




Research Paper

Comparison of the effectiveness of distress tolerance techniques and parents behavioral training on the self-efficacy of mothers with children with symptoms of oppositional defiant disorder

Parisa Rezaeskandari¹ , Yousef Gorgi^{*2} , Tayebeh Sharifi³ 

1. Ph.D. student in Educational Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Citation: Rezaeskandari P, Gorgi Y, Sharifi T. Comparison of the effectiveness of distress tolerance techniques and parents behavioral training on the self-efficacy of mothers with children with symptoms of oppositional defiant disorder. *J Child Ment Health*. 2025; 12 (1):1-18.



URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1453-en.html>

 [10.61186/jcmh.12.1.2](https://doi.org/10.61186/jcmh.12.1.2)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Oppositional defiant disorder,
parent behavioral training,
distress tolerance,
self-efficacy

Background and Purpose: Oppositional Defiant Disorder (ODD) is one of the most common behavioral disorders in children. In most families, mothers typically have a more significant caregiving and responsible role towards their children, which can lead to more challenges. This study examined the effectiveness of two interventions, Distress Tolerance techniques (DTT) and Parent Behavioral Training (PBT), on increasing the self-efficacy of mothers with children who are displaying signs of ODD.

Method: This research was a quasi-experimental study of the pre-test-post-test-follow-up design with a control group. Measurements were conducted at the pre-test, post-test (after 8 weeks of interventions of DTT, and PBT), and a three-month follow-up. The study population consisted of mothers with children aged 7 to 12 years diagnosed with ODD in Isfahan in 2023. From this population, sixty mothers were selected using purposive sampling and assigned to three groups of 20: DTT group, PBT group, and control. The research instruments included the latest validated version of the Child Symptom Inventory- 4 (CSI-4) (Gadow & Sprafkin, 2002) and the Parenting Self-Efficacy Questionnaire (Domka et al., 1996). Analyses were performed using version 26 of SPSS software and repeated measures ANOVA.

Findings: The results of the ANOVA showed that both the DTT ($F = 79.989$) and PBT ($F = 387.278$) had a significant effect on mothers' self-efficacy, with self-efficacy scores significantly increasing in the post-test and follow-up stages. Additionally, self-efficacy in both the post-test and follow-up stages showed significant differences in the PBT and DTT groups compared to the control group. A significant difference was seen between the PBT and DTT groups in the follow-up stage; however, this difference was not significant in the post-test stage.

Conclusion: Both DT and PBT techniques are effective in increasing the self-efficacy of mothers of children with symptoms of ODD; therefore, it is best to use both intervention programs in improving maternal mental health depending on the circumstances.

Received: 10 Sep 2024

Accepted: 21 May 2025

Available: 23 May 2025



* **Corresponding author:** Yousef Gorgi, Assistant Professor, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran

E-mail: Yo.gorgi@iau.ac.ir

Tel: (+98) 313660011

2476-5740/ © 2024 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

Oppositional Defiant Disorder (ODD) is one of the most common behavioral disorders in children, often with significant adverse effects for the child and their environment (9). Family-centered treatment methods, founded on social learning principles, typically aim to reduce ODD symptoms by training parents to increase positive interactions with the affected child. This includes positive reinforcement techniques, non-aggressive discipline, effective supervision, and problem-solving approaches.

Disability in a child often increases parental problems and parenting stress (10), potentially leading to reduced maternal self-efficacy (13). Therefore, parent training interventions can be beneficial for improving parenting skills and reducing stress levels in families with children with disabilities.

Parental self-efficacy, which refers to a mother's belief in her parenting abilities, not only affects mother-child interactions but also predicts disciplinary style, beliefs about parenting methods, and maternal sensitivity and responsiveness (15). On the other hand, distress tolerance is a crucial concept in the study of emotional dysregulation. By enhancing their ability to tolerate distress, parents can regulate negative emotions and reduce their child's behavioral disorders (34), as this concept encompasses more than just the awareness of negative emotions.

Existing studies have established the impact of Parent Behavioral Training (PBT) and Distress Tolerance techniques (DTT) on maternal self-efficacy separately (28, 29, 34, 35), but this study fills a gap in the literature by comparing the effectiveness of PBT and DTT in enhancing the self-efficacy of mothers with children with ODD, aged 7 to 12. This comparison may offer valuable insights for developing more effective intervention strategies for families dealing with ODD.

Method

The present study is a quasi-experimental research design of the pre-test-post-test-follow-up type with a control group. The

population of this research consisted of mothers of children aged 7 to 12 years diagnosed with ODD in Isfahan in 2023. From this population, sixty mothers who voluntarily expressed interest in taking part in the study were selected using a purposive sampling method. Initially, children aged 7 to 12 years with ODD were identified using Child Behavior Checklist and clinical interview. Subsequently, the mothers of these children were randomly assigned to three groups: DTT (20 participants), PBT (20 participants), and a control (20 participants). The research instruments included the latest validated version of the Child Symptom Inventory- 4 (CSI-4) (Gadow & Sprafkin, 33, 34, 37) and the Parenting Self-Efficacy Questionnaire (Domka et al.,) (35, 36). The DTT consisted of eight weekly group sessions, each lasting 60 minutes, focusing on distraction, improving the moment, self-soothing, and reflecting on the positive and negative aspects of distress tolerance. These sessions were developed and implemented based on the dialectical behavior therapy and distress tolerance techniques (37-40).

For the PBT, nine group sessions, each lasting 60 minutes, were conducted using the Parent Training Intervention by Kliethermes. The inclusion criteria for the study were as follows: 25% of the participants were under 30 years old, 33.3% were between 30 and 35 years old, 30% were between 36 and 40 years old, and 11.7% were over 40 years old. Additionally, 23.3% had a high school diploma or lower, 48.3% held a bachelor's degree, and 28.3% had a master's degree or higher. The exclusion criteria included not attending more than one session of the intervention. Data analysis was performed at the descriptive level using means and standard deviations and at the inferential level using analysis of variance (ANOVA) with the SPSS 26 software.

Results

The mean and standard deviation of maternal self-efficacy scores, obtained in the pre-test, post-test, and follow-up stages for the PBT, DT has increased and presented in Table 1.

Table 1. Summary of maternal self-efficacy scores by group and time

Group	Pre-test		Post-test		Follow-up	
	M	SD	M	SD	M	SD
DTT	39.30	3.85	43.45	4.22	45.30	3.43
PBT	40.10	3.35	46.15	3.23	49.30	3.40
Control group	39.80	4.26	39.95	4.47	40.00	4.18

The results of the analysis of variance test for examining the differences between groups in the self-efficacy variable show that the F value for the interaction effect of stages and groups on mothers' self-efficacy is ($F = 74.781, p = 0.001$). This finding suggests that the experimental and control groups significantly differ in terms of the research variable across three stages: pre-test, post-test, and follow-up.

The results of comparing the mean scores of the experimental groups (PBT and DTT) at the three stages (pre-test, post-test,

and follow-up) showed that the post-test scores of these two groups significantly increased about mothers' parenting self-efficacy. Specifically, a significant difference was observed between the pre-test and post-test scores ($p = 0.001$), as well as between the pre-test and follow-up scores ($p = 0.001$). These results indicate that the interventions conducted in both groups effectively improved mothers' parenting self-efficacy, with their scores in the post-test and follow-up stages being significantly higher than in the pre-test.

Additionally, the mean post-test scores of mothers' parenting self-efficacy in the behavioral parenting training and distress tolerance groups showed a significant difference compared to the follow-up scores ($p < 0.01$), indicating that the follow-up scores of mothers' parenting self-efficacy in both groups significantly increased compared to the post-test scores. The results comparing self-efficacy means across measurement occasions revealed that the distress tolerance technique ($F = 79.989$, $p = 0.001$) and behavioral parenting training ($F = 387.278$, $p = 0.001$) had a significant impact on mothers' parenting self-efficacy.

Furthermore, the Bonferroni test results showed that mothers' parenting self-efficacy in the PBT group significantly differed from the control group in the post-test and follow-up stages ($p = 0.001$). In the follow-up stage, mothers' parenting self-efficacy in the PBT group also significantly differed from the DTT group ($p = 0.003$), but there was no significant difference between these two groups in the post-test stage ($p = 0.113$). Finally, a significant difference was found between mothers' parenting self-efficacy in the DTT group and the control group in both the post-test and follow-up stages ($p < 0.05$).

Overall, the results show that both interventions had a positive and significant impact on mothers' parenting self-efficacy; however, the effect of the PBT intervention was greater in the follow-up stage compared to the DTT group.

Conclusion

The study aimed to compare the effectiveness of two interventions, DT and PBT, on maternal self-efficacy in mothers of children with ODD. The results showed that both interventions led to significant improvements in maternal self-efficacy, which were maintained during the follow-up period, thus confirming the findings (28). Moreover, this study also revealed that DTT had a significant effect on maternal self-efficacy, which is consistent with the research of Wilson et al. (35).

The lack of parenting skills in managing children's psychological problems, such as those exhibited by children with ODD can be a significant challenging behavior in parent-child relationships. DTT is aimed at helping mothers develop better coping skills and strategies when faced with defiant or agitated behaviors in their children, allowing them to respond to these situations more effectively and foster a healthier parent-child dynamic.

DTT training involves equipping mothers with skills like effective communication with their children, emotion

regulation, and setting proper boundaries, and limits. These skills can help parent better handle challenging behaviors in their children with ODD, ultimately enhancing parenting self-efficacy. Future research could explore the effectiveness of other interventions, such as parenting training based on choice theory, acceptance, and commitment parenting programs, in comparison to DTT, in helping children with ODD and their mothers cope with challenging behaviors and improve overall parent-child dynamics.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study is derived from a doctoral dissertation with the ethics code IR.IAU.SHK.REC.1400.043. The scientific permit for this study was issued by Shahrekord University under letter number 970001032 on February 17, 2021, and the executive permit for the sample individuals was issued by the Education Organization (Isfahan) on October 13, 2021, with letter number 750/520885/1700. Ethical considerations outlined in the American Psychological Association's publication guidelines and the ethical codes of the Iranian Psychological Association, such as confidentiality, the privacy of information, and obtaining written consent from the sample individuals, have been adhered to in this research.

Funding: This research was conducted without any financial support from any specific organization.

Authors' contribution: In this research, the first author served as the designer and main ideator of the study, responsible for data collection and manuscript writing; the second author, as the supervising professor, was responsible for protocol approval and oversight of data analysis; and the third author, as the consulting professor, was responsible for reviewing the research and editing the manuscript.

Conflict of interest: The conduct of this research did not lead to any conflicts of interest for the authors, and the results have been reported in a completely transparent and unbiased manner.

Data availability statement: All data from this research is held by the corresponding author and will be made available to other researchers upon reasonable request.

Consent for publication: The authors have fully consented to the publication of this article.

Acknowledgements: The authors would like to express their gratitude to all individuals who assisted them during the implementation of this study.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی تکنیک‌های تحمل‌آشفته‌گی و آموزش رفتاری والدین بر خودکارآمدپنداری مادران کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای

پریسا رضا اسکندری^۱، یوسف گرجی^{۲*}، طیبه شریفی^۳

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی تربیتی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

اختلال نافرمانی مقابله‌ای، آموزش رفتاری والدین، تحمل‌آشفته‌گی، خودکارآمدی

زمینه و هدف: اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری در کودکان است. مادران در بیشتر خانواده‌ها نقش مراقبتی و مسئولیت‌پذیری در برابر فرزندان دارند و با کشاکش بیشتری مواجه هستند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی تکنیک‌های تحمل‌آشفته‌گی و آموزش رفتاری والدین بر خودکارآمدپنداری مادران کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

روش: این پژوهش شبه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری ۳ ماهه با گروه گواه بود. اندازه‌گیری‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون (پس از ۸ هفته مداخله‌های تحمل‌آشفته‌گی و آموزش رفتاری والدین)، و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. جامعه پژوهش، مادران دارای کودکان ۷ تا ۱۲ سال با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند که از بین آنها ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در ۳ گروه ۲۰ نفری تحمل‌آشفته‌گی، آموزش رفتاری والدین و گواه جایدهی شدند. ابزار پژوهش شامل آخرین نسخه اعتباریابی شده سیاهه علائم مرضی کودکان (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۷) و خودکارآمدپنداری والدگری (دومکا و همکاران، ۱۹۹۶) در ایران بود. تحلیل‌ها توسط نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS و آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که هر دو برنامه آموزش تحمل‌آشفته‌گی ($F=79/989$) و آموزش رفتاری والدی ($F=387/278$) تأثیر معناداری بر خودکارآمدپنداری مادران داشته‌اند و نمرات این متغیر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری افزایش یافته است. همچنین خودکارآمدپنداری در دو نوبت پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آموزش رفتاری والدین و تحمل‌آشفته‌گی نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری داشته است. در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری بین گروه‌های آموزش رفتاری والدین و تحمل‌آشفته‌گی مشاهده شد، اما در پس‌آزمون، این تفاوت معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: آموزش تحمل‌آشفته‌گی و رفتاری والدین هر دودر افزایش خودکارآمدپنداری مادران کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر هستند؛ بنابراین بهتر است هر دو برنامه مداخله‌ای در بهبود سلامت روان مادران بسته به شرایط مورد استفاده قرار گیرند.

دریافت شده: ۱۴۰۳/۰۶/۲۰

پذیرفته شده: ۱۴۰۴/۰۲/۳۱

منتشر شده: ۱۴۰۴/۰۳/۰۲

* نویسنده مسئول: یوسف گرجی، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

رایانامه: Yo.gorgi@iau.ac.ir

تلفن: ۰۳۱-۳۳۶۶۰۰۱۱

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری در کودکان است (۱). این اختلال در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و نسخه بازنگری شده^۲ آن به عنوان الگوی خلقی/عصبی/تحریک‌پذیر و رفتار مجادله‌ای یا تلافی‌جویانه تعریف شده است که حداقل شش ماه تداوم داشته باشد. کودکان مبتلا به این اختلال برخلاف کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری^۳، پرخاشگر نیستند و رفتارهایی مانند تخریب اموال یا دزدی ندارند. علائم شامل نافرمانی، منفی‌گرایی، مشاجره با بزرگسالان، و سرزنش دیگران به دلیل اشتباهات خود است (۲). شیوع این اختلال در کودکان مدرسه‌رو بین ۴-۸ درصد و در بزرگسالان حدود ۳-۵ درصد گزارش شده است (۳، ۴). شواهدی نیز نشان می‌دهد که این رفتارها در ۲ تا ۱۶ درصد کودکان در سن مدرسه دیده می‌شود (۵، ۶). رفتارهای مقابله‌ای می‌تواند پیامدهای منفی قانونی و ارتباطی برای کودک داشته باشد و او را در معرض طرد یا تنفر از سوی همسالان قرار دهد (۷، ۸). این اختلال مشکلاتی را در زندگی کودک و اطرافیان او ایجاد می‌کند (۹).

مراقبت از کودکان حتی در بهترین شرایط، عملی کشاکش‌برانگیز^۴ است و گاهی در کنار مراقبت از کودکان، شرایطی به والدین تحمیل می‌شود که بر کشاکش‌های آنها می‌افزاید. کم‌توانی فرزند خانواده از جمله شرایطی است که مشکلات والدین و به تبع آن تنیدگی والدگری^۵ آنها را افزایش می‌دهد (۱۰). وجود یک کودک دارای مشکلات رفتاری در خانواده می‌تواند اعضای آن خانواده را با مشکلات فراوان و پیش‌بینی‌نشده‌ای مواجه کند (۱۱).

علاوه بر این، مادران در بیشتر خانواده‌ها نقش مراقبتی و مسئولیت‌پذیری بیشتری در برابر فرزندان دارند و با کشاکش بیشتری مواجه هستند (۱۲) به همین دلیل گاهی آنها در خودکارآمدپنداری والدینی^۶ با مشکلات زیادی مواجه می‌شوند (۱۳). خودکارآمدپنداری والدینی ساختاری شناختی مهم در ارتباط با عملکرد والدین است و به ارزیابی والدین نسبت به توانایی‌شان در ایفای نقش خود به عنوان مادر یا

پدر گفته می‌شود (۱۴). خودکارآمدپنداری والدینی علاوه بر تأثیری که بر نحوه تعامل مادر-کودک دارد، شیوه انضباطی، باور مادر درباره روش‌های والدگری و حتی حساسیت و پاسخگویی او را نیز پیش‌بینی می‌کند (۱۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند خودکارآمدپنداری والدینی ضعیف مادر با مشکلات هیجانی، عاطفی و رفتاری برونی‌سازی‌شده^۷ کودک ارتباط دارد (۱۶). مادران با سطوح پایین خودکارآمدپنداری در ارتباط با فرزندانشان گرمی و پاسخگویی پایین‌تری نشان می‌دهند (۱۷).

خودکارآمدپنداری والدینی بالا سبب تمایل والدین به رفتارهای مثبت (۱۹) و تصحیح و تغییر رفتار والدین در تعامل با فرزندان شود (۲۰). در پژوهشی نشان داده شد که مادران کودکان مضطرب، سطوح بالاتری از تعارض و سطوح کمتری از خودکارآمدپنداری را دارند. این یافته‌ها نشان‌دهنده ارتباط قوی بین اضطراب در کودکان و سبک‌های والدگری است (۱۷). دیگر پژوهشگران نشان دادند که آموزش والدگری مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری، خودکارآمدپنداری والدینی مادران گروه آزمایش را افزایش داده است. بنابراین مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به بهبود احساس کفایت و رضایت والدین از عملکرد خود در رابطه با کودک کمک کند (۱۶). در پژوهشی دیگر مشخص شد که افسردگی پس از زایمان ممکن است با کاهش خودکارآمدپنداری شیردهی مادر مرتبط باشد و مادر را در وضعیتی قرار دهد که به نقش مادری خود توجه کمتری داشته باشد. بنابراین، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی باید حمایت کافی را بر اساس نیازهای مادران فراهم کنند و پروتکل‌های تشخیصی و درمانی را برای بهبود سطح سلامت مادران توسعه دهند (۱۸).

در راستای درمانگری اختلالات کودکان، مدل‌های مختلفی مطرح شده است. مدل‌های سیستمی^۷ که اثر سیستم اجتماعی اولیه بر کودک و اختلال‌های روان‌شناختی بعدی او را مطرح کرده‌اند، ادعا می‌کنند که کانون آسیب، خود فرد (که به عنوان بیمار معرفی می‌شود) نیست، که در ارتباط‌های درونی اعضای خانواده است (۲۱). در روش‌های درمانی

4. Challenging
5. Parenting stress (PS)
6. Parental self-efficacy (PSE)
7. System models

- 1 Oppositional Defiant Disorder (ODD)
- 2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)
3. Conduct disorder (CD)

خانواده محور که بر اساس یادگیری اجتماعی تنظیم شده است و بر کاهش نشانه‌های سازش‌نیافته اختلال متمرکز است، والدین آموزش می‌بینند تا تعاملات مثبت را با کودک مبتلا، افزایش دهند و از تکنیک‌های تقویت مثبت^۱، ایجاد نظم و قانون غیرپرخاشگرانه، سرپرستی مؤثر و حل مسئله استفاده کنند. در واقع والدین متوجه می‌شوند که بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان بازتاب رفتارهای خود آنهاست (۲۲) و تقویت رفتار مطلوب و عدم توجه به پیامد منفی برای رفتار نامطلوب کودک می‌تواند رفتارهای او را تغییر دهد (۲۳) و تغییر رفتار والدین می‌تواند سبب کاهش رفتارهای مخرب کودک شود (۲۴).

والدین مهم‌ترین بخش محیط کودک هستند و بازخوردهای آنها، نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت کودک ایفا می‌کند. نخستین بازخوردهایی که کودک از محیط خود دریافت می‌کند، می‌تواند، اولین بخش از شخصیت او را شکل دهد؛ مثلاً وقتی والدین کودک خود را با صفت خاصی خطاب می‌کنند، او با توجه به ادراکی که از گفته والد دارد، آن را برای خود تعبیر می‌کند. نتیجه این تعبیر، صفتی است که ممکن است کمی با صفت مورد نظر والدین، متفاوت باشد، اما کودک آن را در ذهن خود تکرار می‌کند (۲۵). چون تعامل والد کودک تأثیر زیادی بر تحول هیجانی، شناختی‌ریال و رفتاری فرزندان می‌گذارد (۲۶)، آموزش رفتاری والدین به طور مثبت به کاهش تنیدگی والدین کمک می‌کند و احساس کارآمدی آنها را افزایش می‌دهد، همچنین رفتارهای آموزشی آنها را بهبود می‌بخشد. علاوه بر این، این نوع آموزش برای والدینی که فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دارند، می‌تواند به کاهش اختلالات بیرونی و بهبود مهارت‌های اجتماعی فرزندان منجر شود (۲۷). در یک آزمایش بالینی، تأثیر آموزش والدین آنلاین و حضوری در مقایسه با گروه انتظار بررسی شد. نتایج نشان داد که آموزش والدین در کاهش علائم اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بوده و نوع مداخله تأثیری نداشت. ترکیب درمان استاندارد و آموزش والدین همچنین با بهبود کیفیت زندگی در حوزه جسمانی برای بیماران و والدین همراه بود. داده‌ها نشان دادند که مداخله آنلاین می‌تواند برای والدگری و بهبود پذیرش اجتماعی کودکان مؤثر باشد و این راهبرد آنلاین با هزینه کم می‌تواند به مدیریت علائم والدین کمک کند (۲۸).

همچنین تحمل آشفتگی^۲ از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه بی‌نظمی عاطفی است. این واژه به عنوان فراهیجانی مفهوم‌سازی شده است و به عنوان یک صفت، نه حالت هیجانی در نظر گرفته می‌شود (۲۹). والدین با یادگیری تحمل آشفتگی که نحوه واکنش افراد به احساسات منفی است و شامل اطلاعات اضافی فراتر از آگاهی فرد از میزان احساسات منفی تجربه شده است (۳۰) می‌توانند اختلالات رفتاری فرزندش را کاهش دهد (۳۱). در پژوهشی دیگر مشخص شد که آموزش مهارت‌های تحمل آشفتگی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به افزایش معنادار خودکارآمدی والدگری در والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌شود (۳۲). در پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده شد که با استفاده از روش‌های شناختی-رفتاری، مادران قادر خواهند بود باورهای نادرست خود را در خصوص نقش والدین تصحیح کنند و به سمت تعاملات همدلانه‌تر و مؤثرتر با شریک زندگی خود حرکت کنند. نتایج این پژوهش می‌تواند به طراحی مداخلات هدفمند و مؤثر برای خانواده‌های دچار طلاق عاطفی کمک کند و نقش مهمی در بهبود کیفیت هم‌والدگری و سلامت روانی کودکان ایفا کند (۳۳). مادران به عنوان نزدیکترین فرد به کودک، بیشترین سهم را در آموزش و یادگیری او ایفا می‌کنند و آموزش مدیریت والدین و آموزش مبتنی بر شفقت هر دو به طور معناداری خودکارآمدپنداری مادران کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی‌شده را افزایش می‌دهند (۳۴).

با توجه به موارد بالا، ضرورت انجام این پژوهش به منظور بهبود خودکارآمدپنداری در مادران برای داشتن زندگی بهتر احساس شده است و با توجه به بررسی‌های انجام شده در پژوهش‌های قبلی تأثیر آموزش رفتاری والدین و آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی به طور مستقیم روی متغیر پژوهش انجام نشده است، بنابراین بررسی اثربخشی آموزش این تکنیک‌ها بر خودکارآمدپنداری والدین ضرورت پیدا کرد. این پژوهش با مقایسه این دو روش به پر کردن شکاف موجود در پیشینه پژوهشی کمک می‌کند و اطلاعات ارزشمندی را برای روان‌درمانگران و مشاوران فراهم می‌کند. کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای اغلب رفتارهای نافرمانی، لجبازی و پرخاشگری از خود نشان می‌دهند که می‌تواند منجر به تنش‌های خانوادگی، کاهش کیفیت زندگی و افزایش

1. Positive reinforcement

2. Distress Tolerance

تئیدگی والدین به ویژه مادران شود. همچنین با توجه به اینکه مادران این افراد اغلب احساس می‌کنند که توانایی کافی برای مدیریت رفتارهای کشاکش برانگیز فرزندان خود ندارند و این احساس منجر به کاهش اعتماد به خود و خودکارآمدپنداری والدگری می‌شود. ارائه مداخلاتی که بتواند خودکارآمدپنداری والدگری را افزایش دهد، ضروری است. این پژوهش درصدد است با بررسی میزان اثر بخشی آموزش‌های فوق بتواند گامی مؤثر در بهبود شرایط زندگی فردی و اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و همچنین افزایش حس خودکارآمدپنداری مادران بردارد. این پژوهش نه تنها به بررسی تاثیرات کوتاه مدت این مداخلات پرداخته است، بلکه تاثیرات آنها را در دوره پیگیری سه ماهه نیز بررسی کرده است. این موضوع نشان دهنده پایداری اثرات مداخلات است و به تصمیم‌گیری در مورد استفاده از این روش‌ها در برنامه‌های درمانی کمک می‌کند. نتایج این پژوهش می‌تواند به روان‌درمانگران، مشاوران حوزه کودک، والدین و معلمان کمک کند تا روش‌های مؤثرتری را برای مدیریت رفتار کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای انتخاب کنند. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند چشم‌اندازی روشن و عملی برای روان‌درمانگران و مشاوران حوزه کودک و همچنین والدین و معلمان فراهم کند. در نتیجه در این پژوهش به مقایسه اثر بخشی آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین بر خودکارآمدپنداری مادران کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداخته شد.

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر یک مطالعه شبه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماهه) با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش مادران دارای کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند که از بین آنها تعداد ۶۰ نفر از مادران با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بر این اساس ابتدا کودکان ۷ تا ۱۲ سال دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر اصفهان با استفاده از سیاهه علائم مرضی کودکان^۱ و مصاحبه بالینی مشخص شدند و در این پژوهش، انتخاب ۲۰

نفر برای هر گروه (تحمل آشفتگی، آموزش رفتاری والدین و گروه گواه) با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شده است. این روش به این دلیل انتخاب شده که به پژوهشگر این امکان را می‌دهد که نمونه‌هایی را به طور تصادفی از میان مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انتخاب کند، که این امر به کاهش تعصب و افزایش اعتبار نتایج کمک می‌کند. استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده به این معناست که هر یک از مادران دارای شرایط لازم برای ورود به پژوهش، شانس برابر برای انتخاب شدن به عنوان عضو گروه‌های آزمایش و کنترل دارند. این روش به پژوهشگر این اطمینان را می‌دهد که گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و دیگر عوامل مرتبط، مشابه هستند و این امر می‌تواند به تحلیل دقیق‌تر و معتبرتر نتایج کمک کند. انتخاب ۲۰ نفر برای هر گروه به دلیل حفظ تجانس و اندازه گروه انجام شده است. این تعداد به گونه‌ای انتخاب شده که بتواند به طور مؤثر و معنادار تفاوت‌های بین گروه‌ها را بررسی کند و در عین حال از نظر آماری قابل تحلیل باشد. با توجه به اینکه تعداد کل نمونه‌ها ۶۰ نفر بود، تقسیم آن به سه گروه ۲۰ نفری به پژوهشگر این امکان را می‌دهد که تأثیر هر دو نوع مداخله را با یک گروه کنترل مقایسه کند و نتایج قابل اعتمادی به دست آورد. ملاک‌های ورود به پژوهش برای نمونه‌های پژوهش شامل کسب نمره ۴ و بالاتر در غربالگری طبق سیاهه علائم مرضی کودکان توسط فرزند، عدم وجود مشکلات جسمانی و روانی خاص (مانند اعتیاد، افسردگی و ...) در مادران، مطلقه نبودن مادران و تمایل به شرکت در پژوهش به صورت داوطلبانه بود. ملاک خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از یک جلسه در جلسات مداخله بود. ۱۵ نفر (۲۵ درصد) از نمونه‌های پژوهش کمتر از ۳۰ سال، ۲۰ نفر (۳۳/۳ درصد) بین ۳۰ تا ۳۵ سال، ۱۸ نفر (۳۰ درصد) بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۷ نفر (۱۱/۷ درصد) بالاتر از ۴۰ سال سن داشتند. ۱۴ نفر (۲۳/۳ درصد) از نمونه‌های پژوهش دارای مدرک تحصیلی دیپلم و پایین‌تر، ۲۹ نفر (۴۸/۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و ۱۷ نفر (۲۸/۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر بودند.

1. Child symptom inventory-4 (CSI-4)

(ب) ابزار

۱. سیاهه علائم مرضی کودکان^۱: سیاهه علائم مرضی کودکان مقیاس درجه‌بندی رفتار است که گادو و اسپرافکین^۲ (۳۳) به منظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی برای کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی کرده‌اند. آخرین ویرایش سیاهه علائم مرضی کودکان همانند نسخه‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۱۲ گویه است و هر یک از عبارات مذکور، در مقیاس چهار درجه‌ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات، و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود. در این پژوهش از گویه‌های ۱۹ تا ۲۶ سیاهه علائم مرضی کودکان برای غربالگری کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده شده است. در این پژوهش به علت کارآمدی و اطمینان بیشتر، شیوه نمره گذاری غربال کننده تحلیل شد (هرگز = ۰، گاهی = ۱، اغلب = ۲، بیشتر اوقات = ۳) و کودکانی که نمره ۵ و بالاتر گرفتند دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده شدند. لازم به ذکر است که دامنه نمرات بین صفر تا ۸ بود. سیاهه علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده است. بررسی پایایی فرم والد سیاهه علائم مرضی کودکان از طریق اجرای مجدد تست در پژوهش گادو و اسپرافکین (به نقل از ۳۳) نشان داد که پایایی باز آزمایی برای همه طبقه‌های سیاهه علائم مرضی کودکان در سطح $p < 0/001$ معنادار بود. دیگر پژوهشگران (۳۴) نیز روایی سازه سیاهه علائم مرضی کودکان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که نمره‌های سیاهه علائم مرضی کودکان با دیگر ابزارهای مشابه، همبستگی مثبتی دارند. بررسی روایی و اعتبار فرم والد سیاهه علائم مرضی کودکان در پژوهشی دیگر نشان داد سیاهه از روایی مناسب و اعتبار نسبتاً مناسبی برای کودکان ایرانی برخوردار است. برآورد اعتبار فرم والد سیاهه علائم مرضی کودکان از طریق اجرای مجدد تست با فاصله زمانی دو هفته ضرایب ۰/۲۹ برای اختلال هراس اجتماعی تا ۰/۷۶ برای اختلال رفتار هنجاری برآورد شد که به استثنای اختلال هراس اجتماعی همگی در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار بود. به منظور سنجش اعتبار پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار این ضریب بالای ۰/۷ به دست آمد و همین طور از

روایی محتوا به منظور آزمون روایی پرسشنامه استفاده شد. علاوه بر این نتایج حاصل از محاسبه حساسیت، ویژگی و نقطه برش اختلال‌های موجود در سیاهه علائم مرضی کودکان نشان داد که فرم والد سیاهه در هریک از اختلال‌های نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، نوع بی‌توجهی غالب، نوع فزون‌کنشی - غالب، نوع فزون‌کنش، لجبازی و نافرمانی، اختلال رفتار هنجاری اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، افسرده‌خوبی، اوتیسم، هراس اجتماعی، اضطراب جدایی و اختلال‌های تک‌نشانه‌ای همچون هراس خاص، وسواس - بی‌اختیاری و تیک حرکتی کلامی از نقاط برش مناسب با حساسیت و ویژگی بالا برای شناسایی و غربال کردن کودکان واجد این اختلال‌ها از کودکان سالم برخوردار است (۳۷).

۲. مقیاس خودکارآمدی والدگری دومکا^۳: این سیاهه نخستین بار توسط دومکا و همکاران (۳۵) برای ارزیابی خودکارپنداری والدینی مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس شامل ۱۰ گویه (۵ گویه مثبت و ۵ گویه منفی) بوده و حس کلی والدین از اطمینان در نقش والد را می‌سنجد. گویه‌های این سیاهه هم برای پدر و هم برای مادر قابل استفاده بوده و هدف از طرح این سیاهه بررسی و ارزیابی میزان خودکارپنداری والدگری در پدر و مادر است. نمره‌گذاری سیاهه بر اساس طیف لیکرت و از ۱ تا ۷ (مخالف نمره ۱ تا موافق نمره ۷) امتیازبندی شده است. گویه‌های ۱-۳-۵-۶-۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات این مقیاس در دامنه‌ای از ۱۰ تا ۷۰ را خواهد داشت. نمرات پایین موافقت کمتر و نمرات بالاتر موافقت بیشتر را نشان می‌دهد. نمرات بین ۱۰ تا ۲۰ میزان خودکارآمدی والدگری پایین، نمره ۲۰ تا ۴۰ میزان خودکارآمدی والدگری متوسط، و نمره بالاتر از ۴۰ میزان خودکارآمدی والدگری بالا را نشان می‌دهد. در پژوهش‌های مختلف، پایایی ابزارها به تفکیک به این صورت گزارش شده است: دومکا و همکاران (۳۵)، اعتبار سیاهه را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و در پژوهشی دیگر (۳۶) با ۰/۷۳ به دست آورده‌اند، در حالی که پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ سیاهه را ۰/۷۴۷ اعلام کرده است که نشان‌دهنده تأیید مناسب بودن اعتبار ابزار است. همچنین، روایی محتوایی این مقیاس در پژوهش عاشوری و همکاران ۰/۷۹ گزارش شد و در پژوهش حاضر نیز روایی صوری و

3. Parenting Self-Efficacy Questionnaire (Domka)

1. Child Symptom Inventory- 4
2. Gadow, K. D., & Sprafkin, J.

محتوایی سیاهه مورد تأیید متخصصان قرار گرفته است، که اعتبار محتوایی ابزار را تأیید می‌کند.

(ج) معرفی برنامه‌های مداخله‌ای

۱. تکنیک‌های تحمل آشفستگی. تحمل آشفستگی تحت عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالت‌های روان‌شناختی منفی تعریف می‌شود. آشفستگی می‌تواند نتیجه فرآیندهای جسمانی یا شناختی باشد اما به صورت یک حالت هیجانی نشان داده می‌شود که اغلب با گرایش‌های عمل برای تکوین تجربه هیجانی مشخص می‌شود. تحمل آشفستگی یک سازه فراهیجانی در نظر گرفته می‌شود که ارزیابی‌ها و انتظارات شخصی برای تجربه حالات هیجانی منفی به ویژه ۱. تحمل‌پذیری و گریز ۲. ارزیابی و پذیرش ۳. تمایل به جذب کردن توجه یا آشفته کردن عملکرد و ۴. تحمل هیجان‌ات به ویژه قدرت متوالی گرایش‌های عمل جهت اجتناب یا تضعیف فوری آن هیجان است (۳۷). تکنیک‌های تحمل آشفستگی بر اساس

کتاب‌های رفتاردرمانی دیالکتیک لینهان (۳۸) و کتاب تحمل پریشانی: نظریه، پژوهش و کاربردهای بالینی زولنسکی و همکاران (۳۹) توسط نویسندگان تدوین شده است. اعتبار برنامه تدوین شده توسط پژوهشگران این مقاله و متخصصان در حوزه مربوطه تأیید شده است (با روش‌های شاخص و نسبت روایی محتوا). این موضوع تأیید نشان‌دهنده این است که محتوای برنامه به خوبی با اصول و مبانی نظری و عملی تکنیک‌های تحمل آشفستگی همخوانی دارد و می‌تواند به عنوان یک ابزار معتبر در زمینه رفتاردرمانی دیالکتیک و تحمل پریشانی مورد استفاده قرار گیرد. آموزش تکنیک‌های تحمل آشفستگی شامل ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود که به صورت هفتگی (هر هفته یک جلسه) و گروهی اجرا شد. برنامه آموزشی بر پایه حواس‌پرتهی، بهتر کردن لحظه، خودآرام‌بخشی و فکر کردن درباره جوانب مثبت و منفی عدم تحمل پریشانی تدوین شد. خلاصه‌ای از این جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش تکنیک‌های تحمل آشفستگی

جلسات	اهداف	تکلیف منزل
پیش جلسه	اجرای سیاهه پیش‌آزمون و آشنایی با افراد، دادن پیش‌آگاهی درباره مهارت‌های تحمل آشفستگی	-
یکم	آموزش مهارت‌های توجه برگردانی (کمک به افراد برای معطوف کردن توجه خود بر چیزهای دیگر)	شرکت در فعالیت‌های گروهی ورزشی، تفریحی، کارهای مشارکتی خیریه
دوم	کشف ایده‌های جدید آرام‌سازی (تلاش برای شناخت موقعیت‌های سخت‌تر و راهکارهای تحمل افراد دیگر)	مقایسه خود با افراد دیگر که در موقعیت مشابه او هستند از نظر واکنش‌های آشفستگی
سوم	خودآرام‌سازی با حواس (استفاده از حواس پنجگانه برای آرام‌سازی)	۱. دیدن جاها و تصویر زیبا مانند طبیعت و افراد مورد علاقه ۲. بویدن عطر دلخواه، رایحه‌های آرام‌بخش، بوی مطبوع غذا ۳. نوشیدن آب و دمنوش‌های آرام‌بخش ۴. دوش گرفتن، استراحت کردن، تمرین‌های یوگا ۵. شنیدن موسیقی دلخواه، صداها، مطبوع طبیعت
چهارم	بهبود بخشیدن به لحظه (استفاده از فنون تمرکز بر لحظه حال و موقعیتی است که در آن حضور دارند)	۱. پرسش از افکار و احساسات خود در لحظه ۲. تلاش برای انجام یک کار و تمرکز بر آن
پنجم	افزایش تحمل از طریق معنا درمانی (تغییر دیدگاه نسبت به اتفاق دردناک)	۱. پیدا کردن معنای زندگی ۲. اندیشیدن درباره رسالت خود و هدف زندگی
ششم	معنویت درمانی (نیرو گرفتن از پروردگار برای تحمل رنج)	آرام‌سازی با نماز و عبادت
هفتم	مدیریت شناختی هیجان‌ات برای کنترل آشفستگی بررسی وضعیت (بررسی سیر تغییرات خود و میزان تحمل رنج)	۱. بررسی مناسب بودن یا نبودن روش تخلیه هیجان ۲. پیدا کردن روش‌های جدید تخلیه هیجان
هشتم	درک سود و زیان تحمل و عدم تحمل (تمرکز بر تحمل آشفستگی هیجانی)	۱. فکر کردن راجع به منافع رنج و آشفستگی ۲. مزایا و معایب چه مشکلات تحمل هیجان‌ات و عدم توان تحمل آشفستگی

۲. تکنیک‌های آموزش رفتاری والدین. آموزش رفتاری والدین یکی از مداخلات رفتاری است که به طور گسترده برای کودکان دارای مشکلات رفتاری استفاده می‌شود. در آموزش رفتاری والدین با وجود درمانگران، به والدین آموزش می‌دهند تا بتوانند با دقت به تعریف مشکلات رفتاری بپردازند. آموزش رفتاری والدین یا روش‌های مدیریت رفتاری به والدین می‌آموزد که با شناخت پیشامدها و پیامدهای رفتارهای نامناسب فرزندان خود، نظارت بر این رفتارها، نادیده انگاشتن و استفاده از روش‌های تنبیهی مثبت همچون محروم کردن و جریمه کردن، رفتارهای فرزندان خود را تغییر دهند. در این پژوهش برای تکنیک‌های آموزش رفتاری والدین از مداخله آموزش والدینی (۴۰) براساس کتاب کودکان نافرمان: برنامه آموزش والدین راهنمای روان‌شناسان بالینی برای ارزیابی و درمان مشکلات رفتاری و نافرمانی کودکان استفاده شد. تکنیک‌های آموزش رفتاری والدین در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی انجام شد. در جلسات ابتدا تکالیف هفته قبل مورد بررسی قرار می‌گرفت و سپس موضوع مورد نظر در جلسه مطرح می‌شد و از نمونه‌ها خواسته می‌شد تا در بحث گروهی شرکت کنند. سپس تکلیف جلسه آینده مشخص شده و اعضا به انجام تکالیف جلسه بعد تشویق می‌شدند و در پایان جلسه

جمع‌بندی از مطالب ارائه شده در آن جلسه به عمل می‌آمد که خلاصه‌ای از این جلسات در جدول ۲ ارائه شده است. اعتبارسنجی تکنیک‌های آموزش رفتاری والدین در این پژوهش به منظور اطمینان از کارایی و اثربخشی مداخلات انجام شد. این فرآیند شامل چند مرحله اساسی بود. ابتدا پروتکل آموزشی تدوین شده با همکاری متخصصان حوزه روان‌شناسی و آموزش والدین مورد بررسی قرار گرفت تا اطمینان حاصل شود که محتوای آن با اصول علمی و نظریات معتبر همخوانی دارد. سپس جلسات آزمایشی با گروهی از والدین برگزار شد تا بازخوردهای آنها در مورد روش‌ها و مطالب آموزشی جمع‌آوری شود. این بازخوردها به شناسایی نقاط قوت و ضعف پروتکل کمک کرد و اصلاحات لازم بر اساس نیازهای والدین انجام شد. در مرحله بعد، اعتبار پروتکل با استفاده از روش‌های آماری مانند تحلیل روایی محتوایی (شاخص و نسبت روایی محتوا) تأیید شد. این مراحل به پژوهشگران کمک کرد تا اطمینان حاصل کنند که تکنیک‌های آموزش رفتاری والدین می‌تواند به طور مؤثر در بهبود رفتارهای فرزندان و مدیریت مشکلات رفتاری آنها مورد استفاده قرار گیرد.

جدول ۲: خلاصه جلسات آموزش تکنیک‌های آموزش رفتاری والدین

جلسه	اهداف	تکلیف منزل
پیش‌جلسه	اجرای سیاهه پیش‌آزمون و آشنایی با افراد، دادن پیش‌آگاهی درباره تکنیک‌های آموزش رفتاری والدین	
یکم	آموزش علل رفتار متمرده کودکان به والدین / توصیه مؤکد به والدین برای شناسایی آن دسته از علل یا عوامل رفتار متمرده که ممکن است در خانواده وجود داشته باشد. / تشویق والدین به آغاز چاره‌اندیشی برای علل نافرمانی‌هایی که امکان رفع آنها در خانواده وجود دارد.	اگر والد سیاهه مشکلات خانواده را در خلال جلسه پر نکرده باشد، باید در طی هفته آن را پر کنند.
دوم	توجه مثبت: / آموزش روش‌های توجه به رفتار مثبت کودک به والدین در عین نادیده گرفتن افتراقی رفتار منفی/ ملزم کردن والدین به تمرین مهارت‌های توجه مثبت در خانه در طی هفته/ آغاز برقراری الگوی تعاملی مثبت‌تر بین والد و کودک	والد باید درباره آنچه هر روز در طی زمان خاص انجام می‌دهد و چگونگی واکنش کودک، چندجمله‌ای را در یک دفترچه یادداشت ثبت کند.
سوم	افزایش پیروی و بازی مستقل: آموزش استفاده از مهارت‌های کارآمد توجه به والدین به منظور افزایش پیروی آتی کودک از دستورات والدین/ افزایش کارآمدی دستورات والدین در برانگیختن پیروی کودک/ افزایش استفاده والدین از مهارت‌های کارآمد توجه به منظور پیروی مستقل و غیر محل کودکان/ افزایش نظارت والدین بر رفتار کودک در خانه و محله	اجرای آموزش‌های داده شده در طول هفته در منزل و ثبت مشکلات پیش آمده برای بحث در جلسه آینده
چهارم	آموزش کاربرد ژتون و امتیاز دادن: برقرار کردن نظام صوری برای دادن امتیازاتی به کودک در صورت اطاعت وی با اجرای روش ژتونی در خانه/ افزایش توجه والدین به اطاعت و رفتار اجتماعی مناسب کودک و تقویت آنها/ کاهش امتیاز دادن دلبخواهی والدین به کودک	والد باید فهرستی از رفتارهای هدف کودک و پاداش‌های اعطا شده به کودک برای تقویت رفتار مثبت تهیه نماید. هم چنین لازم است والدین مدت هر پاداش را هم ثبت کنند. پیش از ترک جلسه، والد باید رفتار مثبتی را که در این هفته مشمول پاداش می‌شود و نیز میزان و نحوه پاداش دهی را به اطلاع درمانگر برساند.

<p>والدین باید در کنار اجرای رویه محروم سازی، تک تک موارد به کارگیری آن را در دفتر یادداشت ثبت کنند اینکده کودک چه کاری انجام داده که مشمول محروم سازی شده و به نظر والدین اجرای رویه چقدر مطلوب بوده است. همچنین لازم است والدین مدت هر تقویت محروم سازی را هم ثبت کنند. پیش از ترک جلسه، والد باید در رفتار خودسرانه ای را که در این هفته مشمول محروم سازی قرار خواهند داد و نیز مکان در نظر گرفته شده در خانه را برای محروم سازی به اطلاع درمانگر برسانند.</p>	<p>محروم سازی و دیگر روش های انضباطی: گنجاندن استفاده از جریمه در روش ژتونی خانگی به عنوان مجازات خودسری و رفتار اجتماعی غیرقابل قبول/آموزش استفاده از یک روش مؤثر محروم سازی (جداسازی) به والدین به عنوان مجازات بدرفتاری انجام شده توسط کودک</p>	پنجم
<p>پس از پایان جلسه گفت‌وگو درباره دو رفتار خودسرانه جدید که باید در هفته آینده مشمول محروم سازی قرار گیرند با درمانگر انجام می‌شود؛ مانند هفته قبل، والدین باید به ثبت موارد استفاده خود از محروم سازی ادامه دهند.</p>	<p>تعمیم محروم سازی به دیگر بدرفتاری ها: گره گشایی و حل مشکلاتی که والدین هنگام استفاده از روش محروم سازی برای کودک با آنها مواجه می‌شوند/تعمیم استفاده از روش محروم سازی در جای مناسب، به فرمان‌ها یا قوانین دیگری که زمینه‌ساز خودسری‌اند.</p>	ششم
<p>والد باید به استفاده از همه روش‌هایی که پیش‌تر در این برنامه آموزش داده شد ادامه دهد. والد باید برای هفته آینده دو مراجعه ساختگی به فروشگاه یا دیگر مکان‌های عمومی، تنها به منظور تمرین مراحل بالا، ترتیب دهد. والد می‌تواند اطلاعات این تمرین‌ها را ثبت کند تا درمانگر در جلسه آینده بررسی کند.</p>	<p>مدیریت کودکان در مکان‌های عمومی: آموزش والدین در جهت تطابق روش‌های آموزش داده شده مدیریت کودک برای استفاده در مکان‌های عمومی/آموزش رویه چهارمرحله‌ای «بلند فکر کردن-پیش‌اندیشی کردن» به والدین برای پیش‌بینی و کاهش بدرفتاری علنی کودکان/آموزش والدین به منظور استفاده بدین ترتیب به چهار مرحله‌ای قبل از گذر به فعالیت‌های عمده‌ای که بروز بدرفتاری در آنها انتظار می‌رود.</p>	هفتم
<p>رفع مشکلات رفتاری آینده: تشویق والدین به فکر کردن درباره مشکلات رفتاری احتمالی آینده که ممکن است تجربه کنند و اینکه چگونه می‌توانند با استفاده از روش‌های قبلی به این مشکلات بپردازند. آماده کردن والدین برای پایان دادن به درمان در صورتی که نوع دیگری از درمان برای این خانواده لازم نباشد. جلسه توان‌افزایی و ملاقات‌های تکمیلی: بررسی عملکرد والدین در اجرای همه رویه‌های آموزش داده شده و تصحیح آنها در صورت لزوم/توجه به ادامه یا توقف اجرای روش ژتونی خانگی/بررسی استفاده از کارت گزارش روزانه رفتار در مدرسه و برنامه‌ریزی برای توقف آن در زمان مناسب/گفت‌وگو درباره هر نوع نیاز کودک به درمان اضافی دارویی اختلالات و ارجاع مناسب برای چنین درمانی/ارزیابی مجدد ماهیت و میزان اختلالات رفتاری محل کودک در مرحله پس از درمان</p>	<p>رفع مشکلات رفتاری آینده: تشویق والدین به فکر کردن درباره مشکلات رفتاری احتمالی آینده که ممکن است تجربه کنند و اینکه چگونه می‌توانند با استفاده از روش‌های قبلی به این مشکلات بپردازند. آماده کردن والدین برای پایان دادن به درمان در صورتی که نوع دیگری از درمان برای این خانواده لازم نباشد. جلسه توان‌افزایی و ملاقات‌های تکمیلی: بررسی عملکرد والدین در اجرای همه رویه‌های آموزش داده شده و تصحیح آنها در صورت لزوم/توجه به ادامه یا توقف اجرای روش ژتونی خانگی/بررسی استفاده از کارت گزارش روزانه رفتار در مدرسه و برنامه‌ریزی برای توقف آن در زمان مناسب/گفت‌وگو درباره هر نوع نیاز کودک به درمان اضافی دارویی اختلالات و ارجاع مناسب برای چنین درمانی/ارزیابی مجدد ماهیت و میزان اختلالات رفتاری محل کودک در مرحله پس از درمان</p>	هشتم
		نهم

(د) روش اجرا: ابتدا پس از دریافت مجوزهای لازم از آموزش و پرورش شهر اصفهان و مراکز مشاوره که حاضر به همکاری با تیم پژوهش بودند، سیاهه الکترونیک علائم مرضی کودکان طراحی شده در سایت پرس‌لاین در اختیار مدارس و مراکز مشاوره شهر اصفهان قرار گرفت تا والدین کودکان ۷ تا ۱۲ ساله اقدام به تکمیل سیاهه کنند. در مرحله یکم و برای دسترسی به تمامی جامعه آماری ابتدا سیاهه به صورت آنلاین طراحی شد و لینک سیاهه برای تمامی مادران ارسال شد. سیاهه الکترونیک علائم مرضی کودکان توسط تعداد زیادی از والدین کودکان ۷ تا ۱۲ ساله تکمیل شد و پس از غربالگری افرادی که فرزندان آنان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود با آنان تماس گرفته شد و پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش و انجام مصاحبه بالینی، تعداد ۶۰ نفر از والدین واجد شرایط طبق ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۲۰ نفری تحمل آشفتگی (۲۰ نفر)، آموزش رفتاری

والدین (۲۰ نفر)، و گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. پس از انجام پیش‌آزمون، گروه‌های آزمایش به مدت ۸ هفته مداخله‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین را به صورت جداگانه در به صورت آنلاین دریافت کردند و پس از ۸ هفته دوباره از نمونه‌های پژوهش پس‌آزمون به عمل آمد. مکان اجرای این مداخلات، بسترهای آنلاین بود که به والدین این امکان را می‌داد تا در هر زمان و مکانی به جلسات دسترسی داشته باشند. زمان برگزاری این جلسات به گونه‌ای برنامه‌ریزی شد که والدین بتوانند به راحتی در آنها شرکت کنند و معمولاً در ساعات بعدازظهر یا شب برگزار می‌شد. فرد مداخله‌کننده در این پژوهش، یک روان‌شناس بالینی با تجربه در زمینه آموزش والدین و مدیریت رفتار کودکان بود. این فرد مسئول طراحی و اجرای جلسات آموزشی، ارائه مطالب و تکنیک‌های لازم به والدین، و همچنین نظارت بر پیشرفت و تعامل والدین در طول دوره مداخله بود. همچنین، فرد مداخله‌کننده به سوالات والدین پاسخ می‌داد و

محرمانه خواهد بود. در پایان تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS26 انجام شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های تحمل آشفتگی، آموزش والدین و گواه در جدول ۳ گزارش شده است.

در صورت نیاز، مشاوره‌های فردی نیز ارائه می‌کرد. این شیوه به والدین کمک کرد تا با تکنیک‌های مدیریت رفتار آشنا شوند و بتوانند به طور مؤثری با چالش‌های رفتاری فرزندان خود مقابله کنند. همچنین پس از ۳ ماه از تاریخ پس آزمون، نمونه‌های پژوهش مجدداً در آزمون پیگیری شرکت کردند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، توضیحات کامل در زمینه اهداف پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی به نمونه‌های پژوهش ارائه شد و به مادران اطمینان داده شد که به هر دلیلی و در هر زمانی می‌توانند به حضور خود در پژوهش پایان دهند و پاسخ‌های آنها

جدول ۳: توصیف متغیر خودکارآمدی به تفکیک گروه‌های پژوهش و نوبت‌های اندازه‌گیری

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل آشفتگی	۳۹/۳۰	۳/۸۵۳	۴۳/۴۵	۴/۲۲۳	۴۵/۳۰	۳/۴۳۵
آموزش والدین	۴۰/۱۰	۳/۳۵۴	۴۶/۱۵	۳/۲۳۲	۴۹/۳۰	۳/۴۰۴
گواه	۳۹/۸۰	۴/۲۶۲	۳۹/۹۵۰	۴/۴۷۷	۴۰/۰۰	۴/۱۸۰

واریانس با تکرار سنجش استفاده شد. در این پژوهش یک عامل درون‌آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری بود و یک عامل بین‌آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی بود؛ بنابراین طرح مورد استفاده طرح درون-بین‌آزمودنی^۱ است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای گروه‌ها ارائه شده است.

برای بررسی نرمال بودن داده‌های پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد توزیع مقادیر خودکارآمدی والدگری در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری و در گروه‌های آموزش رفتاری والدین، تحمل آشفتگی، و گواه از توزیع نرمال پیروی می‌کند ($P > 0/05$) بر این اساس برای بررسی تأثیر تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین بر خودکارآمدی مادران کودکان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای از تحلیل

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر خودکارآمدی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
	گروه‌ها	۸۳۲/۸۴۴	۲	۴۱۶/۴۲۲	۱۰/۰۰۷	۰/۰۰۱
خودکارآمدی مادران	مراحل	۸۲۱/۷۴۴	۲	۴۱۰/۸۷۲	۲۸۵/۳۱۶	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل با گروه	۴۳۰/۷۵۶	۴	۱۰۷/۶۸۹	۷۴/۷۸۱	۰/۰۰۱

و گواه از لحاظ متغیر پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر خودکارآمدی مادران (۷۴/۷۸۱) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش

جدول ۵: نتایج مقایسه میانگین خودکارآمدی در گروه‌های پژوهش

نوبت	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین	سطح معناداری
آموزش رفتاری والدین	پیش آزمون	پس آزمون	-۶/۰۵۰	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۹/۲۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۳/۱۵۰	۰/۰۰۱
تحمل آشفتگی	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۱۵۰	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۶/۰۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۸۵۰	۰/۰۰۳
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۸۵۰	۰/۰۰۳

نتایج نشان داد در گروه‌های آموزش رفتاری والدین و تحمل آشفتگی میانگین نمرات پیش آزمون متغیر خودکارآمدی والدگری مادران تفاوت معناداری با نمرات پس آزمون ($p = ۰/۰۰۱$) و پیگیری ($p = ۰/۰۰۱$) متغیر خودکارآمدی والدگری مادران دارد که نتایج نشان می‌دهد نمرات پس آزمون و پیگیری متغیر خودکارآمدی والدگری مادران در گروه‌های آموزش رفتاری والدین و گروه تحمل آشفتگی، افزایش معناداری نسبت به پیش‌آزمون داشته‌اند. همچنین میانگین نمرات

پس‌آزمون متغیر خودکارآمدی والدگری مادران در گروه‌های آموزش رفتاری والدین و تحمل آشفتگی تفاوت معناداری با نمرات پیگیری ($p < ۰/۰۱$) دارد که نشان می‌دهد نمرات پیگیری متغیر خودکارآمدی والدگری مادران در گروه‌های آموزش رفتاری والدین و تحمل آشفتگی افزایش معناداری نسبت به پس‌آزمون داشته است.

جدول ۶: نتایج مقایسه میانگین خودکارآمدی در نوبت‌های اندازه‌گیری

نوبت	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین	سطح معناداری
پس‌آزمون	آموزش رفتاری والدین	تحمل آشفتگی	۲/۷۰۰	۰/۱۱۳
	آموزش رفتاری والدین	گواه	۶/۲۰۰	۰/۰۰۱
	تحمل آشفتگی	گواه	۳/۵۰۰	۰/۰۲۳
پیگیری	آموزش رفتاری والدین	تحمل آشفتگی	۴/۰۰۰	۰/۰۰۳
	آموزش رفتاری والدین	گواه	۹/۳۰۰	۰/۰۰۱
	تحمل آشفتگی	گواه	۵/۳۰۰	۰/۰۰۱

همچنین نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که خودکارآمدی والدگری مادران در گروه آموزش رفتاری والدین در نوبت‌های پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با گروه گواه دارد ($p = ۰/۰۰۱$). همچنین خودکارآمدی والدگری مادران در گروه آموزش رفتاری والدین در نوبت پیگیری تفاوت معناداری با گروه تحمل آشفتگی دارد اما تفاوت معناداری بین خودکارآمدی والدگری مادران در گروه آموزش رفتاری والدین و گروه تحمل آشفتگی در پس‌آزمون وجود ندارد ($p = ۰/۱۱۳$). همچنین تفاوت معناداری بین خودکارآمدی والدگری مادران در گروه تحمل آشفتگی و گروه گواه در دو نوبت پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین بر خودکارآمدی مادران کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۷ تا ۱۲ سال اصفهان بود. نتایج پژوهش نشان داد تکنیک آموزش رفتاری والدین بر خودکارآمدی مادران تأثیر معناداری دارد و این تأثیر در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است. خودکارآمدی والدین به قضاوت والدین درباره توانایی آنها در انجام موفقیت‌آمیز وظایف مهم والدین مربوط می‌شود. در تبیین این فرض می‌توان بیان داشت که آموزش رفتاری والدین به صورت معناداری موجب افزایش خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شد. این روش درمانی با تمرکز بر تغییر الگوهای تعاملی ناکارآمد

و آموزش مهارت‌های والدگری مثبت مانند تقویت رفتارهای مطلوب، ایجاد گرمی عاطفی و تنظیم هیجانی، به اصلاح باورهای ناکارآمد مادران در مورد توانایی‌های والدگری آنها پرداخت. مطابق یافته‌های پژوهش، مادران پس از دریافت این آموزش‌ها اعتماد به خود بیشتری در مدیریت رفتارهای کشاکش‌برانگیز کودک خود پیدا کردند. آنها آموختند که چگونه با استفاده از تکنیک‌هایی مانند عدم تقویت رفتارهای منفی و به کارگیری پیامدهای سازنده، چرخه تعاملات منفی با کودک را بشکنند. این فرایند نه تنها موجب بهبود پردازش شناختی مادران شد، که با کاهش تنیدگی روانی ناشی از تعاملات روزمره، به تثبیت خودکارآمدپنداری آنها در دوره پیگیری نیز انجامید.

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که والدینی که خودکارآمدی بالایی دارند، تمایل بیشتری به رفتارهای مثبت والدین دارند که به نوبه خود رشد فرزندانشان را افزایش می‌دهد (۱۹). والدینی که خودکارآمدی پایینی دارند بیشتر به روش‌های خشن و مستبدانه متوسل می‌شوند، در حالی که والدین با خودکارآمدپنداری بالاتر از روش‌های والدگری مثبت‌تری مانند گرمی، محبت مثبت حساس، انطباق، و تنظیم استفاده می‌کنند. فرزندان والدینی که خودکارآمدپنداری پایینی دارند، لجبازتر و کمتر سازش‌یافته هستند که در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای این مسئله مشهود است (۱۸). تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین به والدین آموزش می‌دهد که در موقعیت‌های مشکل‌ساز در ارتباط با کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای چگونه رفتار مناسبی را بروز دهند تا سازش‌یافتگی فرزندان خود را افزایش و لجبازی آنها را کاهش دهند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش رفتاری والدین بر خودکارآمدپنداری مادران کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر معناداری دارد که با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۷-۳۰) همسویی دارد. برای تبیین یافته کنونی، لازم به ذکر است که یکی از مفروضات و عوامل ایجاد کشاکش در روابط والدین و فرزند که منجر به تشدید مشکلات روانی و عاطفی در کودکان می‌شود، مربوط به عدم مهارت والدین در برخورد با مسائل روانی کودکان با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. پرداختن به برخی از مسائل و کمبودهای والدین در برخورد با فرزندان و آموزش روش‌ها و فنون رفتاری مناسب، از بروز روابط متعارض چه از نظر جسمی و چه از نظر عاطفی با فرزندان می‌کاهد.

این فرآیند به بهبود پردازش شناختی و خودکارآمدپنداری والدین منجر می‌شود. علاوه بر این، آموزش رفتاری به والدین این امکان را می‌دهد که فرصت‌های کافی برای نزدیک شدن به فرزند خود پیدا کنند، به ویژه در شرایطی که والدین هنوز آمادگی پذیرش و کمک به فرزند خود را ندارند. در واقع، آموزش رفتاری والدین برای کودکان مبتلا به علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای به درک بهتر شرایط تحول کودک منجر می‌شود و همچنین شرایطی را برای والدین فراهم می‌کند و به آنها فرصتی می‌دهد تا تنیدگی‌ها و فشارهای روانی ناشی از تعاملات روزانه با کودک خود را تخلیه کنند و به نتیجه برسند.

همچنین در تبیین فرض تاثير تکنیک تحمل آشفتگی بر خودکارآمدپنداری مادران می‌توان گفت که تکنیک‌های تحمل آشفتگی نیز اگرچه به افزایش خودکارآمدپنداری مادران منجر شد، اما مکانیسم تأثیر آن با آموزش رفتاری والدین متفاوت بود. این روش درمانی عمدتاً بر آموزش مهارت‌های مدیریت هیجانات مانند تنظیم عواطف، تحمل پریشانی، و برقراری ارتباط مؤثر متمرکز بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، این مهارت‌ها به مادران کمک کرد تا در مواجهه با رفتارهای دشوار کودک، واکنش‌های تکانشی کمتری نشان دهند. مطالعات نشان داد که این روش موجب شد مادران احساس مهارگری بیشتری بر موقعیت‌های تنش‌گر داشته و راهکارهای مؤثرتری را انتخاب کنند. هرچند این تکنیک‌ها به صورت غیرمستقیم به کاهش مشکلات رفتاری کودک منجر شدند، اما تأثیر اصلی آنها بر خودکارآمدپنداری مادران بیشتر از طریق بهبود تاب‌آوری هیجانی و ظرفیت تحمل پریشانی حاصل شد. با وجود این به دلیل عدم تمرکز مستقیم بر تغییر رفتار کودک، تأثیر این روش بر خودکارآمدپنداری والدگری در بلندمدت نسبت به آموزش رفتاری والدین کمتر بود. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش پیشین (۳۲) همخوان است. پژوهش پیشین (۳۲) نشان داد که آموزش مهارت‌های تحمل آشفتگی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به افزایش معنادار پژوهش پیشین (۳۲) والدگری در والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌شود. واکنش‌های مادران به رفتارهای کودکان باعث تحول شناختی-عاطفی کودکان می‌شود و خطر ابتلا به اختلالات روان‌شناختی را در آنها کاهش می‌دهد. ضعف والدین در انجام وظایف و مهارت‌های والدینی سبب آسیب روانی

کودکشان می‌شود و خودکارآمدپنداری والدین، سبب تغییر رفتار والدین و در نتیجه سبب تصحیح و تغییر رفتار فرزندانشان شود (۲۰). همچنین تحمل پریشانی مادر می‌تواند اختلالات رفتاری فرزندش را کاهش دهد (۳۱).

نتایج پژوهش حاضر حاکی از وجود تفاوت معنادار بین اثربخشی دو مداخله آموزش رفتاری والدین و تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر خودکارآمدپنداری والدگری مادران کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. بر اساس یافته‌ها، گروه دریافت‌کننده آموزش رفتاری والدین در مقایسه با گروه تحمل آشفتگی، در ارزیابی‌های پیگیری نمرات بالایی در مقیاس خودکارآمدپنداری والدگری کسب نمودند. این یافته‌ها مؤید آن است که خودکارآمدپنداری والدین، رفتارهای والدگری و رفتار کودک در یک چرخه تعاملی پویا بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند. از منظر نظریه شناختی-اجتماعی بندورا، والدین کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری به دلیل مواجهه مکرر با موقعیت‌های کشاکش برانگیز، اغلب سطوح پایین‌تری از خودکارآمدپنداری را تجربه می‌کنند. در این پژوهش، برتری آموزش رفتاری والدین را می‌توان از طریق چند مکانیسم تبیین نمود:

۱. اصلاح باورهای شناختی ناکارآمد: این مداخله با هدف قرار دادن شناخت‌های تحریف‌شده والدین درباره توانایی‌های والدگری خود، به بازسازی طرحواره‌های شناختی آنان کمک می‌کند. زمانی که مادر باور داشته باشد فاقد کفایت لازم برای مدیریت رفتارهای کودک است، این باور به صورت یک پیشگویی خودکامبخش عمل کرده و منجر به پاسخ‌های ناکارآمد می‌شود.

۲. ایجاد تجارب تسلط: آموزش رفتاری والدین با ارائه راهبردهای عملی و ایجاد موفقیت‌های کوچک در مدیریت رفتار کودک، تجارب تسلط را برای مادران فراهم می‌آورد. این تجارب مثبت به عنوان قوی‌ترین منبع خودکارآمدی در نظریه بندورا محسوب می‌شوند.

۳. تغییر الگوهای تعاملی: این مداخله با متمرکز شدن بر تغییر چرخه‌های تقویت منفی و الگوهای تعاملی سازش‌نا یافته، بازخورد مستقیمی از بهبود رفتار کودک ارائه می‌دهد. مشاهده تغییرات مثبت در رفتار کودک به عنوان منبع مهمی برای تقویت خودکارآمدپنداری والدین عمل می‌نماید.

۴. کاهش تیدگی والدینی: در حالی که تکنیک‌های تحمل آشفتگی صرفاً بر مدیریت هیجانات مادر متمرکز است، آموزش رفتاری والدین با کاهش واقعی چالش‌های رفتاری کودک، تیدگی والدینی را در سطح عینی‌تری کاهش می‌دهد.

اگرچه هر دو روش مداخله‌ای تأثیر مثبتی بر خودکارآمدی مادران داشتند، اما آموزش رفتاری والدین از نظر شدت تأثیر و پایداری نتایج برتری قابل توجهی نشان داد. این تفاوت را می‌توان در مکانیسم‌های عمل متفاوت این دو روش جستجو کرد. آموزش رفتاری والدین با هدف تغییر فعال رفتار کودک و اصلاح باورهای شناختی والدین طراحی شده بود. این روش با ایجاد تغییرات ملموس در الگوهای تعاملی و ارائه بازخوردهای عینی از بهبود رفتار کودک (مانند کاهش لجبازی و افزایش همکاری)، خودکارآمدپنداری مادران را به شکل محسوس‌تری تقویت می‌کرد. در مقابل، تکنیک‌های تحمل آشفتگی اگرچه در کاهش پریشانی و بهبود تنظیم هیجانی مادران مؤثر بودند، اما تأثیر آنها بر خودکارآمدپنداری بیشتر درونی و مبتنی بر بهبود عملکرد هیجانی بود. به عبارت دیگر، این روش‌ها اگرچه به مادران می‌آموختند چگونه با موقعیت‌های تنش‌گر کنار بیایند، اما تغییر محسوس در رفتار کودک ایجاد نمی‌کردند که این عامل نقش کلیدی در تقویت خودکارآمدپنداری والدگری دارد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، یکی بودن پژوهشگر و درمانگر بود. محدود بودن دامنه سنی کودک نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. برای رفع محدودیت‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود که در آینده از تیم‌های مستقل برای ارزیابی و درمان استفاده شود تا تأثیرات ناشی از یکی بودن نقش پژوهشگر و درمانگر کاهش یابد و اعتبار نتایج افزایش یابد. همچنین گنجاندن گروه‌های سنی مختلف از کودکان در پژوهش‌های آتی می‌تواند به تعمیم‌پذیری نتایج کمک کند و نیازهای خاص هر گروه سنی را شناسایی کند. مقایسه اثربخشی پروتکل‌های مختلف، مانند آموزش والدین مبتنی بر نظریه انتخاب و برنامه والدگری مبتنی بر پذیرش و تعهد، با آموزش تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین نیز می‌تواند به شناسایی بهترین روش‌ها برای بهبود خودکارآمدپنداری والدین و رفتارهای فرزندان کمک کند. برگزاری دوره‌های آموزشی منظم برای مادران با تمرکز بر مهارت‌های والدگری و تکنیک‌های مدیریت رفتار، به

همراه ایجاد گروه‌های حمایتی برای تبادل تجربیات، می‌تواند حس تعلق و کاهش تنیدگی را افزایش دهد. همچنین توسعه منابع آموزشی آنلاین و کتابچه‌های راهنما به والدین در یادگیری تکنیک‌های مؤثر کمک خواهد کرد. در نهایت انجام پژوهش‌های کیفی در کنار پژوهش‌های کمی می‌تواند به درک عمیق‌تری از تجربیات والدین و کشاکش‌های آن‌ها در مواجهه با رفتارهای نافرمانی فرزندان کمک کند و به بهبود برنامه‌های آموزشی و مداخلات یاری رساند. از پیشنهادات کاربردی نتایج این پژوهش می‌توان به این موارد نیز اشاره داشت: برنامه‌ریزی در سطح مداخلات بالینی، طراحی کارگاه‌های آموزشی کوتاه‌مدت (۴-۶ جلسه‌ای) با تاکید بر آموزش مهارت‌های رفتاری والدین، توسعه بسته‌های آموزشی چندرسانه‌ای (فیلم، اپلیکیشن، کتابچه) برای والدین، اجرای برنامه‌های غربالگری برای شناسایی زودهنگام کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، برگزاری کارگاه‌های مدرسه-محور برای معلمان و والدین به صورت مشترک.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مطالعه مستخرج از رساله دکتری با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1400.043 است. مجوز علمی این مطالعه توسط دانشگاه

آزاد اسلامی شهرکرد طی نامه شماره ۹۷۰۰۱۰۳۲ در تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۲۹ و مجوز اجرایی آن بر روی افراد نمونه توسط سازمان آموزش و پرورش (اصفهان) در تاریخ ۱۴۰۰/۰۷/۲۱ با شماره نامه ی ۱۷۰۰/۵۲۰۸۸۵/۷۵۰ صادر شد. ملاحظات اخلاقی مندرج در راهنمای انتشار انجمن روان‌شناسی آمریکا و کدهای اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی ایران مانند اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات و دریافت رضایت کتبی از افراد نمونه در این پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی: پژوهش حاضر بدون هیچ گونه حمایت مالی از جانب سازمان خاصی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده یکم به عنوان طراح و ایده‌پرداز اصلی پژوهش و مسئول جمع‌آوری داده‌ها و نگارش مقاله؛ نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما مسئولیت تأیید پروتکل و نظارت بر تحلیل داده‌ها، و نویسنده سوم به عنوان استاد مشاور مسئولیت بررسی پژوهش و ویرایش مقاله را بر عهده داشته است.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض در منافع را به دنبال نداشته است و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری، گزارش شده است.

در دسترس بودن داده‌ها: تمام داده‌های این پژوهش در اختیار نویسنده مسئول قرار دارد که در صورت درخواست منطقی در اختیار سایر پژوهشگران قرار می‌گیرد.

رضایت برای انتشار: نویسندگان برای انتشار این مقاله رضایت کامل خود را اعلام کردند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمام افرادی که در مراحل اجرای این مطالعه به نویسندگان کمک کردند، تقدیر و تشکر کنند.

References

1. Khodakarami Janbaz F, Hossein Khanzadeh AA, Abolghasemi A. Quality of parent-child and sibling relationships in families of children with symptoms of oppositional defiant disorder. *J Child Ment Health*. 2019;6(1), 95-111. [Persian]. [Link]
2. American Psychiatric Association D, Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. FIFTH EDITION TEXT REVISION ed. Washington, DC: American psychiatric association 2022. [Link]
3. Taher M, Aghae H, HosseinKhanzadeh AA. Effectiveness of Anger Management and Parenting Training on Inhibiting the Response of Students with Oppositional Defiant Disorder. *J Exceptional Children*. 2022;22(4), 117-30. [Persian]. [Link]
4. Waldman ID, Rowe R, Boylan K, Burke JD. External validation of a bifactor model of oppositional defiant disorder. *Molecular psychiatry*. 2021;26(2), 682-93. [Link]
5. Roubinov DS, Boyce WT, Bush NR. Informant-specific reports of peer and teacher relationships buffer the effects of harsh parenting on children's oppositional defiant disorder during kindergarten. *Development and psychopathology*. 2020;32(1), 163-174. [Link]
6. Balon R. Is the National Institute of Mental Health failing clinical psychiatry? *Annals of Clinical Psychiatry*. 2021;33(2):73-75.
7. on of the N2 component as an endophenotype of response inhibition and externalizing psychopathology in childhood. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2019;103, 200-15 . [Link]
8. Chiarenza GA, Villa S, Galan L, Valdes-Sosa P, Bosch-Bayard J. Junior temperament character inventory together with quantitative EEG discriminate children with attention deficit hyperactivity disorder combined subtype from children with attention deficit hyperactivity disorder combined subtype plus oppositional defiant disorder. *International Journal of Psychophysiology*. 2018;130, 9-20. [Link]
9. Gomez R, Stavropoulos V. Oppositional Defiant disorder dimensions: associations with traits of the multidimensional personality model among adults. *Psychiatric Quarterly*. 2019;90(4), 777-92. [Link]
10. Shojaee S. Challenges facing families with children with autism spectrum disorders. *J Child Ment Health*. 2015;2(1), 71-81. [Persian]. [Link]
11. Baumeister R. F. Existential positive psychology offers fresh perspective on free will. *The Journal of Positive Psychology*. 2025;1-10. [Link]
12. Soleimanieh-Naeini T, Sadeghikhah H, Sadati Firoozabadi SS, Movallali G. The Effects of the Faranak Parent-Child Mother Goose Program on the Psychological Well-being of Mothers With Deaf and Hard of Hearing Children. *Archives of Rehabilitation*. 2025;25(4):848-863. [Link]
13. Zhou Y, Yin H, Wang M, Wang J. The effect of family-focused psychoeducational therapy for autism spectrum disorder children's parents on parenting self-efficacy and emotion. *Archives of psychiatric nursing*. 2019;33(1), 17-22. [Link]
14. Sadeghy M, Akbari Chermahini S, Bahrami A, Seyed Mousavi PS. Effectiveness of attachment-based therapy on parental self-efficacy, emotion regulation and social adjustment in children with separation anxiety: A case report. *Applied Psychology*. 2022;16(2):107-32. [Link]
15. Karimi Ivanaki, Marjan, Seyed Mousavi, Parisa, Tahmasian, Karineh. The Effectiveness of Parent-Child Relationship therapy on Self-Efficacy and Mother-Child Relationship. *Journal of Developmental Psychology Iranian Psychologists*, 2019 ;60 :391-402. [Persian]. [Link]
16. Azimifar s, Jazayeri ra, Fatehizade ma, Abedi a. Studying the effects of parenting acceptance and commitment therapy on mothers' self- efficacy regarding children' externalizing behavior problems. *Journal of Family Research*. 2019;14(3), 443-57. [Persian]. [Link]
17. Aminayi M, Chesli RR, Shairi MR, Moharreri F. Comparative study of parenting styles and parenting self-efficacy in mothers of children with and without anxiety symptoms. *JFMH*. 2015;17(4). [Persian]. [Link]
18. Ahmadinezhad GS, Karimi FZ, Abdollahi M, NaviPour E. Association between postpartum depression and breastfeeding self-efficacy in mothers: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2024;24(1):273. [Link]
19. Holloway SD, Suzuki S, Kim S, Nagase A, Wang Q, Campbell EJ, et al. Development and cross-national validation of a revised version of the Berkeley Parenting Self-efficacy Scale. *ECRQ*. 2019;47, 309-20. [Link]
20. Ellis AJ, Salgari G, Miklowitz D, Loo SK. Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry research*. 2018;267, 210-4. [Link]
21. Zhang H, Wang W, Li Z. Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for Maltreated Families: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2024;25(4):2689-2702. [Link]
22. Stephens CM, Crosby DA, Sattler K, Supple AJ, Scott-Little C. Multidimensional patterns of early care and education access through a family centered lens. *Early Childhood Research Quarterly*. 2025;70:133-143. [Link]
23. Richardson J, Joughin C. Parent-training programmes for the management of young children with conduct disorders: findings from research: RCPsych Publications; 2002. [Link]
24. Kazdin AE, Glick A, Pope J, Kaptchuk TJ, Lecza B, Carrubba E, et al. Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. *IJCHP*. 2018;18(2), 91-101. [Link]
25. Fakur F, Sahebdel H, Ebrahimpur M. The effectiveness of motivational psychotherapy-based parenting package on aggression in boys with Oppositional defiant disorder. *IJPN*. 2022;10(2), 73-84. [Persian]. [Link]

26. Bontinck C, Warreyn P, Meirsschaut M, Roeyers H. Parent-child interaction in children with autism spectrum disorder and their siblings: Choosing a coding strategy. *Journal of Child and Family Studies*. 2018;27, 91-102. [Link]
27. Marquet-Doleac J, Biotteau M, Chaix Y. Behavioral parent training for school-aged children with ADHD: A systematic review of randomized control trials. *Journal of Attention Disorders*. 2024;28(3):377-393. [Link]
28. Paiva GCDC, de Paula JJ, Costa DDS, Alvim-Soares A, Santos DAFE, Jales JS, ... & Miranda DMD. Parent training for disruptive behavior symptoms in attention deficit hyperactivity disorder: a randomized clinical trial. *Frontiers in Psychology*. 2024;15:1293244. [Link]
29. Robinson C, Chalder T, McCrone P, Quintin O, Gkaintatzi E, Khan I, ... & SURECAN GROUP. Statistical analysis plan for a pragmatic randomised controlled trial comparing enhanced acceptance and commitment therapy plus (+) added to usual aftercare versus usual aftercare only, in patients living with or beyond cancer: SURvivors' Rehabilitation Evaluation after CANcer (SURECAN) trial. *Trials*. 2025;26(1):32. [Link]
30. Ramaji O, Shakerinia I. Comparison of emotional disclosure, perturbation tolerance, and lifestyle of gifted and ordinary students. *JMEP*. 2022;3(4),119-40. [Persian]. [Link]
31. Van Eck K, Warren P, Flory K. A variable-centered and person-centered evaluation of emotion regulation and distress tolerance: Links to emotional and behavioral concerns. *Journal of youth and adolescence*. 2017;46, 136-50. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0542-y>
32. Wilson S, McKenzie K, Quayle E, Murray G. A systematic review of interventions to promote social support and parenting skills in parents with an intellectual disability. *Child: care, health and development*. 2014;40(1), 7-19. [Link]
33. Pezhman A, Khanjani M, Hosseinsabet F. Compilation and validation of a cognitive-behavioral co-parenting training package and its effectiveness on maternal gatekeeping, parenting self-efficacy, and co-parenting relationships in mothers experiencing emotional divorce. *Research Ethics Working Group*. 2025. Online publication [Persian] [Link]
34. Rahimi M, Molavi H, Ansari Shahidi M, Dehghani A. The impact of compassion-focused training on parental self-efficacy in mothers of children with externalizing behaviors. *Women's Health Bulletin*. 2024;11(3):163-171. [Persian] [Link]
35. Dumka LE, Stoerzinger HD, Jackson KM, Roosa MW. Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Family relations*. 1996, 216-22. [Link]
36. Ashori M, Afrooz G, Arjmandnia A, Pormohammadreza-Tajrishi M, Ghobari-Bonab B. The effectiveness of positive parenting program (triple-P) on parental self-efficacy and mother-child interaction in children suffering from intellectual disability. *SSU_Journals*. 2015;23(5), 489-500. [Persian]. [Link]
37. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*. 2010;41(4), 567-74. [Link]
38. Linehan MM. *DBT® Skills Training: manuale*: Cortina; 2015. [Link]
39. Zvolensky M. *Distress tolerance: theory, research, and clinical applications*: The Guilford Press; 2011. [Link]
40. Barkley RA. *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*: Guilford press; 2013. [Link]