

Research Paper

The Effectiveness of Training the Behavioral Management Flow Chart (BMFC) Program to Mothers on the Aggressive Behavior of Students with Oppositional Defiant Disorder



Roya Heidari^{*1}, Pegah Azadimanesh², Sedigheh Ranjbar Horoee³

1. M.A. of School Counseling, Faculty of Humanities & Social Sciences, University of Kurdistan, Iran
2. Ph.D. Student of General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
3. M.A. Student of Family Counseling, Kermanshah branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Citation: Heidari R, Azadimanesh P, Ranjbar Horoee S. The effectiveness of training the behavioral management flow chart (bmfc) program to mothers on the aggressive behavior of students with oppositional defiant disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(3): 101-111.

 <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.3.10>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Behavioral management flow chart, aggressive behavior, oppositional defiant disorder

Background and Purpose: Oppositional behavior is the most frequent reason for which parents refer to the health centers. Symptoms of these problems appear in childhood and preschool period and if not being treated they continue and lead to long-term outcomes, including school dropouts and personality disorders. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of training behavioral management flow chart program to mothers on the aggressive behavior of students with oppositional defiant disorder.

Method: The present study was a semi-experimental study with pretest- posttest control group design with two-month follow-up period. The study population was composed of mothers of 7-9 year-old male students in Kermanshah in academic year 2017-2018. Thirty mothers, whose children were diagnosed with oppositional defiant disorder based on *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 2001) and *Child Symptom Inventory* (Gadow & Sprafkin, 1994), were selected by convenience sampling. The mothers were randomly assigned to either the experimental or the control group (15 per group). Then, the experimental group received behavioral management flow chart program in 8 sessions of 90 minutes. For data analysis, split-plot ANOVA design (SPANOVA) was used.

Results: Findings showed that behavioral management flow chart program had a significant effect on the aggressive behavior ($F= 29.21$, $P< 0.01$) and these results remained stable during the two-month follow-up.

Conclusion: Based on the findings of the present study, it can be concluded behavioral management flow chart program without the use of strict punitive methods can lead to the decrease of aggressive behaviors in children with oppositional defiant disorder.

Received: 5 Dec 2018

Accepted: 15 Apr 2019

Available: 9 Nov 2019

* **Corresponding author:** Roya Heidari, M.A. of School Counseling, Faculty of Humanities & Social Sciences, University of Kurdistan, Iran.
E-mail addresses: Roya9285h@gmail.com

مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش برنامه روندنمای مدیریت رفتار به مادران بر رفتار پرخاشگرانه دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

رویا حیدری^{۱*}، پگاه آزادی‌منش^۲، صدیقه رنجبر هورویی^۳

۱. کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، ایران

۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. دانشجوی کارشناس ارشد مشاوره خانواده، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

برنامه روندنمای مدیریت رفتار،
رفتار پرخاشگرانه،
اختلال نافرمانی مقابله‌ای

زمینه و هدف: نافرمانی مقابله‌ای علت بیشترین ارجاع والدین به مراکز درمانی است. علائم این اختلال در دوران کودکی و پیش‌دبستانی بروز پیدا می‌کنند و در صورت عدم درمان، ادامه یافته و نتایج منفی بلندمدتی از جمله اخراج از مدرسه و ایجاد اختلال شخصیتی را به دنبال دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش برنامه روندنمای مدیریت رفتار به مادران بر رفتار پرخاشگرانه دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری شامل مادران دانش آموزان پسر ۹-۷ سال شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. ۳۰ نفر از مادران کودکانی که بر اساس فهرست رفتاری کودک آخنباخ (۲۰۰۱) و مقیاس علائم مرضی کودکان گادو و اسپرایسفیکن (۱۹۹۴) مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده شده بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مادران به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایدهی شدند و سپس برنامه روندنمای مدیریت رفتار به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای فقط برای گروه آزمایش اجرا شد. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از طرح تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته: یافته‌های پژوهش نشان داد برنامه روندنمای مدیریت رفتار بر رفتار پرخاشگرانه ($F=29/21$, $P<0/01$) اثر معناداری داشته و این نتایج در دوره پیگیری دوماهه نیز پایدار بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان استنباط کرد که برنامه روندنمای مدیریت رفتار با آموزش چگونگی مواجهه‌سازی کودک با پیامدهای منطقی، بدون به کارگیری روش‌های تنبیهی سخت‌گیرانه، می‌تواند منجر به کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی شود.

دریافت شده: ۹۷/۰۹/۱۴

پذیرفته شده: ۹۸/۰۱/۲۶

منتشر شده: ۹۸/۰۸/۱۸

* نویسنده مسئول: رویا حیدری، کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، ایران.

رایانامه: Roya9285h@gmail.com

تلفن تماس: ۰۸۷- ۳۳۶۶۴۶۰۰

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت، و سرکشی در برابر اولیا قدرت است (۱). ابتدا این اختلال به عنوان یک اختلال رفتاری کودکان در تعامل با والدین و بزرگسالان شناخته شد که طی آن کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اغلب دیگران را به خاطر اشتباهات و سوء رفتارهای خودش مقصر می‌داند (۲). میزان شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در آمریکا ۱ تا ۱۱ درصد است و تخمین زده می‌شود که متوسط نرخ شیوع حدود ۳/۳ درصد است. این میزان شیوع بسته به سن و جنس کودک متغیر است. به نظر می‌رسد این اختلال تا قبل از نوجوانی در پسران بیشتر از دختران است (۳).

یکی از بیشترین علت‌های ارجاع والدین به مراکز درمانی، مشکلات رفتاری کودکان اخلاک‌گر، شامل پرخاشگری، رفتارهای مقابله‌ای، و نافرمانی است (۴). علائم این اختلالات در دوران کودکی و پیش‌دبستانی بروز پیدا می‌کنند و این مشکلات در صورت عدم درمان، ادامه یافته و نتایج منفی بلندمدتی از جمله اخراج از مدرسه و ایجاد اختلال شخصیتی را به دنبال دارند (۵).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای تقریباً همیشه در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل ایجاد می‌کند. این کودکان با وجود هوش کافی، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است مردود شوند و در نتیجه مشکلات یاد شده موجب کاهش اعتماد به خود، تحمل کم در مقابل کام‌نایافتگی‌ها، روحیه افسرده، و حملات کج خلقی می‌شود (۶).

نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر تعامل کودکان با والدین و شیوه پاسخ‌دهی والدین به کودکان نیز تأثیر می‌گذارد، زیرا این کودکان بسیار پرحرف، منفی‌گرا، و بی‌اعتنا هستند و کمتر با دیگران مشارکت دارند (۷) و رفتارهای برون‌نمود مانند پرخاشگری از خود نشان می‌دهند (۸). از سوی دیگر این کودکان اغلب در روابط با والدین خود، به‌ویژه مادران، مشکلات معناداری دارند و در موقعیت‌های زندگی خانوادگی و در انجام انتظارات زندگی روزمره با والدین دچار مشکل می‌شوند و رفتارهای خصومت‌آمیز از خود نشان می‌دهند. والدین این کودکان نیز در روش‌های تربیتی خود در برابر فرزندان‌شان از روش‌های تنبیهی و سخت‌گیرانه استفاده می‌کنند و با

توجه بیش‌ازحد به رفتارهای مقابله‌ای کودکان‌شان، میزان وقوع الگوهای رفتاری نامطلوب را درآیند افزایش می‌دهند و بدین ترتیب در بلندمدت، کودک را به سمت رفتار پرخاشگرانه و نقض قوانین و مقررات سوق می‌دهند و زمینه بروز علائم اختلال رفتاری^۲ را فراهم می‌کنند (۸). والدین کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای سطوح بالایی از رفتارهای برون‌نمود همچون پرخاشگری را در کودکان خود در مقایسه با کودکان عادی گزارش می‌دهند (۹). بخش عمده‌ای از نافرمانی مقابله‌ای کودکان می‌تواند به سبک والدگری مادران مرتبط باشد و با آموزش سبک‌های والدگری می‌توان روش تربیتی والدین را ارتقا بخشید (۱۰). نتیجه این که رفتارهای والدین بر ایجاد و گسترش رفتارهای برون‌نمود در کودکان تأثیر دارد و رفتارهای بیش‌ازحد سخت‌گیرانه و تنبیهی والدین از عوامل بسیار مهم در بروز رفتارهای برون‌نمود همچون رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای است (۱۱).

تاکنون نظریه‌های بسیاری به بررسی سبب‌شناسی و درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداخته‌اند. نظریه خودتعیین‌گری علت پرخاشگری و رفتارهای مقابله‌ای افراد را عدم ارضای نیازهای روان‌شناختی می‌داند. افراد فعالیت‌های اعتراضی خود را تا زمانی که این نیازها ارضا شوند، نگه می‌دارند و زمانی که با عدم ارضای این نیازها مواجه شوند، مشکلات روان‌شناختی ظاهر می‌شوند (۱۲). برنامه‌های آموزش والدین به عنوان اولین راهبرد پیشگیرانه برای درمان کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری معرفی شده‌اند و استفاده از این راهبردها در حال افزایش است (۱۳). نتایج پژوهش فورهند و همکاران (۱۴) گویای اثربخشی برنامه‌های آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان است. نتایج فراتحلیل یعقوبی، مهدوی، و محمدزاده نیز نشان داد که مداخلات آموزش والدین سهم عمده‌ای در کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارند (۱۵).

نتایج پژوهش خدابخش و جعفری (۱۶) نشان داد که آموزش والدین به شیوه آدلری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان مؤثر بوده است. قدرتی میرکوهی، شریفی درآمدی و عبداللهی بقرآبادی (۱۷) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بوده

1. Oppositional defiant disorder

2. Conduct disorder

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر یک مطالعه

نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری شامل مادران دانش آموزان پسر (۷-۹) سال شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. آزمودنی ها شامل ۳۰ مادر دارای فرزند پسر ۷-۹ سال مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای بودند که به شیوه نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت گمارش تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایدهی شدند. انتخاب نمونه در جنس مذکر به علت شیوع بیشتر این اختلال در پسران بود. ملاک های ورود مطالعه عبارت اند از: سن کودکان بین ۷-۹ سال باشد، داشتن سابقه مشکلات رفتاری (بر اساس پرونده انضباطی) و کسب نمره حد مرزی و بالاتر (نمره بالاتر از نقطه برش ۴) در خرده مقیاس های رفتار قانون شکنی و اختلال نافرمانی مقابله ای و رفتار پرخاشگرانه در چک لیست رفتاری کودک، و همچنین تشخیص اختلال نافرمانی مقابله ای در مقیاس علائم مرضی کودکان. ملاک های خروج عبارت اند از: طلاق والدین، بیماری روانی شدید والدین، وجود بیماری مزمن و ناتوان کننده در کودک، شرکت هم زمان یا قبلی والدین در دوره های مشابه روانی- آموزشی، و مصرف داروهای اعصاب و روان. ملاک های مذکور به صورت خوداظهاری در مرحله ارزیابی اولیه قبل از پیش آزمون توسط پرسشگر بررسی شد. به طور کلی میانگین و انحراف معیار سنی کودکان به ترتیب ۸/۱۷ و ۰/۷۹، و میانگین و انحراف معیار سنی مادران شرکت کننده در پژوهش به ترتیب ۳۸/۳۳ و ۳/۹۹ بود.

ب) ابزار

۱. فهرست رفتاری کودک^۱: این مقیاس توسط اخنباخ و رسکورلا (۲۲) در سال ۲۰۰۱ برای سنجش اختلالات رفتاری کودکان ۶-۱۸ سال طراحی شد و دارای ۱۲۰ گویه است. نمره گذاری هر سؤال به صورت (۰= نادرست تا ۲= کاملاً درست) است. فرم های فهرست رفتاری کودک دارای دو بخش مجزا هستند. بخش اول شامل ارزشیابی صلاحیت های کودک و بخش دوم شامل پرسش های مرتبط با اختلالات خاص است. در پژوهش حاضر از بخش دوم فرم والد و موادی که به بررسی اختلال نافرمانی مقابله ای (۵ سؤال) و رفتار قانون شکنی (۱۷ سؤال) و رفتار

است. همچنین نتایج پژوهش زینالی، خانجانی، و سهرابی (۱۸) نشان داد که آموزش والدگری بر کاهش علائم اختلال رفتار هنجاری و رفتار پرخاشگرانه مؤثر بوده است.

برنامه روندنمای مدیریت رفتار نموداری بر طبق تحلیل وظایف مدیریت رفتار کودک است که به والدین آموزش داده می شود و به افراد اجازه می دهد که تجسم واضحی از مراحل مدیریت رفتار کودک داشته باشند. این برنامه آموزشی توسط دنفورت ویزه خانواده های دارای کودکان با اختلال نافرمانی مقابله ای همبود با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی تدوین شده است. این چارت، یک سلسله از پاسخ های مفید را که بزرگسالان در طول یک روز برای کمک به کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای/ فزون کنشی نیاز دارند را در برمی گیرد. هدف این آموزش، توسعه مهارت های خاص والدین است که سبب بهبود رفتارهای اجتماعی مطلوب و کاهش رفتارهای اختلالی کودک و ارتقا مهارت های ویژه والدینی است که باعث تقویت و اصلاح تعامل ها با کودک می شود (۱۹). نتایج پژوهش های دنفورت، هاروی، اولاشک، و مکی (۲۰) و دنفورت (۲۱) نشان دهنده اثربخشی آموزش برنامه روندنمای مدیریت رفتار بر کاهش اختلال فزون کنشی و رفتار تهاجمی کودکان بود.

از آنجا که دانش آموزان نیروی فعال و پویای جامعه به شمار می روند تلاش برای از میان برداشتن مشکلات آنان و فراهم کردن شرایط برای آنان ضروری به نظر می رسد. انجام چنین پژوهش هایی در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله ای در زمینه کاهش مشکلات رفتاری این کودکان مهم است و از سوی دیگر با توجه به اهمیت این موضوع، مداخله بهنگام برای خانواده های دارای کودک مبتلا به اختلال های برون نمود در زمینه مدیریت رفتار فرزندان لازم است تا با تأکید بیشتر در این زمینه از حادث شدن مشکلات چنین خانواده هایی جلوگیری شود. تاکنون در ایران توجهی به انجام مداخلات مربوط به آموزش والدین بر اساس برنامه روندنمای مدیریت رفتار و بررسی اثربخشی آن در حیطه های مختلف زندگی والدین و کودکان صورت نگرفته است. هدف اساسی پژوهش حاضر بررسی این مسئله است که آیا آموزش برنامه روندنمای مدیریت رفتار به والدین بر رفتار پرخاشگرانه دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای مؤثر است؟

پرخاشگرانه (۲۰ سؤال) می‌پردازد، استفاده شد. در این فرم کودکانی که نمره بالاتر از نقطه برش (نمره ۴) را کسب می‌کنند، دچار مشکل هستند. آخنباخ و رسکورلا (۲۲) ضریب اعتبار این سیاهه را در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند؛ همچنین ضریب اعتبار خرده‌مقیاس‌های رفتار قانون‌شکنی، رفتار پرخاشگری، برون‌مود و اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۶، ۰/۸۷ و ۰/۶۴ است. روایی محتوای این نظام سنجش در چهار دهه پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲). ضریب اعتبار نسخه فارسی توسط مینایی ۰/۸۳ گزارش شده و همچنین ضرایب اعتبار خرده‌مقیاس‌های رفتار قانون‌شکنی، رفتار پرخاشگری، مشکلات برون‌مود، و اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۷، ۰/۸۸ و ۰/۶۴ گزارش شده است. روایی سازه و محتوایی این مقیاس نیز در هنجاریابی ایرانی توسط مینایی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳).

۲. پرسشنامه علائم مرضی کودکان: این پرسشنامه توسط گاداو و اسپرایفکین (۲۴) در سال ۱۹۹۴ برای شایع‌ترین اختلالات روانی کودکان ۱۲-۵ سال تدوین شد و شامل دو چک‌لیست والدین و معلمان است که در پژوهش حاضر از فرم والد آن استفاده شد. فرم والد شامل ۱۱۲ سؤال همراه با طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز، گاهی، اغلب، و بیشتر اوقات) است که دارای دامنه از ۰ تا ۸ در زیرمقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای

است. سؤال‌های مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در این پرسشنامه سؤال‌های ۱۹ تا ۲۶ را به خود اختصاص داده است. این فهرست به دو روش متفاوت نمره‌گذاری می‌شود: (۱) روش برش غربال‌کننده، (۲) روش نمره‌گذاری شدت. در این پژوهش از روش نمره‌گذاری شدت استفاده شد. در پژوهش گرایسون و کارلسون (۲۵) ضریب اعتبار نمره کل و اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۳ گزارش شد. آمرمن و همکاران (۱۹۹۸) روایی سازه این مقیاس را بررسی کردند و نتایج پژوهش آنها نشان داد که نمرات پرسشنامه مرضی کودکان فرم ویژه والدین با پرسشنامه شخصیتی کودکان همبستگی مثبتی دارد (۲۶). در ایران نیز محمداسماعیل و علی‌پور اعتبار نمره کل و مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای را به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۶۲ گزارش کردند، علاوه بر این در این پژوهش روایی محتوایی این آزمون توسط ارزیابی‌ها و نظر متخصصان (روان‌پزشکان) تأیید شده است (۲۷).

ج) برنامه مداخله‌ای: در این پژوهش برنامه روندنمای مدیریت رفتار بر اساس راهنمای دنفورث (۱۹) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و یک جلسه در هفته برای مادران گروه آزمایش اجرا شد. در جدول ۱ محتوای جلسات آموزشی به اختصار ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای برنامه روندنمای مدیریت رفتار، دنفورث (۲۰۰۶)

جلسه	محتوا	اهداف یادگیری	روش تدریس	زمان و مکان
۱	اجرای پیش‌آزمون، معارفه، یخ‌شکنی، توضیح ساختار آموزشی اصول یادگیری اجتماعی، و شرح نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای.	آشنایی، ارتباط و ایجاد آمادگی در والدین و آشنایی با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای	آموزش با روش سخنرانی و ارائه جزوه آموزشی	۹۰ دقیقه
۲	مرور جلسه قبل، آموزش و تمرین چگونگی فرمان‌های عملی یا دستورالعمل دادن به کودک و ارائه تکلیف.	آشنایی با شیوه صحیح فرمان دادن به کودکان آگاهی از مضرات شیوه‌های تنبیهی سخت‌گیرانه	آموزش با روش سخنرانی و بحث آزاد و تبادل نظر گروهی	۹۰ دقیقه
۳	مرور جلسه قبل، آموزش و تمرین چگونگی پاداش و توبیخ پاسخ‌های کودک پس از فرمان دادن و ارائه تکلیف.	یادگیری شیوه‌های اصلاح رفتار کودک و پاداش و تنبیه	تمرین عملی و استفاده از اسلاید	۹۰ دقیقه
۴	مرور جلسه قبل، آموزش و تمرین نحوه محروم‌سازی و تهیه فهرستی از پیامدهای نافرمانی از محروم‌سازی.	یادگیری شیوه‌های صحیح تنبیه و محروم‌سازی کودک	بحث آزاد و تبادل نظر گروهی و تمرین عملی	۹۰ دقیقه
۵	مرور جلسه قبل، همانند مرحله چهار، بازنگری محروم‌سازی، اهداف رفتاری و پیامدهای فرمان دادن و ارائه تکلیف.	یادگیری و تمرین روش‌های اصلاح رفتار و تقویت رفتار مطلوب کودک	تمرین عملی و استفاده از اسلاید	۹۰ دقیقه

مرور گام‌ها و تمرین روش‌های اصلاح رفتار کودک	بحث آزاد و تبادل نظر گروهی و تمرین عملی	۹۰ دقیقه
جمع‌بندی و بازنگری اهداف و گام‌های برنامه	بحث آزاد و تبادل نظر گروهی و تمرین عملی	۹۰ دقیقه
بازنگری اصول یادگیری اجتماعی، و بازنگری مجدد تمامی گام‌ها، بازنگری مشکلات خاص و اجرای پس‌آزمون.		۸

(د) روش اجرا: بعد از گرفتن مجوزهای لازم از آموزش و پرورش شهر کرمانشاه، ابتدا از بین مدارس دولتی این شهر دو مدرسه ابتدایی پسرانه به صورت غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند و با توجه به سابقه مشکلات رفتاری دانش آموزان در پرونده انضباطی مدارس، از ۱۰۰ نفر از مادران دعوت شد و نشست توجیهی برای آنها در مدرسه برگزار شد و با ارائه پرسشنامه فهرست رفتاری کودکان و پرسشنامه علائم مرضی کودکان به مادران، کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای غربال شدند. از بین ۵۰ نفر واجد شرایط، تعداد ۳۰ نفر از مادران انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابتدا از افراد، پیش‌آزمون گرفته شد، سپس برنامه روندنمای مدیریت رفتار در ۸ جلسه گروهی، هفته‌ای یک جلسه برای گروه آزمایش در سالن جلسات آموزشی مدرسه اجرا شد و گروه گواه این آموزش را دریافت نمی‌کردند. سپس مجدداً هر دو گروه در پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. پیگیری با فاصله دو ماه از هر دو گروه صورت گرفت. شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری بود و شرکت کنندگان قبل از اجرای پژوهش

رضایت‌نامه کتبی را امضا کردند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از اتمام مراحل پژوهش، برنامه روندنمای مدیریت رفتار در ۲ جلسه به گروه گواه نیز آموزش داده شد. همچنین سایر ملاحظات اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات، رعایت اصل رازداری، و اخذ رضایت کتبی در این مطالعه رعایت شد. داده‌ها با استفاده روش طرح تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی رفتار پرخاشگرانه، شامل میانگین و انحراف استاندارد برای گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری و همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها گزارش شده‌اند. با توجه به معنی‌دار نبودن آماره این آزمون می‌توان گفت که توزیع رفتار پرخاشگرانه نرمال است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی رفتار پرخاشگرانه برای گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری

مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون شاپیرو-ویلک	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	آزمایش	۷۵/۷۳	۵/۱۸	۰/۹۶	۰/۸۳
	گواه	۷۳/۸۶	۶/۳۷	۰/۹۳	۰/۲۸
پس‌آزمون	آزمایش	۶۵/۹۳	۷/۷۷	۰/۸۸	۰/۰۶
	گواه	۷۶/۶۶	۵/۴۳	۰/۹۶	۰/۷۵
پیگیری	آزمایش	۶۴/۱۳	۸/۳۷	۰/۹۴	۰/۴۸
	گواه	۷۶/۲۶	۶/۷۳	۰/۹۲	۰/۲۳

عضویت گروهی بود؛ لذا طرح مورد استفاده طرح درون-بین آزمودنی است. در جدول ۳ نتایج آزمون موجهی جهت بررسی کرویت متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

برای بررسی تأثیر برنامه روندنمای مدیریت رفتار بر رفتار پرخاشگرانه کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. در این پژوهش یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری رفتار پرخاشگرانه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری بود و یک عامل بین آزمودنی وجود داشت که آن

جدول ۳: نتایج آزمون موجلی رفتار پرخاشگرانه

W موجلی	مجدور خی	درجه آزادی	سطح معنی داری	اپسیلون گرین هاوس گیسر	اپسیلون هاین فلت
۰/۸۷	۳/۴۸	۲	۰/۱۷	۰/۸۹	۰/۹۸

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آماره W موجلی برای رفتار پرخاشگرانه (۰/۸۷) با مجدور خی (۳/۴۸) معنی دار نیست. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته برابر است؛

بنابراین با در نظر گرفتن مفروضه کرویت در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر رفتار پرخاشگرانه

منابع تغییرات	میانگین مجدورات	درجه آزادی	آماره f	سطح معنی داری	مجدور اتا
گروه	۱۱۰۲/۵۰	۱	۱۰/۳۹	۰/۰۰۳	۰/۲۷
خطا	۱۰۶/۰۳	۲۸			
مراحل	۱۷۳/۱۰	۲	۱۱/۳	۰/۰۰۱	۰/۲۹
تعامل مراحل با گروه	۴۴۵/۹۰	۲	۲۹/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱
خطا	۱۵/۲۶	۱۵			

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه‌ها در متغیر رفتار پرخاشگرانه (۲۹/۲۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ رفتار پرخاشگرانه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. همچنین مجدور اتا برای عضویت

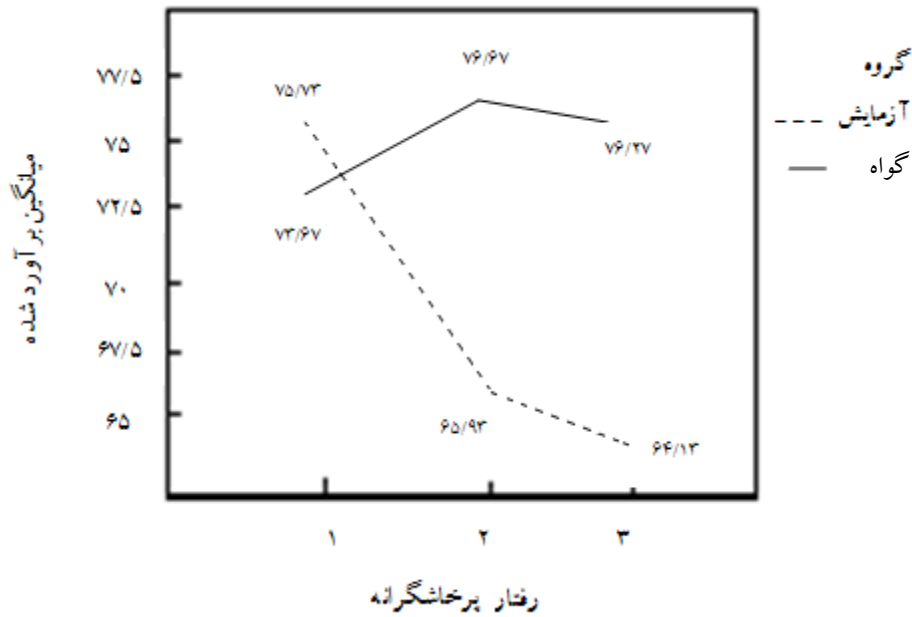
گروهی نشان می‌دهد، عضویت گروهی ۲۷ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کند. زمان اندازه‌گیری یا مراحل نیز ۲۹ درصد از تغییرات متغیر وابسته را پیش‌بینی می‌کند. در شکل ۱ نمودار میانگین‌های گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری نشان داده شده است.

جدول ۵: نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری در رفتار پرخاشگرانه

مرحله	میانگین آزمایش	میانگین گواه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	سطح معنی داری
پیش آزمون	۷۵/۷۳	۷۳/۸۶	۱/۸۶	۲/۱۲	۰/۳۸
پس آزمون	۶۵/۹۳	۷۶/۶۶	-۱۰/۷۳	۲/۴۴	۰/۰۰۱
پیگیری	۶۴/۱۳	۷۶/۲۶	-۱۲/۱۳	۲/۷۷	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵، در پیش آزمون رفتار پرخاشگرانه بین گروه گواه و آزمایش تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$)؛ در مرحله پس آزمون و پیگیری میانگین گروه آزمایش به‌صورت معنی داری کمتر از میانگین گروه گواه است ($P < ۰/۰۰۱$)؛ در گروه آزمایش میانگین

مرحله پس آزمون و پیگیری به‌صورت معنی داری کمتر از مرحله پیش آزمون است ($P < ۰/۰۰۱$)؛ و اما در گروه گواه این نتیجه معکوس بوده و میانگین مرحله پیش آزمون به‌صورت معنی داری بیشتر از مرحله پس آزمون و پیگیری است ($P < ۰/۰۵$).



شکل ۱: نمودار میانگین‌های گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری در رفتار پرخاشگرانه

با توجه به شکل ۱، میزان رفتار پرخاشگرانه در پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش بهبودی معناداری نشان داده است که این روند بهبودی در گروه گواه دیده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش برنامه روندنمای مدیریت رفتار به مادران بر رفتار پرخاشگرانه دانش‌آموزان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش برنامه روندنمای مدیریت رفتار بر کاهش نشانه‌های پرخاشگرانه کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بوده است و اثربخشی آن از لحاظ آماری معنادار است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های دنفورت (۱۹ و ۲۱)، دنفورت و همکاران (۲۰)، خدابخش و جعفری (۱۶)، قدرتی میرکوهی و همکاران (۱۷)، و زینالی و همکاران (۱۸) مبنی بر اثربخش بودن آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری و اختلالات برون‌نمود در کودکان، همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان اثربخشی آموزش برنامه روندنمای مدیریت رفتار به مادران و کاهش پرخاشگری کودکان در منزل را ناشی از این دلایل دانست: بسیاری از مشکلات برون‌نمود در محیط

طبیعی خانواده فراگرفته می‌شوند، بنابراین آموزش افرادی که بیشترین زمان را با کودک می‌گذرانند، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در کودکان افزایش خواهد داد. در سبب‌شناسی مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مهم‌ترین عامل، واکنش شدید والدین نسبت به رفتارهای کودک در خلال تحول است که راه را به سوی نافرمانی و پرخاشگری می‌گشاید (۵). علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند والدینی که بر کودکان خود نظارت کافی ندارند و از خشونت و تنبیه جسمی استفاده می‌کنند، رفتارهای پرخاشگری و نافرمانی را در کودکان افزایش می‌دهند (۸). در برنامه روندنمای مدیریت رفتار، مادران یاد می‌گیرند که از توجه به عادت‌های بد کودک، سرزنش کردن و پرخاشگری به او خودداری کنند و با برانگیختن مشارکت کودک در انجام امور از میزان رفتارهای پرخاشگرانه او بکاهند. والدین در طی جلسات تحت تأثیر مهارت‌های توجهی مهم از قبیل گوش دادن و توجه مثبت ممکن است یاد گرفته باشند که چگونه بدون دخالت و سؤال کردن به کودکان توجه کنند و چگونه به صورت مثبت با اظهارنظرهای خود رفتارهای مطلوبی را که می‌خواهند کودکان آنها را انجام یا ادامه دهند، ایجاد کنند. همچنین در این جلسات به آموزش چگونگی مواجهه کردن کودک با پیامدهای منطقی و طبیعی بدون

اعمال روش های تنبیهی سخت گیرانه و به کار نبردن سرزنش بیش از حد و پرخاشگری در برابر مشکلات رفتاری کودکان پرداخته شد.

در جلسات اول، جهت بالا بردن سطح آگاهی مادران به شناخت اختلال نافرمانی مقابله ای و علائم آن پرداخته شد و این گام مؤثری در آگاه شدن مادران از نیازهای کودکان دارای این اختلال بود. با این آگاهی آنها فرزند خود را بهتر درک می کنند و در مقابل رفتار آنها انعطاف پذیری بیشتری خواهد داشت و تا حد امکان با ملایمت و صبوری با کودکان برخورد خواهند کرد و بر این اساس در طی آموزش این روش، والدین احساس آرامش بیشتری می کنند و همچنین احساس می کنند که مدیریت بیشتری بر روی امور دارند. یکی از اصولی که در برنامه آموزش والدین بر روی آن تأکید بسیار می شود ایجاد رابطه گرم و صمیمی بین والد و کودک است که با استفاده از تکنیک های مختلف (مانند صرف زمان خاص و گفتگوی صمیمانه و محبت جسمانی) به اجرا در می آید و مادران در طول دوره آموزشی، احساس صمیمیت بیشتری به کودکانشان پیدا می کنند. برنامه های آموزش والدین در محیط های گروهی برای خانواده هایی که کودکانی با مشکلات رفتاری مخرب بسیار حادی دارند، مزایای زیادی دارد و مؤثرتر از جلسات فردی است. در این روش فنون شکل دهی رفتار بر اساس اصول یادگیری اجتماعی به والدین آموزش داده می شود. والدین یاد می گیرند که پیشایندها و پسایندها را چگونه دستکاری کنند تا به نتیجه دلخواه دست یابند و اینکه چطور رفتارهای کودکان را نظارت کنند، چگونه پاداش های معینی بدهند و با توجه به رفتارهای مثبت مشکلات را کاهش دهند، و کمتر از تنبیه بدنی استفاده کنند. این فنون و مزایای روش آموزش برنامه روندنمای مدیریت رفتار به مادران با دیدگاه ها و یافته های متخصصان و پژوهشگران مختلف (مانند ۲۰ و ۲۱) مورد تأیید قرار گرفته است.

باید توجه داشت که پژوهش حاضر با محدودیت هایی نیز مواجه بوده است که در هنگام تعمیم نتایج به دست آمده باید با احتیاط عمل کرد. از جمله این محدودیت ها می توان به این موارد اشاره کرد: ۱. اضطراب جدایی والدین، سطح دلبستگی والدین، و مشکلات رفتاری درمان نشده در والدین کودکان مورد بررسی و کنترل قرار نگرفته است، ۲. عدم هماهنگی کامل مسئولین مدارس مانع از اجرای نمونه گیری تصادفی در تمامی اجرای پژوهش شده است، ۳. ملاک های خروج پژوهش از جمله وضعیت روانی والدین به صورت خوداظهاری بررسی شد و افراد مورد مطالعه تحت معاینه متخصص قرار نگرفتند، و ۴. این برنامه فقط در نمونه ای از پسران اجرا شد و اثربخشی آن بر روی فرزندان دختر بررسی نشد. بدین ترتیب پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی این برنامه در نمونه ای از دختران و پسران به صورت مجزا بررسی شود و تفاوت های جنسیتی در اثربخشی این برنامه روشن شود. همچنین استفاده از نمونه همگن بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی نظیر جنسیت، پایگاه اجتماعی و اقتصادی، و یا استفاده از روش نمونه گیری کاملاً تصادفی، می تواند بر دقت نتایج بیفزاید. بر اساس نتایج به دست آمده در سطح به کار بسته پیشنهاد می شود برنامه مداخله ای حاضر هم در سطح کلینیکی و هم در سطح آموزش های عمومی در مدارس تحت قالب آموزش والدین به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی: این مقاله به صورت مستقل اجرا شده و مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی سازمان آموزش پرورش شهر کرمانشاه با شماره مجوز ۵۶۱/۵۰۳۹۶۱۴۸۰/۶۰۰ در تاریخ ۹۶/۷/۵ صادر شده است. بدین وسیله از تمامی افراد مساعدت کننده در فرایند پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع به دنبال نداشته است.

References

1. Azizi A, Karimipoor BA, Rahmani S, Veisi F. Comparing the efficacy of child-parent relationship therapy (CPRT) and family-focused therapy (FFT) on function of families with children with oppositional defiant disorder (ODD). *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2016; 3(2): 9-20. [Persian]. [\[Link\]](#)
2. Blumberg BM. Oppositional defiant disorder: a case report. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*. 2017; 1(4): 199-211. [\[Link\]](#)
3. Farzadi F, Behroozy N, Faramarzi H. Comparison of theory of mind, attention maintenance and sympathy in students with and without oppositional defiant disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017; 3(4): 70-79. [Persian]. [\[Link\]](#)
4. Urquiza AJ, Timmer SG. Parent-child interaction therapy: Enhancing parent-child relationships. *Psychosocial Intervention*. 2012; 21(2): 145-156. [\[Link\]](#)
5. Bjørseth Å, Wichstrøm L. Effectiveness of parent-child interaction therapy (PCIT) in the treatment of young children's behavior problems. A randomized controlled study. *PLOS ONE*. 2016; 11(9): e0159845. [\[Link\]](#)
6. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian J Psychiatry*. 2013; 55(3): 220. [\[Link\]](#)
7. Bussing R, Zima BT, Mason DM, Meyer JM, White K, Garvan CW. ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *J Adolesc Health*. 2012; 51(6): 593-600. [\[Link\]](#)
8. Burke JD, Rowe R, Boylan K. Functional outcomes of child and adolescent ODD symptoms in young adult men. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014; 55(3): 264-272. [\[Link\]](#)
9. Kledzik AM, Thorne MC, Prasad V, Hayes KH, Hines L. Challenges in treating oppositional defiant disorder in a pediatric medical setting: a case study. *J Pediatr Nurs*. 2012; 27(5): 557-562. [\[Link\]](#)
10. Salimi Souderjani M, Yousefi Z. The effectiveness of parenting styles training based on acceptance and commitment therapy (ACT) to mothers on decreasing separation anxiety and oppositional defiant disorder of children. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(2): 104-116. [Persian]. [\[Link\]](#)
11. Amiri M, Movallali G, Nesayan A, Hejazi M, Asadi Gandomani R. Effect of behavior management training for mothers with children having ODD symptoms. *Archives of Rehabilitation*. 2017; 18(2): 84-97. [Persian]. [\[Link\]](#)
12. Khabbaz M, Alizadeh H, Delavar A, Ebrahimi Ghavam S, Rostami R, Behjati Z. The effectiveness of social interest fostering program (mother-child) on psychological basic needs satisfaction in students with oppositional defiant disorder. *Journal of Applied Psychological Research*. 2016; 6(4): 15-30. [Persian]. [\[Link\]](#)
13. Self-Brown S, Frederick K, Binder S, Whitaker D, Lutzker J, Edwards A, et al. Examining the need for cultural adaptations to an evidence-based parent training program targeting the prevention of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*. 2011; 33(7): 1166-1172. [\[Link\]](#)
14. Forehand R, Parent J, Sonuga-Barke E, Peisch VD, Long N, Abikoff HB. Which type of parent training works best for preschoolers with comorbid ADHD and ODD? A secondary analysis of a randomized controlled trial comparing generic and specialized programs. *J Abnorm Child Psychol*. 2016; 44(8): 1503-1513. [\[Link\]](#)
15. Yaghoobi A, Mahdavi A, Mohamadzade S. The meta-analysis of the effectiveness of psychological and educational interventions on the reduction of symptoms of oppositional defiant disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2018; 5(2): 164-173. [Persian]. [\[Link\]](#)
16. 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. *Journal of Psychological Studies*. 2014; 10(1): 7-30. [Persian]. [\[Link\]](#)
17. Ghodrati M, Sharifi Daramadi P, Abdollahi G. The effect of parental management training base on cognitive-behavior therapy on children with oppositional defiant disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2015; 5(20): 109-123. [Persian]. [\[Link\]](#)
18. Zeinali SH, Khanjani Z, Sohrabi F. Investigate the efficacy of parenting skill in reducing adolescent conduct disorder and aggression. *Journal of Health*. 2016; 6(5): 565-574. [Persian]. [\[Link\]](#)
19. Danforth JS. Parent training for families of children with comorbid ADHD and ODD. *Int J Behav Consult Ther*. 2006; 2(1): 45-64. [\[Link\]](#)
20. Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder

- and defiant/aggressive behavior. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006; 37(3): 188–205. [\[Link\]](#)
21. Danforth JS. The outcome of parent training using the behavior management flow chart with mothers and their children with oppositional defiant disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Behav Modif*. 1998; 22(4): 443–473. [\[Link\]](#)
 22. Achenbach TM, Rescorla L. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles : an integrated system of multi-informant assessment. Burlington, VT : ASEBA; 2001. [\[Link\]](#)
 23. Minaee A. Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report forms. *Journal of Exceptional Children*. 2006; 6(1): 529–558. [Persian] [\[Link\]](#)
 24. Gadow KD, Sparfkin J. Child symptom inventories manual. Story brook, NY: Checkmate plus; 1994, pp: 21-35.
 25. Grayson P, Carlson GA. The utility of a DSM-III-R-based checklist in screening child psychiatric patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991; 30(4): 669–673. [\[Link\]](#)
 26. Ammerman RT, Kane VR, Slomka GT, Reigel DH, Franzen MD, Gadow KD. Psychiatric symptomatology and family functioning in children and adolescents with Spina bifida. *J Clin Psychol Med Settings*. 1998; 5(4): 449–465. [\[Link\]](#)
 27. Mohamadesmaiel E, Alipour A. A preliminary study on the reliability, validity and cut off points of the disorders of children symptom inventory-4 (CSI-4). *Journal of Exceptional Children*. 2002; 2(3): 239–254. [Persian]. [\[Link\]](#)