

Effectiveness of Parenting Therapy on Behavioral Problems of Girl Students with Oppositional Defiant Disorder

Davudi, H., kalhor, *A., Alibabaei-Noqane-Sofla, E.

اثربخشی آموزش والددرمانگری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای

حسین داوودی^۱، اکرم کلهر^۲، الهام علی بابایی نوغان سفلی^۳

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۲/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۰۹

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to determine the effectiveness of the Parenting Therapy on the behavioral problems (anxiety/depression, aggression, and social functioning) in girls with oppositional defiant disorder.

Method: A semi-experimental design with pre and post-test and a control group was applied. The study population was all female school students of the Aligudarz city. By a purposeful sampling method 43 school students with likely oppositional defiant disorder were selected and 30 with higher scores in the Achenbach's Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS) were selected and their mothers classified into two (n=15) groups randomly (experimental and control groups). The experimental group received 10 sessions of Eyberg (1997) Parenting Training Package during 10 sessions, while no intervention made on the control group. Three subscales of (anxiety/depression, aggression, and social functioning) from 8 Akhenbakh subscales were performed in the pre-test and post-test stages and the collected data were analyzed applying a Multivariate Analysis of Covariance.

Results: The study results showed that parenting training could significantly reduce the average scores of the student's anxiety/depression average scores in the experimental group than control. No significant effects were found for aggression and social functions.

Conclusion: It could be concluded that the Parenting Therapy improves the anxiety/depression symptoms in these children and is recommended in management of anxiety/depression in the oppositional defiant disorder girl students.

Keywords: Parenting therapy, behavioral problems, oppositional defiant disorder.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش والددرمانگری بر مشکلات رفتاری (اضطراب/ افسردگی، پرخاشگری، عملکرد اجتماعی) دانش آموزان دختر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مدارس ابتدایی و متوسطه شهر الیگودرز بود. بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۳ دانش‌آموز مشکوک به نافرمانی مقابله‌ای انتخاب و سپس از طریق مقیاس درجه بندی نافرمانی مقابله‌ای کودکان (ODDRS) تعداد ۳۰ نفر از آنان بعنوان نمونه انتخاب گردیدند و به روش جایگزینی تصادفی مادرانشان در دو گروه (n=15) آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش بسته آموزشی والد درمانگری ایبرگ (۱۹۹۷) را در طی ۱۰ جلسه دریافت کردند. درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. سه زیر مقیاس (اضطراب/ افسردگی، پرخاشگری و مشکلات اجتماعی) از ۸ زیرمقیاس پرسشنامه مشکلات رفتاری آخنباخ در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا گردید و داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش والددرمانگری بطور معنادار سبب کاهش میانگین نمرات اضطراب/ افسردگی دانش‌آموزان دچار نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش نسبت به کنترل می‌شود، اما بر روی میانگین نمرات رفتار پرخاشگرانه و مشکلات اجتماعی آنان تأثیر معناداری نداشت.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که آموزش والددرمانگری موجب بهبود حالات افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان دچار نافرمانی مقابله‌ای می‌شود و در مدیریت اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای کار برد.

واژه‌های کلیدی: والددرمانگری، مشکلات رفتاری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای.

مقدمه

بررسی مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان، همواره مدنظر روان‌شناسان بوده است. حل مشکلات این گروه‌های سنی نه تنها جنبه درمانی دارد، بلکه شناسایی عوامل سبب-ساز این مشکلات، نوعی پیشگیری محسوب می‌شود. علاوه بر آن در بسیاری از موارد، مشکلات حل نشده این افراد به معضلات پیچیده‌تر در آینده تبدیل می‌شود (۱). اختلال نافرمانی مقابله‌ای رایج‌ترین اختلال رفتاری در کودکی به شمار می‌آید و در سال‌های اخیر به دلیل همپوشی بسیار بالای آن با سایر اختلالات کودکی بسیار مورد توجه قرار گرفته است. اختلالاتی که بیشترین همپوشی را با اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارند شامل بیش‌فعالی کمبود توجه، اختلال سلوک، سوءمصرف مواد، شخصیت ضداجتماعی، افسردگی و اضطراب می‌باشند (۲). اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی، متداول‌ترین اختلال رفتاری است که هم‌پایندی بالایی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد (۳). تقریباً ۲۵ درصد کودکانی که به اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی تشخیص داده می‌شوند نشانه‌های تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای را نیز دارند (۴). شرح بالینی این اختلال ارتباط بسیار زیادی با اختلال سلوک^۱ دارد و DSM-5، اختلال نافرمانی مقابله‌ای را نوع خفیف‌تری از اختلال سلوک ذکر کرده و تأکید شده که باید آن را مقدمه‌ای بر تشخیص اختلال سلوک دانست. زیرا این اختلال همپوشی بسیار بالایی به‌عنوان پیش‌زمینه‌ی ابتلا به اختلال سلوک دارد، تا جایی که در پژوهش‌ها، میزان همپوشی این دو اختلال ۴۵ درصد و در نمونه‌های بالینی تا ۹۶ درصد نیز گزارش شده است (۵). این اختلال معمولاً در خانواده‌هایی دیده می‌شود که حداقل یکی از والدین سابقه‌ی ابتلا به اختلالات خلقی، رفتاری، شخصیت ضداجتماعی یا اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد داشته‌اند (۶). علاوه بر ضعف در هوشبهر کلامی و توانایی‌های شناختی، مطالعات نشان می‌دهند که نقایص جدی در کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای که بیش از یک سال نشانه‌های اختلال را بروز داده‌اند، وجود دارد (۷).

انجمن روان‌پزشکی آمریکا نرخ شیوع این اختلال را ۱ تا ۱۱ درصد برآورد کرده است. ممکن است نرخ شیوع بسته

به سن و جنسیت کودک متغیر باشد. به نظر می‌رسد این اختلال تا قبل از نوجوانی در پسران بیشتر از دختران باشد (۸). اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکی قویاً با خطر ابتلای بعدی به اختلال سلوک مرتبط است. اگرچه حدود ۲۰ درصد کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای ممکن است ۳ سال بعد دیگر مبتلا به این اختلال نباشند؛ اما بالغ بر نیمی از آنان بعد از گذشت این دوره همچنان دچار این اختلال خواهند بود. همین امر اختلال نافرمانی مقابله‌ای را به فراگیرترین اختلال مرحله‌ی اولیه‌ی رشد برای پیشروی بعدی به سمت اختلال سلوک تبدیل می‌کند (۹). علاوه بر آن مبتلایان به این اختلال دارای ریسک بالایی برای دچار شدن به پیامدهای منفی همچون بزه‌کاری، بیکاری، افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات روانی هستند (۱۰).

شریفی درآمدی و همکاران (۱۱) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی آموزش کنترل تکانه بر تکانشگری و بهبود نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی نشان دادند که آموزش مهارت‌های کنترل تکانه منجر به کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و رفتارهای تکانشی در دانش‌آموزان شده و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مناسب سود جست. دختران مبتلا به اختلال لجبازی و نافرمانی، بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند؛ مخصوصاً در صورتی که علائم ناتوانی در تنظیم هیجانات و گرایش به سرپیچی را نشان دهند (۲). پژوهش‌های مختلف بیان داشته‌اند که افراد مبتلا به این اختلال عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگ‌ترها هستند و در روابط بین فردی ضعیف هستند. از آنجا که افزایش شدت نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نوجوانی بر روی عملکرد تحصیلی و شغلی تأثیرگذار است؛ بنابراین بررسی پیرامون این اختلال حایز اهمیت می‌باشد (۱۲). مارتین و همکاران (۲)، در پژوهشی با عنوان هم‌آیندی بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلالات اضطرابی در سنین پیش از دبستان، نشان دادند اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سه سالگی می‌تواند اختلالات اضطرابی را در سن ۵ سالگی پیش‌بینی کند. باتوجه به پیامدهای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، روان‌شناسان پژوهش‌هایی را صورت داده‌اند که بر اساس آن

کارکرد این خانواده‌ها اثربخش‌تر از درمان متمرکز بر خانواده بوده است.

قدرتی میکوهی و همکاران (۱۶)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش والدین مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان، دریافتند که آموزش والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثر دارد. علاوه بر آن درمانگری‌هایی که در آن خانواده نقش محوری داشته و حضوری فعال در برنامه‌های مداخله‌ای دارند، اثربخشی بالاتری دارند. عباسی و طاهر نشاط دوست (۱۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان دادند که درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک روی مادران، می‌تواند علائم نافرمانی مقابله‌ای کودک را کاهش دهد. منشنی و همکاران (۱۸)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر اصفهان، نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش منجر به بهبودی علائم نافرمانی در نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای گردیده است.

خدابخش و جعفری (۱۹) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر سبک‌های مقابله‌ای مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نشان دادند که روش آموزش والدین با رویکرد آدلری بر سبک‌های مقابله‌ای مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کاهش نشانه‌های این اختلال در کودکان‌شان مؤثر است. سهرابی و همکاران (۲۰)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش والدین بارکلی بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان، دریافتند که آموزش والدین به شیوه‌ی بارکلی می‌تواند روش کارآمدی در بهبود علائم رفتاری اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی باشد.

طاهر و همکاران (۲۱)، در پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی اثربخشی آموزش‌های همدلی و مدیریت خشم بر شناخت اجتماعی و علائم اختلال دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نشان دادند که آموزش‌های همدلی و مدیریت خشم برای مادران بر شناخت اجتماعی و علائم

اثربخشی روش‌های متعدد درمانی را بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان داده‌اند. یکی از این روش‌ها، روش والددرمانگری^۱ می‌باشد. والددرمانگری یک تحول درمانی مربوط به چند دهه اخیر محسوب می‌شود، پیشینه آموزش والدین به عنوان عاملان درمانی در زندگی فرزندانشان به اوایل قرن بیستم بر می‌گردد. فروید در اوایل دهه ۱۹۰۰، به عنوان مشاور درمانی پدر یک کودک پنج ساله مبتلا به ترس مرضی و مورد مشهور "هانس کوچولو" مشغول به کار شد. باروچ با هدف برقراری ارتباط و بهبود روابط والد-کودک، از جلسات بازی والد-کودک در خانه، حمایت کرد. نانسی راجرز-فوجز با مشورت پدرش، کارل راجرز، بر اساس نوشته ویرجینیا آکسلین، جلسات بازی خانگی را با دخترش اجرا کرد. فوجز تغییرات مثبتی را در مورد دخترش گزارش کرد (۱۳).

والددرمانگری به جای این که صرفاً از والدین بخواهد که مهارت‌های جدید را برای کودکان به کار ببرند فرصتی برای کودکان فراهم می‌کند تا به طور جدی درگیر فرآیند شوند. والدین در نقش درمانی و آموزشی می‌توانند از یک درمانگر موفق‌تر باشند. والدین می‌توانند با استفاده از این نگرش‌های درمانی و مهارت‌های بین فردی که کسب کرده‌اند به کودکان خود کمک کنند تا نیروهای نهفته خود را به فعلیت برسانند و مدت‌ها پس از پایان آموزش رسمی همچنان سیر پیشرفت خود را حفظ کنند. والددرمانگری که به والدین مهارت‌های اساسی بازی درمانی کودک محور را آموزش می‌دهد، در میان برنامه‌های آموزش والدین، منحصر به فرد است و هدف از آموزش والددرمانگری این است که به والدین کمک کند تا با استفاده از پیوند طبیعی موجود بین کودک و والدین، عامل درمانی در زندگی کودکان خود باشند (۱۴).

پژوهش‌ها اثربخشی این روش را بر روی گروه‌های مختلف کودکان دارای اختلالات روان‌شناختی نشان داده‌اند به عنوان مثال، عزیزی و همکاران (۱۵)، در پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی تأثیر والددرمانگری و درمان متمرکز بر خانواده بر کارکردهای خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نشان دادند که والددرمانگری و درمان متمرکز بر خانواده بر کارکرد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثرند و والددرمانگری بر

1- pareting therapy

با توجه به پیشینه یاد شده، پژوهش حاضر تلاش دارد تا اثربخشی روش والد درمانگری را بر مشکلات رفتاری کودکان مورد بررسی قرار دهد. با توجه به این که والدین با دانش‌آموزان دختر دارای اختلال مقابله‌ای نافرمانی، ممکن است دچار درجاتی از ناامیدی باشند و بر روی الگوی تربیتی آنها بر فرزندان شان تأثیرگذار باشد و به دنبال آن اختلالات در فرزندان آنها بیشتر شود؛ این مطالعه در صدد بررسی این سؤال می‌باشد که آیا آموزش والد درمانگری بر اضطراب/ افسردگی، رفتار پر خاشاگری و مشکلات اجتماعی دانش‌آموزان دختر اثربخش می‌باشد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشکیل می‌دهد که در سال ۹۶-۱۳۹۵ در دوره دوم ابتدایی یعنی پایه‌های چهارم، پنجم و ششم و در مقطع متوسطه اول در مدارس شهرستان الیگودرز مشغول به تحصیل بوده‌اند. کلیه دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در دوره ابتدایی در سال تحصیلی مذکور در شهرستان الیگودرز ۲۸۵۰ نفر و کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول ۲۴۲۶ نفر بوده‌اند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی استفاده شد. به این صورت که از بین ۱۲ مدرسه دخترانه ابتدایی دوره دوم شهر الیگودرز، ۵ مدرسه و از بین ۱۰ مدرسه دخترانه متوسطه اول هم ۷ مدرسه به تصادف برگزیده شد. مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای هومرسن و همکاران (۲۷) توسط معلمان این مدارس روی تمامی دانش‌آموزان اجرا شد. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، تعداد ۴۳ دانش‌آموز انتخاب و سپس از طریق غربالگری و با استفاده از مقیاس نافرمانی مقابله‌ای کودکان، تعداد ۳۰ نفر از این نمونه انتخاب گردید. به روش جایگزینی تصادفی، مادران این ۳۰ دانش‌آموز در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. ملاک‌های ورود: ۱- سلامتی جسمانی و روان‌شناختی مادر ۲- سلامتی جسمانی کودک ۳- حضور پدر در خانواده ۴- تحصیلات (دیپلم و بالاتر) مادر. ملاک‌های خروج: ۱- غیبت بیش از ۲ جلسه در کلاس‌های آموزشی ۲- دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی توسط مادر یا

اختلال دانش‌آموز مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثربخش است. جهان بخش و همکاران (۲۲) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر علائم نافرمانی مقابله‌ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی، نشان دادند که مداخله‌های انجام شده روی مادران در کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای دختران دارای مشکلات دلبستگی مؤثر بوده و پای‌بندی مادران بر تداوم روش درمانی باعث بهبودی بیشتر می‌شود.

لیو و همکاران (۲۳)، در پژوهشی با عنوان عوامل خطر و پیش‌بینی‌کننده‌ی فردی و خانوادگی در افسردگی کودکان مهاجر چینی با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نشان دادند که هر دو عامل خانواده و ویژگی‌های فردی کودک می‌تواند در پیشگیری و مداخله‌ی افسردگی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد توجه قرار گیرند. دری و همکاران (۲۴)، در پژوهشی با عنوان پیش‌بینی اضطراب و افسردگی از روی علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نشان دادند تحریک‌پذیری و زودرنجی در اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌تواند افسردگی و اضطراب را در دوسال بعد پیش‌بینی کند. جی یانگ و همکاران (۷)، در پژوهشی با عنوان نقایص کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی در کودکان چینی مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نشان دادند کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارای تفاوت معنادار چشم‌گیری در ارزیابی شناختی و هیجان‌ات منفی و کارکردهای اجرایی در بُعد فعال‌سازی و بازداری بودند. علاوه بر آن نتایج نقص در حافظه‌ی فعال را در نافرمانی مقابله‌ای تأیید می‌کند. شاناهان و همکاران (۲۵)، در پژوهشی نشان دادند که مشکلات خواب می‌تواند افزایش بروز علائم اضطراب فراگیر و افسردگی و هم‌چنین ابتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را پیش‌بینی کند.

دانس مور و همکاران (۲۶)، در پژوهشی با عنوان آماده‌سازی هیجانی والدین و تنظیم هیجانی کودک به‌عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان، یافته‌ها نشان داد که آماده‌سازی هیجانی مادران با تنظیم هیجانی کودکان ارتباط دارد، به‌طوری که ثبات هیجانی و آماده‌سازی هیجانی مادران با رفتارهای برون‌نمود کودکان ارتباط معنی‌داری دارد.

کودک ۳- مصرف داروهای اعصاب و روان توسط مادر یا کودک.

ابزار

در این پژوهش از دو نوع پرسشنامه استفاده شد.

۱- مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان (ODDRS): این مقیاس توسط هومرسون و همکاران (۲۷) و براساس ملاک‌های چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای ساخته شده است و دارای ۱۶ گویه می‌باشد، که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (اصلا=۰، تاحدی=۱، نسبتاً زیاد=۲، خیلی زیاد) به ارزیابی نظر پاسخ‌گویان می‌پردازد. ۸ ماده از آن مربوط به والدین و ۸ ماده مربوط به معلمین است. در هر یک از فرم‌های والد و معلم کمترین نمره ۰ و بیشترین نمره ۲۴ می‌باشد. هرچه نمره فرد بیشتر باشد شدت اختلال بیشتر است. در این پژوهش از فرم معلم استفاده شده است. سازندگان مقیاس ضریب پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند (۲۸) ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس توسط عابدی (۲۸) احراز شده است. ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است.

۲- دومین ابزار به کار رفته در این پژوهش، پرسشنامه رفتاری فرم گزارش معلم آنباخ^۱ (ATRF) برای سنین ۱۸-۶ سال بود. پرسشنامه مذکور که مشکلات عاطفی- رفتاری را می‌سنجد دارای ۱۱۳ سؤال است که در مقیاس ۳ امتیازی (۰=خیر، ۱=بعضی مواقع، ۲=بلی) نمره‌گذاری می‌شود. این فرم ۸ مشکل یا سندرم عاطفی - رفتاری را می‌سنجد که عبارت‌اند از: اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه (بی‌توجهی، بیش‌فعالی، تکانش‌گری) رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگری. نظام سنجشی مبتنی بر تجربه آنباخ در ایران پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی این فهرست را با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بر روی نمونه‌ای به تعداد ۱۴۳۸ نفر (شامل ۶۸۹ دختر و ۷۴۹ پسر) بر اساس دوره و پایه تحصیلی از سه بخش شمال، مرکز و جنوب شهر تهران و تعدادی از مراجعه‌کنندگان به

بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان روزبه اجرا نمود. ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر اختلالات آماری و روان‌پزشکی در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ است. همچنین ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه آنباخ نیز در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. اعتبار سازه و محتوای این پرسشنامه نیز در هنجاریابی ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۹). لازم به ذکر است که از بین زیر مقیاس‌ها، ۱- زیرمقیاس اضطراب/ افسردگی، ۲- زیر مقیاس رفتار پرخاشگری و ۳- زیرمقیاس مشکلات اجتماعی، که پاسخ‌دهندگان نمره بالاتر از میانگین در آن کسب کرده بودند، برای جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل نتایج در پیش و پس‌آزمون انتخاب شدند.

۳- پکیج والد درمانگری: برنامه درمان مبتنی بر شواهد است که کار با والدین و کودکان سنین ۲ تا ۷ سال را در بر دارد و سال ۱۹۹۷ توسط ایبرگ ساخته شده است (۳۰). در این برنامه دو دسته از مهارت‌ها مورد توجه قرار گرفت. مرحله کودک محور که والدین مهارت‌ها را به منظور ارتقاء ارتباط والد-کودک، آموختند و در مرحله دوم مهارت‌های لازم والدگری را کسب کردند (۳۱). این درمان به مدت ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعتی به مدت ۵ هفته و هر هفته دو جلسه ادامه یافت. در این پژوهش سعی شد در جلسه پیش گروه توضیحات لازم در مورد اهداف آموزش به مادران ارائه شود. جلسه اول: در این جلسه برقراری رابطه درمانی، آشنایی با مشکلات مادران در زمینه فرزند پروری و رابطه با فرزند و نقش مادران که در این روش درمانی اهمیت دارند، توضیح داده شد. جلسه دوم: در این مرحله به مادران توضیحاتی در زمینه اجتناب از دستور دادن، سؤال کردن، انتقاد کردن، آموزش کنترل مثبت، تقویت یکنواخت و ساختار یافته و حذف تنبیه داده شد. جلسه سوم: نقاط مثبت مادران و نحوه الگوگیری کودک از مادر و شکل‌گیری بسیاری از رفتارها توضیح داده شد. جلسه چهارم: در این جلسه بر موضوع تأثیر استرس و عوامل ایجاد کننده و درک هیجانی تأکید شد و مهارت‌های کنترل هیجان و استرس به مادران آموزش داده شد. جلسه پنجم: در این جلسه مهارت‌های والد محور شامل دستورات مؤثر، تحسین فرمان‌پذیری و

آموزش، برای مادران داوطلب گروه کنترل (۱۱ شرکت کننده از ۱۵ شرکت کننده) نیز اجرا گردید. محتوای جلسات به تفکیک در جدول ذیل بیان گردیده است.

یافته‌ها

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرها در دو گروه آزمایشی و کنترل در پیش و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. به منظور مقایسه دو گروه از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. قبل از اجرا، ابتدا مفروضه تساوی ماتریس کواریانس‌ها بررسی شد. نتایج حاصل از آزمون ام‌باکس نشان داد که تفاوت معنی‌داری در این زمینه بین گروه‌ها وجود ندارد ($F=1/58$ ، $P=0/32$ ، $BOX'SM=21/17$). همچنین به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مقدار آزمون در گروه آزمایش برای متغیرهای اضطراب/ افسردگی ($Z=0/95$ و $p=0/59$)، رفتار پرخاشگری ($Z=0/92$ و $p=0/27$)، مشکلات اجتماعی ($Z=0/84$ و $p=0/1$) و مشکلات رفتاری ($Z=0/83$ و $p=0/16$)، و برای گروه کنترل در متغیرهای اضطراب/ افسردگی ($Z=0/93$ و $p=0/32$)، رفتار پرخاشگری ($Z=0/93$ و $p=0/37$)، مشکلات اجتماعی ($Z=0/80$ و $p=0/6$) و مشکلات رفتاری ($Z=0/94$ و $p=0/68$) بدست آمد که بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها می‌باشد. مفروضه همسانی واریانس‌ها برای دو گروه نیز از طریق آزمون لون بررسی شد. نتایج آزمون لون نشان داد که F بدست آمده برای متغیرهای اضطراب/ افسردگی ($F=0/03$ و $p=0/84$)، رفتار پرخاشگری ($F=27/52$ و $p=0/022$)، مشکلات اجتماعی ($F=0/1$ و $p=0/60$) و مشکلات رفتاری ($F=3/20$ و $p=0/08$) بدست آمد. نتایج نشان می‌دهد که در همه متغیرها به جز متغیر اضطراب/ افسردگی، واریانس‌ها برابرند. با توجه به برابری حجم گروه‌ها می‌توان از عدم رعایت این مفروضه برای متغیر اضطراب/ افسردگی چشم‌پوشی کرد (۳۲). پس از اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، تحلیل‌های اصلی انجام شد. جدول ۳، نتایج تحلیل کواریانس یک راهه را نشان می‌دهد.

اجرای فرآیند محرومیت در صورت نافرمانی، به مادران آموزش داده شد. جلسه ششم: هدایت‌گری همراه آموزش قوانین خانگی برای هر مشکل معین که چه شیوه‌ای مناسب است. فرآیند آن به مادران آموزش داده شد. جلسه هفتم: تعریف اضطراب و اثرات آن و مهارت‌های کنترل به مادران با جهت‌گیری مثبت، آموزش داده شد. جلسه هشتم: چگونگی تعیین مرزها و اعتماد به خویشتن و ایجاد و افزایش آن در فرزند آموزش داده شد. جلسه نهم: مدیریت رفتار با ترغیب به جای تحسین و ایجاد محدودیت به کمک تکنیک دادن حق انتخاب، آموزش داده شد. جلسه دهم: مرور و جمع‌بندی جلسات پیش برای ادامه این روند و پایان جلسه.

روند اجرای پژوهش: پس از دریافت مجوز از اداره‌ی آموزش و پرورش شهرستان الیگودرز به مدارس مربوطه مراجعه شد. پس از مراجعه به مدارس در ابتدا معلمان از روند کار و ویژگی‌های افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای آگاه شدند، دانش‌آموزانی برای تکمیل فرم ویژه معلم مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای مشخص شدند. سپس فرم توسط معلم پر شد و افرادی که نمره‌ی آنها نشان دهنده‌ی اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود برای انجام مصاحبه بالینی انتخاب گردیدند. پرسشنامه رفتاری کودک آخبار در اختیار معلمان قرار داده شد که می‌بایستی در مورد وضعیت رفتاری دانش‌آموزان‌شان به سؤالاتی پاسخ دهند. پس از تعیین و انتخاب افراد نمونه به شیوه جایگزینی تصادفی، گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) مشخص شد. بدین صورت که مادران دانش‌آموزان به صورت تصادفی در دو گروه گمارده شدند. پیش از اجرای تدبیر آزمایشی، ابتدا از مادران هر دو گروه مصاحبه به عمل آمد و آموزش‌هایی به آنها در خصوص نحوه همکاری و شرایط آزمایش به آنها داده شد. در ادامه، و در مرحله اجرای تدبیر آزمایشی؛ بسته آموزش والددرمانگری برای گروه آزمایش اجرا شد. هر جلسه بین ۱ تا ۱/۵ ساعت به مدت ۵ هفته و در هر هفته ۲ جلسه ادامه یافت. در این پژوهش سعی شد در جلسه پیش گروهی توضیحات لازم در مورد اهداف آموزش به مادران ارائه شود. در جلسه پیش گروهی گفته شد که شرکت آزادانه و داوطلبانه است. به منظور رعایت مسائل اخلاقی بعد از اتمام پژوهش جلسات

جدول (۱) محتوای جلسات آموزش والددرمانگری

عنوان جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه، بیان اهداف و قواعد گروه، توضیح پیرامون والددرمانگری و اشاره به نقش مادر در این روش درمانی
جلسه دوم	توضیح به مادران در زمینه اجتناب از دستور دادن، سؤال کردن و انتقاد کردن. ستایش رفتار مناسب
جلسه سوم	ارائه توضیحات از والددرمانگری، تأکید بر نقاط مثبت والدین و نحوه الگوگیری کودک از مادر
جلسه چهارم	هدایت مادر همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت و استرس کودکان و توصیف عوامل ایجاد استرس
جلسه پنجم	آموزش مهارت‌های تعامل والد محور و توضیح اصول بنیادی آن
جلسه ششم	هدایت و تمرین مهارت‌های تعامل والد محور و توصیه‌هایی در خصوص آن، آموزش تعیین قوانین خانگی
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های تعامل با جهت‌گیری مثبت، آموزش در مورد ماهیت اضطراب و فیزیولوژی
جلسه هشتم	آموزش چرایی و چگونگی تعیین مرزها و اهمیت اعتماد به خوشتن و چگونگی ایجاد و افزایش آن در فرزند
جلسه نهم	آموزش ترغیب به جای تحسین، علاوه ایجاد محدودیت بصورت پیشرفته با کمک تکنیک دادن حق انتخاب
جلسه دهم	مرو، جمع‌بندی جلسه‌های پیشین برای ادامه این روند. بیان پایان جلسه درمان با پذیرایی

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار نمره کل و خرده مقیاس مشکلات رفتاری در مراحل مختلف اجرای طرح پژوهش

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	میانگین	S	میانگین	S	میانگین	S	میانگین	S
اضطراب / افسردگی	۱۰	۲/۹۸	۷	۲/۹۲	۸	۳/۶۳	۸/۰۶	۴/۶۸
رفتار پرخاشگری	۴/۲	۲/۳۱	۳/۰۶	۱/۷۳	۳/۶	۱/۱۸	۳/۶۹	۱/۳۵
مشکلات اجتماعی	۴/۱۴	۳/۵۳	۲/۵۰	۲/۷۱	۳/۷۳	۱/۴۹	۳/۵۶	۱/۷۹
مشکلات رفتاری (نمره کل)	۱۸/۳۴	۵/۰۴	۱۲/۵۶	۳/۵۴	۱۵/۳۳	۳/۵۰	۱۵/۳۱	۳/۴۴

جدول (۳) نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک راهه برای متغیر مشکلات رفتاری

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig	ضریب اتا
پیش‌آزمون	۱۴۵/۱۴	۱	۱۴۵/۱۴	۱۳/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵
اثر آموزش	۶۷/۱۳	۱	۶۷/۱۳	۱۳/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵
خطا	۱۲۹/۷۸	۲۷	۴/۸۰	۱۳/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که F محاسبه شده ($P=0/001$) معنی دار است. به عبارتی فرض صفر رد می‌شود. ضریب اتا نشان می‌دهد که شدت اثربخشی والد درمانگری بر کاهش مشکلات رفتاری ۹۵ درصد است. به عبارتی آموزش ۹۵ درصد از واریانس مشکلات رفتاری را تبیین می‌کند. میانگین مشکلات رفتاری در گروه آزمایشی برابر با ۱۲/۸۹ و در گروه کنترل برابر با ۱۵/۳۰ بدست آمد که بیانگر این است که آموزش در کاهش مشکلات رفتاری گروه آزمایش اثربخش بوده است.

فرضیه‌های فرعی: والددرمانگری بر اضطراب / افسردگی، رفتار پرخاشگری و مشکلات اجتماعی اثربخش است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد F محاسبه شده برای متغیر مشکلات رفتاری در دو گروه کنترل و آزمایش معنی‌داری است ($F=6/70, p<0/05$). بنابراین آموزش در ترکیب خطی

متغیرهای وابسته اثر داشته است و میزان اثربخشی آن برابر با ۴۶ درصد است. توان آماری بدست آمده ۰/۹۵ است؛ یعنی در صورتی که این آزمایش ۱۰۰ مرتبه تکرار شود در ۹۵ درصد از موارد، فرض صفر غلط رد می‌شود. لازم به ذکر است توان آزمون ۰/۹۵ معرف کفایت حجم نمونه نیز می‌باشد.

همانطور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین اضطراب / افسردگی دو گروه در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=12/07, p<0/05$). میانگین گروه آزمایش در متغیر اضطراب / افسردگی در پس‌آزمون برابر با ۷ و میانگین گروه کنترل برابر با ۸/۰۶ بوده است. بنابراین گروه آزمایش از میانگین کمتری در مقایسه با گروه کنترل برخوردار بوده است.

جدول ۴) نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای زیر مقیاس‌های ابعاد مشکلات رفتاری

نام آزمون	مقدار	فرضیه df	خطا df	F	Sig	مجذور اتا	توان آماری
اثر هتلینگ	۰/۸۷	۳	۲۳	۶/۷۰	۰/۰۰۲	۰/۴۶	۰/۹۵

جدول ۵) نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن تحلیل کواریانس چند متغیری

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	Sig	ضریب اتا
اضطراب/ افسردگی	۲۳/۸۰	۱	۲۳/۸۰	۱۲/۰۷	۰/۰۰۲	۰/۳۳
رفتار پرخاشگری	۳/۳۸	۱	۳/۳۸	۲/۸۹	۰/۱۰	۰/۱۰
مشکلات اجتماعی	۵/۳۹	۱	۵/۳۹	۲/۷۶	۰/۱۱	۰/۱۰

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش والددرمانگری موجب کاهش مشکلات رفتاری و اضطراب/ افسردگی دانش آموزان دختر دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (۱۳، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳) همسو می‌باشد. در هر حال، می‌توان گفت که کاهش سطح تنیدگی در والدین، خود می‌تواند بطور متقابل عاملی تأثیرگذار در بهبود مشکلات رفتاری فرزندان باشد (۲۵). از سوی دیگر، تنیدگی والدگری علاوه بر مشکلات رفتاری کودکان با روابط زناشویی، افسردگی، اضطراب و کناره‌گیری در والدین نیز رابطه دارد. در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی والددرمانگری بر روی ۶۱ خانواده دارای مشکلات رفتاری کار کردند و پس از انجام مداخلات لازم و آموزش به والدین به این نتیجه رسیدند که این درمان بر کاهش مشکلات رفتاری کودک و افزایش همدلی والدین کاملاً مؤثر می‌باشد و نتایج از این موضوع حمایت می‌کرد که والددرمانگری یک مداخله واضح برای خانواده‌های دارای فرزندان با مشکلات رفتاری می‌باشد.

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که آموزش والد درمانگری بر کاهش اضطراب/ افسردگی فرزندان دختر اثربخش بوده است (۲۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت که در والددرمانگری سعی می‌شود به والدین آموزش داده شود تا در صورت مواجهه با علائم اضطرابی و هیجانات منفی در فرزندانشان آشفته نشوند و واکنشی نشان دهند که باعث تقویت رفتارهای اجتنابی و متعاقباً دوام این علائم در فرزند گردد (۲۸). والدین باید نسبت به ساختار و ماهیت شکل‌گیری علائم اضطرابی آگاهی کسب کنند و دریابند که چگونه رفتار خودشان باعث ماندگاری علائم فرزند می‌گردد. این نکته به والدین خاطر نشان می‌شود، در صورتی که

بتوانند اضطراب فرزندشان را که یک هیجان طبیعی است، تحمل کنند، بعد از مدت زمان اندکی، علایم خودبخود رفع می‌شوند. مکانیسم عمل و منطقی که آموزش فوق بر اساس آن طرحریزی شده، بازداری- مواجهه^۱ خوانده می‌شود و مکانیسم بازداری - مواجهه بر این اعتقاد استوار است که تجربه استرس‌های عمده مانند جدایی از والدین، بازداری می‌شود و بازداری از فهم و جذب تجربه جلوگیری می‌کند. واداشتن فرزند به رویارویی با تجربه آسیب‌زا باعث تسهیل فرآیند جذب می‌شود و او از مشکل رهایی می‌یابد. در این دیدگاه اعتقاد بر این است که می‌توان فرآیند مقابله را تسهیل نمود و مکانیسم آن واداشتن کودک به رویارویی و عدم اجتناب است (۹).

بنابراین والددرمانگری باعث می‌شود والد از جایگاه کسی که باعث تداوم علائم اضطرابی فرزندان می‌شود، به جایگاهی تغییر موقعیت دهد که همانند یک درمانگر، فرزند را در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌آمیز و ارزیابی مجدد آن همراهی کند و در این مسیر باعث خاموشی پاسخ‌های اجتنابی و کاهش علائم اضطرابی در فرزند می‌گردد (۱۴). بنابراین، از آنجا که دلیل اصلی ناسازگاری کودکان را می‌توان احتمالاً به روابط بین فردی در خانواده و والدین نسبت داد. استدلال مهم برای استفاده از والددرمانگری این فرضیه است که اگر به والدین آموزش داده شود که نقش درمانگر را بپذیرند، به احتمال زیاد می‌توانند مؤثرتر از یک شخص حرفه‌ای باشند؛ زیرا والدین نقش عاطفی بیشتری در زندگی کودک خود دارند. رویکرد والددرمانگری از حضور والدین به عنوان بازیگر اصلی در کمک به کودک و در نتیجه تقویت

باشند و توقعات واقع‌گرایانه‌تری از کودکان خواهند داشت (۳۰).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن آموزش فقط به مادران، انتخاب دانش‌آموزان دختر با مشکلات رفتاری، عدم وجود مرحله پیگیری، صرف استفاده از پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها و پایین بودن حجم نمونه اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود که درمانگران کودک و نوجوان علاوه بر جلسات فردی یا گروهی با آنها، آموزش والدین را نیز مد نظر قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، انتخاب پسران با مشکلات رفتاری و مقایسه نتایج حاصل از این دو گروه (پسران و دختران)، داشتن مرحله پیگیری، استفاده از سایر ابزار جمع‌آوری داده‌ها از جمله مشاهده و مصاحبه مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- 1- Chubdari A, Kazemi F, Pezeshk S. Effectiveness of reality therapy on reducing signs of boy students with oppositional defiant disorder. *Psychol. of Exceptional Individuals*. 2015; 20: 7.
- 2- Martín V, Granero R, Ezpeleta L. Comorbidity of oppositional defiant disorder and anxiety disorders in preschoolers. *Psicothema*. 2014; 26(1): 27-32.
- 3- Jiang W, Li Y, Du Y, Fan J. Emotional Regulation and Executive Function Deficits in Unmedicated Chinese Children with Oppositional Defiant Disorder. *J Korean Neuropsychiatric Association*. 2016; 13(3): 277-87.
- 4- Imren S.G, Arman A.R, gumustas F. Family Function in Attention Deficit Hyperactivity Disorder with or without Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder Comorbidity. *Cukurova Medical J*. 2013; 38(1): 22-30.
- 5- Noordermeer SDS, Luman M, Oosterlaan J. A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account. *Neuropsychol. Rev*. 2016; 26(1): 44-72.
- 6- Lochman JE, Barry TDS, Salekin-Pediatrics KL. Aggressive/Oppositional Behaviors Oppositional Defiant and Conduct Disorders, *Handbook of Mental Health Care: Disruptive and Acting-Out Behaviors*. 2010.
- 7- Lavigne JV, Gouze KR, Bryant FB, Hopkins J. Dimensions of Oppositional Defiant Disorder in Young Children: Heterotypic Continuity with Anxiety and Depression. *J. of Abnorm Child Psychol*. 2014; 42(6): 937-951.
- 8- Ganji M. *Psychological astronomy DSM-5*. 2015. Savalane Publishing Company. Tehran. Iran.
- 9- Déry M, Lapalme M, Jagiellowicz J, Poirier M, Temcheff C, Toupin J. Predicting Depression and Anxiety from Oppositional Defiant Disorder

انگیزه والدین برای کمک گرفتن و کمک کردن به کودک خود بهره می‌گیرد (۱۴).

بنابر نظر گورنی (۳۳)، عدم آگاهی و بی‌اطلاعی والدین از والدگری صحیح عامل بسیاری از مشکلات فرزندان نگریده می‌شود. از این رو در روش والددرمانگری، درمانگر بر آن است که با آگاهی رساندن به والدین در زمینه ایجاد محیطی سرشار از پذیرش و خالی از قضاوت که ارتباط والد-کودک را بهبود می‌بخشد، زندگی کودک را برای تحول و حرکت او را به سمت خودشکوفایی مهیا کند. در نتیجه بر حل مشکلات حاضر، از مشکلاتی که می‌تواند به دلیل عدم اطلاع و آگاهی والدین به وجود آید، پیشگیری کند. هر چند والددرمانگری بر کاهش مشکلات رفتاری و اضطراب / افسردگی تأثیر داشته است، اما این آموزش بر مشکلات اجتماعی و پرخاشگری تأثیر معنی‌داری نداشته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این مسئله احتمالاً به سه دلیل می‌تواند باشد؛ نخست اینکه آموزش صرفاً بر روی یکی از والدین یعنی مادران بوده است. متأسفانه در فرهنگ ما، فرزندان حرف شنوی لازم را از مادران خود ندارند. عدم همکاری و هماهنگی مردان با همسران خود در این زمینه نیز می‌تواند دومین دلیل احتمالی باشد و در نهایت اثربخش نبودن آموزش بر مشکلات اجتماعی و پرخاشگری با توجه به سن شرکت‌کنندگان که در مقطع دبیرستان بوده‌اند می‌تواند بیانگر این نکته باشد. پژوهش‌ها (۲۰، ۱۸، ۱۶) بیانگر اثربخش بودن آموزش والدگری بر روی مشکلات پرخاشگری و اجتماعی فرزندان در سنین ابتدایی و راهنمایی بوده است. در حالی که شرکت‌کنندگان این پژوهش در مقطع دبیرستانی بوده‌اند. احتمالاً آموزش والدگری در سنین کودکی در مقایسه با دوران نوجوانی در کاهش مشکلات رفتاری از جمله پرخاشگری و مشکلات اجتماعی که در پژوهش حاضر معنادار نبوده است، اثربخش‌تر باشد. یک نکته جالب این است که مشکلاتی که والدین در یادگیری استفاده از مهارت‌ها و نقش‌های درمانی آموزش داده شده تجربه می‌کنند، ممکن است همزمان با مسائل مهمی باشد که خود این مسائل در قالب یک نیروی یاری دهنده برای آگاهی و رشد فردی تمام اعضای گروه ضمن آموزش در فرآیند بحث گروهی به کار می‌رود. چنانچه والدین مهارت‌های مشاهده‌ای خود را بهبود بخشند، علاقه صادقانه به نیازهای کودکان را گسترش دهند و نسبت به پیام‌های عاطفی کودک خود حساس‌تر شوند، ممکن است درک بیشتری از کودکان داشته

- adjustment in children with oppositional defiant disorder. *J of School Psychology*. 2015; 1(5): 26- 47.
- 22- Jahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri SH, Jamshidi A. The Effect of Attachment- Based Therapy on Oppositional Deficit Symptoms in Girls with attachment Problems. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 3(4): 41-49.
- 23- Liu X, Lin X, Zhou Q, Zhou N, Li Y, Lin D. Family and Individual Risk and Protective Factors of Depretion Among Chinese Migrant with Oppositional Defiant Disorder Symptoms. *Front. Psychol*. 2017; 8. Article 508.
- 24- Déry M, Lapalme M, Jagiellowicz J, Poirier M, Temcheff C, Toupin J. Predicting Depression and Anxiety from Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Elementary School-Age Girls and Boys with Conduct Problems. *Child Psychiatry and Human Development*. 2017; 48(1): 53-62.
- 25- Shanahan L, Copeland WC, Angold A, Bondy CL, Costello JE. Sleep Problems Predict and are predicted by Generalized Anxiety/Depression and Oppositional Defiant Disorder. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*. 2014; 53(5): 550-558.
- 26- Dunsmore JC, Booker JA, Ollendick TH. Parental Emotion Coaching and Child Emotion Regulation as Protective Factors for Children with Oppositional Defiant Disorder. *J Soc Dev*. 2013; 22(3): 444- 466.
- 27- Hommersen P, Murray C, Ohan J, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: Preliminary evidence of reliability and validity. *J Emot Behav Disord*. 2006; 14(2): 118-125.
- 28- Faramarzi S, Abedi A, Ghanbari A. Mother communication patterns on and oppositional defiant disorder of children. *Medical J. of Tabriz Un*. 2012; 2(34): 90-6.
- 29- Ashanbach T, Rescorla L. The manual of school age forms of the system of assessment based on experience of the Ashanbakh. Translate by Minaei A. 2005. Exceptional children's Institute Publishing Company. Tehran. Iran.
- 30- Cooley ME, Veldorale-Griffin A, Petren RE, Mullis AK. Parent- child interaction therapy: A meta analysis of child behavior outcomes and parent stress. *J of Family Soc Work*. 2014; 17(3): 191-208
- 31- Eyberg SM, Funderburk BW, Hambree-Kigin TL, MC- Neil CB, Querido JG, Hood KK. Parent-child interaction therapy with behavior problem children: one and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child and Family Beh. Thera*. 2001; 23: 1-20.
- 32- Coolican H. *Research Methods and Statistics In psychology*. 2009; 5th ed. London: Hodder Education.
- 33- Guerney L, Guerney B. Integrating child and family therapy. *Psychotherapy*. 1987; 24: 609-14.
- Symptoms in Elementary School-Age Girls and Boys with Conduct Problems. *Child Psychiat. and Human Develop*. 2017; 48(1): 53-62.
- 10- Schoolr J, Van Rijn S, Wied MD, Van Goozen SHM, Swaab H. Variability in emotional/behavioral problems in boys with oppositional defiant disorder or conduct disorder: the role of arousal. *Eur. Child and Adolesc. Psychiat*. 2015; 25(8): 821-830.
- 11- Sharifidaramadi P, Bagiankulehmarz MJ, Padarvand H, Geravand F. The Effect of Impulse Control Training on Impulsiveness and Reduce the Symptoms of Students with Oppositional Deficit Disorder. *J. of Clinic Psychol*. 2014; 5(4): 29-41.
- 12- Leadbeater BJ, Ames ME. The Longitudinal Effects of Oppositional Defiant Disorder Symptoms on Academic and Occupational Functioning in the Transition to Young Adulthood. *J. of Abnorm Child Psychol*. 2017; 45(4): 749-763.
- 13- Faghripour M. *Psychology and Family education*. 1st ed. 2009. Iiafarhang Publishing Company. Rasht. Iran.
- 14- Berg R. *Group Consultation*. Translate by Zahrakar K. 2013. Arasbaran Publishing Company. Tehran. Iran.
- 15- Azizi A, Karimipour B, Rahmani S, Vasi 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). *J. of Child Mental Health*. 2016; 3(2): 9-20.
- 16- Ghodratimirkoochi M, Sharifidaramadi P, Abdollahi Gh. The effect of parental management training base on cognitive- behaviour therapy on children oppositional defiant disorder. *Psychol of Exceptional Individuals*. 2015; 20: 6.
17. Abbassi M, Neshatdoost HT. Effectiveness of Parent- Child interaction Therapy on Reduction of Symptoms in Oppositional Defiant Disorder. *J. of Clinic Psychol*. 2013; 5(3): 59-67.
- 18- Maneshi Gh, Asliazad M, Tofighi Z, Farhadi T. The effectiveness of acceptance and commitment based treatment in adolescent with conflict disorder in Isfahan. 2015. The International Congress on Psychology. Tehran. Iran.
- 19- Khodabakhsh R, Jafari M. Exploring the efficacy of parental training with Adlerian approach on coping styles of mothers of children with oppositional defiant disorder & on reduction Of ODD symptoms. *J. of Psychological Studies*. 2014; 10(1): 7-30.
- 20- Sohrabi F, Asadzadeh H, Arabzadeh Z. Effectiveness of Barkley's parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children. *J of School Psychology*. 2014; 2(3): 82-103.
- 21- Taher M, Abulghasemi A, Nariman M. The efficacy of empathy and anger management training based on cognitive-behavioral approach on