برای مثال، سه ویژگی والدین احتمال پیدایش اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان بالا می‌برد و ضروری است در صورت‌بندی طرح‌های درمانی مورد توجه قرار گیرند: (۱) مشکلات روانشناختی والدین، (۲) شیوه‌های نامناسب فرزندپروری و (۳) ازهم‌گسیختگی زناشویی. بنابراین، می‌توان گفت که رفتارهای لجبازی و مقابله‌ای در کودکان با تعامل‌های خانوادگی انتقادگرایانه، تعارض‌آمیز، ناهماهنگ، تنبیهی یا قهرآمیز رابطه نزدیکی دارد (راینیکه، داتیلیو و فریمن، ۲۰۰۶).

والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک مشخصه‌هایی از قبیل ناهماهنگی و ستیزه و دعوا، فقدان عواطف محبت‌آمیز، سیستم نامتجانس، ناکارآمدی و دارای ضوابط انضباطی خیلی شدید یا خیلی سست و ضعیف از خود نشان می‌دهند. در این خانواده‌ها والدین نظارت و کنترل کمتری بر رفتارهای انحرافی کودکان و نوجوانان دارند. این نظارت و کنترل ضعیف به نوبه خود با نابسامانی و آشفتگی‌های خانوادگی مرتبط است. بسیاری از اختلال‌های رفتاری از آن رو ریشه‌دار می‌شوند که والدین نمی‌توانند در برهه‌های مهمی از رشد فرزند خود، با رفتارهای تهدیدکننده آنان به‌درستی مقابله کنند

(هربرت<sup>۱</sup>، ۱۹۸۰، به نقل از زارب<sup>۲</sup> ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۶). تعامل های خانوادگی ضعیف شامل فرزندپروری بی ثبات و مبتنی بر تنبیه، نگرش والدی طردکننده یا سرد، قوانین انضباطی سخت و ناپایدار، دلبستگی نایمن، نظارت یا کنترل ناکافی والدین، اختصاص زمان اندک به کودک و فقدان مهارت ارتباط مثبت با کودک به عنوان عوامل خطر و پیش بینی کننده اختلال های رفتاری در نظر گرفته می شود (لنگوا، هنورادو و بوش<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ ساندرز، مارکی-دادز و ترنر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

درمان شناختی رفتاری<sup>۵</sup> به عنوان مجموعه منسجمی از فنون و راهبردهای موثر در مداخله های روان شناختی در حیطه کودکان و نوجوانان کاربردهای گسترده ای یافته است (راینکه و همکاران، ۲۰۰۶). این درمان بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان (ون دسلویس، وندر بروگن، بریچمن-توسائنت، تیسن و بوگلز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲) تأثیر معناداری داشته است و هنگامی که متمرکز بر خانواده<sup>۷</sup> بوده در مقایسه با شناخت رفتار درمانی کلاسیک، تاثیر بیشتری داشته

- 
1. Herbert
  2. Zarb
  3. Lengua, Honorado, & Bush
  4. Sanders, Markie-Dadds, & Turner
  5. cognitive behavior therapy
  6. Van der Sluis, van der Bruggen, Brechman-Toussaint, Thissen, Bögels
  7. Family Cognitive behavior therapy

است (وود، پیاستینی، ثوئام-گرو، چو و سیگمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). در واقع هر دو شیوه درمانگری مفید بوده اما درمان شناختی رفتاری متمرکز بر خانواده فراتر از درمان‌های مبتنی بر کودک تاثیر داشته است و بر کارکردهای خانواده نیز اثرات مثبتی نشان داده است. اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده در کاهش نشانه‌های وسواس فکری عملی نوجوانان (پیاستینی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱)، کاهش افکار و اقدام به خودکشی در نوجوانان (ولز و هایلبرون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲) و افزایش عزت‌نفس و کاهش شاخص توده بدن<sup>۴</sup> و افسردگی کودکان چاق (دانیلسن و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳) نیز مورد تایید قرار گرفته است.

در زمینه اختلال نافرمانی مقابله‌ای، برخی از پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثر بخش بوده است. نتایج این پژوهش‌ها نشان داده والدینی که در این برنامه‌ها شرکت داشته‌اند نسبت به گروه گواه، نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان‌شان به‌طور معناداری کاهش داشته است (کرونیز و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ گیمپل و هالند<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲؛ خیریه و همکاران،

- 
1. Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu & Sigman
  2. Piacentini, & et al
  3. Wells & Heilbron
  4. body mass index
  5. Danielsen, & et al
  6. Chronis& et al
  7. Gimpel, &Hollnd

۱۳۸۸؛ پور احمدی و همکاران، ۱۳۸۸ و طهماسیان و همکاران، ۱۳۷۶). همچنین آموزش الگوی ارتباطی مؤثر به مادران تاثیر معناداری بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان داشته است (فرامرزی، عابدی و قنبری، ۱۳۹۱). الگوی ارتباطی مادران شامل آموزش فنون رفتاری مانند تقویت مثبت، روش های کاهش رفتارهای نامطلوب، بی توجهی به رفتارهای نامطلوب و مشارکت با کودک در بازی ها بوده است. در یک فراتحلیل در زمینه آموزش رفتاری والدین و درمان شناختی رفتاری در کودکان و نوجوانان با رفتار ضداجتماعی، میانگین اندازه ای اثر آموزش رفتاری والدین ۰/۴۷ بود. در حالی که در مورد درمان شناختی رفتاری این رقم ۰/۳۵ بود (مک کارت، پریستر، دیویس و آزن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). وندی ویل<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷) اثربخشی برنامه قدرت مقابله<sup>۳</sup> که برنامه ای شناختی رفتاری بوده و آموزش هایی در زمینه فرزندپروری، مهارت های ارتباطی، فنون رفتاری و مدیریت استرس برای والدین دارد را بر رفتار پرخاشگری کودکان با اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوک نشان دادند. همچنین دیده شده دارو درمانی در کنار آموزش والدین بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای تاثیر گذار بوده است (گادو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴).

- 
1. McCart, Priester, Davies & Azen
  2. Vande Wiel
  3. coping power
  4. Gadow, & et al

حال با توجه به اثربخشی درمان‌های شناختی‌رفتاری و درمان‌هایی که مبتنی بر آموزش والدین بوده است هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان بود. با توجه به هدف پژوهش، این فرضیه که آموزش والدین مبتنی بر درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر است، آزمون شد.

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی والدین و کودکان ۸ تا ۱۰ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک ذهن زیبای شهر تهران با تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۱۰۶ نفر) بودند. تشخیص اولیه توسط روانپزشک کودک و سپس روانشناس بالینی کودک بر اساس ملاک‌های تشخیصی مبتنی بر پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) انجام شد. سپس با استفاده از سیاهه رفتاری کودک<sup>۱</sup> از مجموعه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخن‌باخ<sup>۲</sup> تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای داده شد و تعداد ۲۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند به

- 
1. Child Behavior Checklist (CBCL)
  2. Achenbach System of Empirically Based Assessment



عنوان گروه نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش با میانگین سنی ۳۶/۲۸ سال برای والدین و گروه گواه با میانگین سنی ۳۵/۳۳ سال والدین، جایگزین شدند. تحصیلات والدین شرکت کننده بالاتر از دیپلم و حضور هر دو والد در جلسات درمان معیار اساسی ورود به پژوهش بود. برنامه درمانی به والدین شرکت کننده در گروه آزمایش در کلینیک آموزش داده شد و گروه گواه در فهرست انتظار برای دریافت درمان قرار گرفت.

### ابزار پژوهش: سیاهه رفتاری کودک

این پرسش نامه مناسب گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال است و توسط والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و یا هر کسی که با کودک در محیط های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را به طور کامل می شناسد، تکمیل می شود. این پرسش نامه از ۱۱۳ گویه تشکیل شده است که در کنار هر کدام سه گزینه صفر (درست نیست)، ۱ (تاحدی یا گاهی درست است) و ۲ (کاملاً یا غالباً درست است) قرار دارد که پاسخ دهنده می بایست با توجه به وضعیت رفتاری کودک، دور یکی از آنها خط بکشد. این پرسش نامه شامل هشت مقیاس است که عبارتند از: اضطراب-افسردگی، گوشه گیری-افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات

تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه. دو نشانگان رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه مشکلاتی را در بر می‌گیرد که برون‌نمود نامیده می‌شود. این پرسش‌نامه همسانی زیادی با مقوله‌های تشخیصی مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی دارد و پنج مورد از سوال‌های آن به‌طور ویژه اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کنار مقیاس‌های رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه می‌سنجد. ضرایب پایایی این سیاهه در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ است. به‌طور ویژه پایایی سیاهه رفتاری کودک برای رفتار قانون‌شکنی، رفتار پرخاشگری، برون‌نمود و اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۶، ۰/۸۷ و ۰/۶۴ است. برای تعیین روایی این پرسش‌نامه از روش تحلیل عاملی استفاده شده است که نتایج حاصل از تحلیل‌ها (مینایی، ۱۳۸۴) با اندکی تفاوت با نتایج به دست آمده توسط آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) همخوانی بالایی دارد و بار عاملی تمام سؤال‌ها در سطح  $(P < ۰/۰۱)$  از لحاظ آماری معنادار است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱، انطباق و هنجاریابی، مینایی، ۱۳۸۴).

شیوه اجرا:

درمان های شناختی رفتاری در نظر گرفته شده بر اساس برنامه های تدوین شده در این حیطه مانند برنامه آموزش مدیریت والدین<sup>۱</sup> (کازدین، ۲۰۰۵)، برنامه ی فرزند پروری مثبت<sup>۲</sup> با پنج سطح مداخله که کودکان و نوجوانان با میزان شدت نارساکنش وری متفاوت را هدف قرار می دهند (ساندرز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۳)، برنامه قدرت مقابله که یک برنامه جامع و چند مولفه ای است، طراحی شده است. این برنامه فنون شناختی رفتاری و برنامه های آموزش والدین را به خوبی با هم ترکیب می کند و مبتنی بر فنونی است که هدف آنها سازگار کردن کودکان با مشکلات رفتار برون نمود است (لاچمن، ولز و لنهارت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). همچنین در طراحی و تدوین برنامه حاضر از برنامه بازسازی شناختی (رابین و فاستر، ۱۹۸۴) برای تغییر افکار ناکارآمد والدین استفاده شد. روایی برنامه طراحی شده بر اساس نظر یک روانپزشک فوق تخصص کودک و نوجوان و دو روانشناس بالینی فعال در حیطه درمان اختلال های رفتاری احراز شد. برنامه تهیه شده طی ۹ جلسه در محیط کلینیک به والدین آموزش داده شد تا آن را در منزل و محیط زندگی به اجرا در آوردند و گزارش نتایج جلسات هر هفته را پیش از آموزش برنامه های هفته بعد ارائه می کردند. بر این اساس طی فرایند درمانی فنون زیر به والدین آموزش داده شد: (۱) آموزش انضباط اثربخش؛ (۲) آموزش کنترل القایی؛ (۳) آموزش ایجاد انتظارات؛ (۴)

1. Parent Management Training (PMT)
2. The Positive Parenting Program (Triple P)
3. Sanders
4. Lochman, Wells & Lenhart

قرارداد وابستگی؛ ۵) بازسازی شناختی در جلسه‌های خانوادگی و جلسه با والدین برای تغییر باورها و نگرش‌های ناکارآمد؛ و ۶) آموزش مهارت‌های ارتباطی.

جلسه نخست درمان به ارزیابی وضعیت اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان اختصاص داشت و در طول هشت جلسه درمان شناختی‌رفتاری ترتیب داده شده در دو بخش مربوط به کودک و با آموزش به والدین و بخش مربوط به تغییر باورهای ناکارآمد والدین به تنهایی و در کلینیک آموزش داده شد تا تمرین‌های مربوط به خود و کودکان را انجام دهند و در هر جلسه پیش از آغاز درمان‌گری‌های جدید بازخوردی از نتایج کار ارائه کنند. جلسه‌های آموزش درمان شناختی‌رفتاری به والدین کودکان در زمان‌های ۶۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یک‌بار انجام شد. خلاصه جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر آموزش والدین

جلسه نخست	ارزیابی وضعیت اختلال و برقراری ارتباط با والدین و توضیح اهداف جلسات
جلسه دوم: آموزش انضباط اثربخش	هدف: آموزش وضع مقررات و شیوه‌های انضباطی فن: آموزش تقویت مثبت و منفی و فن بی‌توجهی
جلسه سوم: آموزش کنترل القایی	هدف: جلب همکاری و پیشگیری از تعارض با کودک فن: آموزش استدلالی و منطقی رفتارهای مطلوب به والدین

---

جلسه چهارم: آموزش ایجاد انتظارات	هدف: ایجاد انتظارات متناسب با سن برای والدین
جلسه پنجم: قرارداد وابستگی	فن: شناخت و بازسازی باورهای والدین در ارتباط با انتظارات
جلسه های ششم و هفتم: بازسازی شناختی	هدف: کاهش اختلال های رفتاری کودک
جلسه های هشتم و نهم: آموزش مهارت های ارتباطی و ارزیابی کلی جلسات	فن: استفاده از فن قرارداد وابستگی با کودک در طی چند مرحله با بستن قراردادهای وابستگی در حضور کودک و والدین
	هدف: شناخت و درمان باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد والدین در ارتباط با خود و فرزندان
	فن: بازسازی شناختی مبتنی بر طرح پیشنهادی رابین و فاستر (۱۹۸۴)
	هدف: اصلاح سبک های ارتباطی والدین با کودکان و رفع اشکالات
	فن: آموزش سبک پاسخدهی کلامی کارآمد و مهارت گوش دادن فعال

---

## نتایج

شرکت کنندگان در پژوهش حاضر ۲۰ نفر کودک با تشخیص اختلال نافرمانی مقابله ای بودند که ده نفر در گروه آزمایش به همراه والدین آنان و ده نفر در گروه گواه به شکل

تصادفی جایدهی شدند. در گروه آزمایش ۷ نفر از شرکت کنندگان پسر و ۳ نفر دختر با میانگین سنی ۸/۴۹ سال و در گروه گواه نیز ۸ نفر پسر و ۲ نفر دختر با میانگین سنی ۸/۸۴ سال بودند. با توجه به تعداد اندک دختران، مقایسه بر اساس تفاوت جنسی صورت نگرفت. پایایی به دست آمده برای خرده مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود. در پژوهش حاضر تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 انجام شد. داده‌های توصیفی نتایج در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی نمره‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به

تفکیک گروه

گروه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۰	۱۸	۳۲	۲۶	۵/۲۹
پس‌آزمون	۱۰	۸	۲۰	۱۴/۲۰	۴/۷۵
گواه	۱۰	۲۰	۳۱	۲۶	۳/۹۱
پس‌آزمون	۱۰	۲۱	۳۰	۲۵/۴۰	۳/۵۳

میانگین و انحراف استاندارد نمره های کل اختلال نافرمانی مقابله ای در مرحله پیش آزمون برای مشارکت کنندگان گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۲۶ و ۵/۲۹ و برای گروه گواه برابر با ۲۶ و ۳/۹۱ است. همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمره ها در مرحله پس آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۱۴/۲۰ و ۴/۷۵ و برای گروه گواه برابر با ۲۵/۴۰ و ۳/۵۳ است. به منظور بررسی پیش فرض همسانی واریانس های دو گروه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین حاکی از همسانی واریانس ها بود ( $F=۰/۵۶$  و  $p > ۰/۰۵$ ) و پیش فرض برابری واریانس ها تایید می شود. یکی دیگر از پیش شرط های تحلیل کوواریانس برابری شیب خط- هاست. نتایج تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی برابری شیب خط رگرسیون

معناداری	آماره F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع
۰/۱۵	۱/۷۹۵	۱۰/۲۱	۲	۲۰/۴۱	مدل اصلاح شده
۰/۹۶	۰/۰۰۲	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	مقدار ثابت
۰/۱۵	۱/۷۹۵	۱۰/۲۱	۲	۲۰/۴۱	گروه*پیش- آزمون
-	-	۷/۲۲	۱۷	۱۲۲/۷۸	خطا
-	-	-	۲۰	۸۷۸۴/۰۰	مجموع

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود شرط برابری شیب خط رگرسیون برقرار است. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به تاثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین را بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به نمره‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذوراتا
مدل	۸۱۴/۱۲	۲	۴۰۷/۰۶	۵۳/۶۱۲	۰/۰۰۰۵	۰/۸۶
اصلاح شده						
مقدار ثابت	۱/۸۲	۱	۱/۸۲	۰/۲۳۹	۰/۶۳	-
گروه	۶۲۷/۲۰	۱	۶۲۷/۲۰	۸۲/۶۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۸۲۹
خطا	۱۲۹/۰۸	۱۷	۷/۵۹	-	-	-
مجموع	۸۷۸۴/۰۰	۲۰	-	-	-	-

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای که تحت کاربندی آزمایشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین قرار گرفته‌اند با کودکان گروه گواه از نظر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول یاد شده نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین در کاهش نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش موثر بوده است.



## بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای بود. بدین منظور فنون اساسی که در درمان شناختی رفتاری به کار بسته می شود به والدین کودکان واجد اختلال نافرمانی مقابله ای آموزش داده شد.

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 این پژوهش با یافته های گیمپل و هالند (۲۰۰۲)، کرونیز و همکاران (۲۰۰۴)، خیریه و همکاران (۱۳۸۸) و طهماسیان و همکاران (۱۳۷۶) که به تعیین اثربخشی روش آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله ای پرداخته اند، همسو است. همان طور که گفته شد برخی از پژوهش ها اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده را بر برخی اختلال ها مانند وسواس فکری عملی (پیاستینی و همکاران، ۲۰۱۱)، اضطراب (وندر سلیوس و همکاران، ۲۰۱۲) و وود و همکاران، (۲۰۰۶)، اقدام به خودکشی (ولز و هیلبرون، ۲۰۱۲)، درمان چاقی، افسردگی و افزایش عزت نفس (دانیلسن و همکاران، ۲۰۱۳) نشان داده اند. در یکی از پژوهش های مهم

کازدین، سیگل و باس<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) آموزش رفتاری به والدین با آموزش مهارت‌های حل مساله شناختی را برای کاهش رفتارهای ضداجتماعی در دوره پیش‌نوجوانی ترکیب کردند. ترکیبی از آموزش رفتاری والدین با آموزش مهارت‌های حل مساله برای کارکردهای بهنجار کودکان موثرتر از مداخله‌های مجزا بود. این نتایج به مدت یک سال نیز در دوره پیگیری دیده شد. به‌طور کلی، برنامه‌های چند مولفه‌ای از برنامه‌هایی که فقط برای مشکلات رفتار نافرمانی کودک طراحی شده‌اند، موثرتر است. این پژوهش‌ها نشان می‌دهند هنگامی که درمان شناختی رفتاری در بستر خانواده انجام شود و مداخله‌ها با هدف ایجاد تغییرات در نظام خانواده انجام گیرد، اثرات مثبتی نشان می‌دهد.

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش فنون شناختی رفتاری 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.

---

1. Kazdin, Siegel & Bass

این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی مواجه است. برخی از محدودیت‌های پیش آمده از لحاظ روش شناختی بوده که خارج از دسترس پژوهش‌گران بوده است. نخستین محدودیت پژوهش، دشواری آموزش درمان‌ها به والدین بود. محدودیت دیگری که می‌توان بیان داشت، عدم توان تعمیم‌پذیری نتایج به شکل گسترده است؛ زیرا برنامه طراحی شده نخستین بار به اجرا درآمده و برای تایید بیشتر نیاز به تکرار پژوهش به شیوه‌های تکرار کامل (اجرای پژوهش توسط همین پژوهش‌گران)، تکرار حقیقی (اجرای همین پژوهش توسط دیگر پژوهش‌گران با همین مقیاس‌ها) و تکرار نظام‌مند (اجرای این بسته پژوهشی بر روی جمعیت‌های بالینی دیگر و با مقیاس‌های دیگر) است. برای پژوهش‌های آینده، پیشنهاد می‌شود تاثیر اجرای درمان‌های شناختی رفتاری با درمان‌های رفتاری خالص مقایسه انجام شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی اثر بخشی درمان‌هایی که با مدیریت والدین انجام می‌شود از دو جنبه اثر بخشی بر کاهش اختلال‌های فرزندان‌شان و والدین و همچنین افزایش مولفه‌های سلامتی مانند بهبود روابط خانوادگی و کاهش تنش‌های خانوادگی مورد پژوهش قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بدون حمایت مالی هیچ سازمان دولتی یا غیردولتی انجام گرفته است. بدین وسیله از کلیه والدین کودکان به پاس مشارکت در پژوهش، صمیمانه قدردانی می‌شود.

### منابع

- آخنباخ، ت، و رسکورلا، ل. (۲۰۰۱). راهنمای فرمهای سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ. انطباق و هنجاریابی: مینایی، ا. (۱۳۸۴). تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- پوراحمدی، ا؛ جلالی، م؛ شعیری، م. ر، و طماسیان، ک. (۱۳۸۸). بررسی اثر کوتاه‌مدت آموزش برنامه فرزندپروری مثبت (3P) بر تغییر شیوه‌های فرزند پروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۲۰، ۵۳۲-۵۱۹.
- طهماسیان، ک؛ مهریار، ه؛ بوالهروی، ج؛ و بیرشک، ب. (۱۳۷۶). بررسی اثر آموزش مادران در کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان. مجله اندیشه و رفتار، ۳، ۶۰-۵۴.
- خیریه، م. ا؛ شعیری، م. ر؛ آزاد فلاح، پ؛ و رسولزاده طباطبایی، ک. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت بر کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. مجله علوم رفتاری، ۱، ۵۳-۵۸.
- زارب، ژ. (۲۰۰۳). ارزیابی و شناخت- رفتار درمانی نوجوانان. ترجمه خدایاری فرد، م؛ و عابدینی، ی. (۱۳۸۶). تهران: رشد.

فرامرزی، س؛ عابدی، ا؛ و قنبری، آ. (۱۳۹۱). تاثیر آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای (ODD) فرزندان. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۴، ۹۶-۹۰.

نجفی، م؛ فولاد چنگ، م، علیزاده، ح؛ و محمدی فر، م. ع. (۱۳۸۸). میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله ای در دانش آموزان دبستانی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۳، ۲۵۴-۲۳۹.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5)* (fifth Edition). Washington DC: American Psychiatric Association.

Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham WE. (2004). *Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions*. Springer.

Danielsen, Y., Nordhus, I., Júlíusson, P., Maehle, M., & Pallesen, S. (2013). Effect of a family-based cognitive behavioural intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7–13): A randomized waiting list controlled trial. *Obesity Research & Clinical Practice*, 7, 116–128.

Gadow, k., Arnold, L., Molina, B., Findling, R., Bukestien, O. & et al. (2014). Risperidone added to parent training and stimulant Medication: Effects on Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Peer Aggression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 948-959.

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.

Hinshaw, S. P. & Lee, S. S. (2003). Oppositional defiant and conduct disorders. In E. J. Mash & R. A Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 144-198). New York: Guilford.

Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behaviour in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.

Kazdin, A. E., Siegel, T. C. & Bass, D. (1992). Cognitive problem - solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733 – 747.

Kring, A., Johnson, S., Davison, G., & Neale, J. (2014). *Abnormal Psychology*. Twelfth Edition. Washington: John Wiley & Sons.

Lengua LJ, Honorado E, Bush NR. (2007). Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 40-55.

Lochman, J. E., Wells, K. C. & Lenhart, L. A. (2008). *Coping Power child group program: Workbook*. New York: Oxford.

McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H. & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent - training and cognitive - behavioral therapy for antisocial youth: A meta- analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 527 – 543.

- Piacentini, J., Bergman, L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J., & McCracken, J. (2011). Controlled Comparison of Family Cognitive Behavioral Therapy and Psych education/Relaxation Training for Child Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 1149–1161.
- Reinecke, M., Dattilio, F., & Freeman, A. (2006). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. Second Edition. New York: The Guilford Press.
- Robin, A., & Foster, L. (1984). *Problem- solving communication training: A behavioral family systems approach to parent-adolescent conflict*. In P. Karoly & J.J. Steffen (Eds.), *Adolescent behavior disorders: foundations and contemporary concerns* (pp.195-240). Lexington, Mass: D.C. Heath.
- Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner, K. (2003). *Theoretical, scientific and clinical foundations of the triple p-positive parenting program a population approach to the promotion of parenting competence*. The Parenting and Family Support Centre, the University of Queensland.
- Van der Sluis, C., van der Bruggen, C., Brechman-Toussaint, M., Thissen, M., Bögels, S. (2012). Parent-Directed Cognitive Behavioral Therapy for Young Anxious Children: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, 43, 583–592.
- Van de Wiel, N. M. H., Matthys, W., Cohen- Kettenis, P. T., Maassen, G. H., Lochman, J. E. & van Engeland, H. (2007). The effectiveness of an experimental treatment when compared with care as usual depends on the type of care as usual. *Behavior Modification*, 31, 298 – 312.
- Wells, K. & Heilbron, N. (2012). Family-Based Cognitive-Behavioral Treatments for Suicidal Adolescents and Their Integration with Individual Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 301–314.

---

Wood, J., Piacentini, J., Southam-Gerow, M., Chu, B., & Sigman, M. (2006). Family Cognitive Behavioral Therapy for Child Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 314–321.