

اثربخشی آموزش والدینی بار کلی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش‌دبستانی

فرامرز سهرابی^۱، حسن اسدزاده^۲ و زهره عرب‌زاده کوپانی^۳

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی آموزش والدینی بار کلی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش‌دبستانی منطقه‌ی ۱۰ شهر تهران انجام شده است. روش پژوهش، طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه با جایگزینی تصادفی است که برای اجرای پژوهش، در ابتدا ۴ مهدکودک به طور تصادفی از میان مراکز پیش‌دبستانی منطقه ۱۰ انتخاب و ۴۰ کودک از میان این مراکز به تصادف انتخاب شدند. پس از تکمیل پرسشنامه، علائم مرضی کودکان CSI-4 توسط والدین و مربی، ۳۰ کودک که در شاخص نافرمانی مقابله‌ای پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان نمره بالاتر از نمره برش کسب کردند، انتخاب شدند. برای تشخیص نهایی و دقیق با مادران هر یک از کودکان بر اساس ملاک‌های تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای موجود در DSM-IV مصاحبه‌ای انجام شد. سپس مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به روش جایگزینی تصادفی به ۲ گروه ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل قرار گرفتند. والدین گروه آزمایش ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش به شیوه بار کلی را دریافت کردند. بعد از پایان جلسات، پس از آزمون از آنها به عمل آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. براساس نتایج به دست آمده، در گروه آزمایش، نسبت به گروه گواه، در مراحل پس‌آزمون کاهش معناداری در شدت نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای مشاهده شد. نتایج پژوهش بیانگر این مطلب است که نافرمانی کودکان گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافته است و بین اثربخشی آموزش والدینی بار کلی بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر آموزش والدین به شیوه بار کلی می‌تواند روش کارآمدی در بهبود علائم رفتاری اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش‌دبستانی باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، آموزش والدینی بار کلی، نشانه‌های نافرمانی، کودکان پیش‌دبستانی

۱. نویسنده‌ی رابط: دانشیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی

(sohrabi@atu.ac.ir)

۲. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی

۳. کارشناسی‌ارشد کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۴/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۱۹

مقدمه

لجبازی و نافرمانی کودکان یک مرحله‌ی اجتناب‌ناپذیر از رشد آنهاست. بارزترین رفتارهای مقابله‌ای بین ۱۸ تا ۲۴ ماهگی نمود می‌یابد و در سه سالگی به اوج می‌رسد، این وضعیت زمانی جنبه آسیب‌شناختی پیدا می‌کند که از نظر تداوم یا شدت، وضعیتی غیر عادی پیدا کند و فراوانی آن چشمگیرتر شود، و به بیان روشن‌تر با وضعیت رشدی و سنی کودک همانند نباشد (امینی، ۱۳۸۳). زمانی که این رفتارها مکرراً تکرار شود و حالت شدیدی به خود بگیرد، به نوعی اختلال به نام نافرمانی مقابله‌ای تبدیل می‌شود (لطفی‌کاشانی و وزیر، ۱۳۸۱). اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از علل رایج ارجاع کودکان به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره است (بارکلی^۱، ۱۹۹۷). برای تشخیص دقیق کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای باید چند ارزیابی جداگانه صورت گیرد و با والدین و مربی کودک مصاحبه شود. در مصاحبه با والدین رفتار کودک، پیشینه رشد او، پیشینه پزشکی، تعاملات والد-کودک، خصوصیات والدین بررسی می‌شود (آقایی، عابدی و محمدی، ۱۳۹۰). به دلیل مشکلات رو به رشدی که اختلال نافرمانی مقابله‌ای در زندگی کودک و اطرافیان او ایجاد می‌کند، توجه بسیاری از پژوهشگران به روش‌های درمانی این اختلال جلب شده است. با توجه به اهمیت رابطه بین والدین و کودک در پدیدارشدن مشکلات رفتاری کودکان، آموزش والدین یکی از رایج‌ترین شیوه‌های درمانگری برای اختلال‌ها محسوب می‌شود (ترنر و ساندر^۲، ۲۰۰۶).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای از شایع‌ترین اختلالات روانی است که با شیوع ۲ تا ۱۶ درصد در کودکان پیش دبستانی یا اوایل سن مدرسه، و در مرحله قبل از نوجوانی بروز می‌کند. براساس تعریف متن تجدید نظر چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-IR)، اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایداری منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر اولیای قدرت است. این اختلال با عواملی چون از کوره در رفتن، مشاجره با بزرگسالان،

1. Barkley
2. Turner & Sanders

سرپیچی فعالانه از مقررات و درخواست‌های بزرگسالان و یا عدم همکاری با آنها، تعمد در ناراحت کردن دیگران، سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات و سوء رفتار خود، زود رنجی و زود ناراحت شدن از دست دیگران، دلخوری و عصبانیت و نیز کینه توزی و انتقام جویی خود را نشان می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۷؛ سادوک^۱؛ ۲۰۰۳؛ ترجمه‌ی رضاعی، ۱۳۸۹). بروز این فرایند نافرمانی مقابله‌ای در میان هر دو گروه جنسی دختر و پسر دیده می‌شود، اما شیوع این قبیل مشکلات رفتاری در میان پسران بیشتر از دختران است و علت آن هم تفاوت‌های سرشتی این دو جنس است (دکلین، اسپلتز و گرینبرگ^۲، ۱۹۹۹؛ بارلو و استوارت-براون^۳، ۲۰۰۰). مشکلات و مسائل اختلال نافرمانی مقابله‌ای، می‌تواند با ایجاد مانع در راه اکتساب مهارت‌های متناسب با سن، بر مسیرهای تحولی اثر کرده و کودکان را در معرض خطر مشکلات بعدی قرار دهد (پاتوس، استون میلر^۴، ۱۹۹۱). گزارش مریان مهدکودک‌ها نیز نشان دهنده آن است که بیش از نیمی از شاگردان، آمادگی کافی برای یادگیری محتوای آموزشی ندارد (بوید، بارت، بودروا، لئونگ و گامبی^۵، ۲۰۰۵؛ به نقل از دادستان، عسگری، رحیم زاده و بیات، ۱۳۸۹). سن بروز و تشخیص، تأثیر در پایداری مشکل دارد. کودکانی که مشکلات آنها در چهار یا پنج سالگی شناسایی می‌شود، احتمالاً مشکلات پایدارتری خواهند داشت تا کودکانی که در خردسالی (سال‌های اول زندگی) مشکلات خود را نشان می‌دهند (لاوینگ^۶، ۱۹۹۸). مشکلات یاد شده موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات کج خلقی می‌شوند. پیش آگهی اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر رشد مشکلات دیگری

1. Sadock
2. Deklyen, Splts & Greenberg
3. Barlow & Stewart-Brown
4. Pattersan & Stool miller
5. Bovid, Barnat, Budrua, Leonge & Gambit
- 6 . Laving

همچون اختلال سلوک، اختلالات خلقی، بیش‌اضطرابی، مصرف مواد و الکلیسم (مارمورستین^۱، ۲۰۰۶) و نیز اختلال شخصیت ضد اجتماعی و رفتارهای بزهکارانه در دوران بلوغ و بزرگسالی هستند (ریچارد و جوگین^۲، ۲۰۰۲). اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال تدریجی و مزمن است (بلوم کیست^۳، ۱۹۹۶؛ ترجمه‌ی علاقیندراد، ۱۳۸۳)، که تقریباً همیشه در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل می‌کند. آنها علیرغم هوش کافی، به دلیل عدم مشارکت و مقاومت در برابر توقعات خارجی و اصرار بر حل مشکلات به کمک دیگران، در مدرسه پیشرفتی ندارند (لاهی^۴ و همکاران، ۱۹۹۲). از عواملی که در به وجود آوردن مشکلات رفتاری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای دخالت دارند می‌توان ترکیبی از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی کودکان، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، تأثیر متقابل شرایط اجتماعی و محیطی و ویژگی‌های شخصیتی کودک نام برد (بیهان و کار^۵، ۲۰۰۰؛ دیک، ویکن و کاپریو^۶، ۲۰۰۵). به دلیل تعداد و تنوع مشکلات این کودکان در حوزه‌های مختلف، رویکردهای درمانی متفاوتی ارائه شده است (کازدین^۷، ۱۹۹۷).

با توجه به نقش عوامل محیطی، جامعه و خانواده در بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای، آموزش والدین، به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد خود بر سایر روش‌ها برتری دارد. مزیت آموزش والدین بر سایر روش‌ها آن است که بر جنبه‌های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی تأثیرگذار است (بارکلی، ۱۹۸۷). در این پژوهش سعی بر آن است که اثربخشی آموزش والدینی راسل بارکلی بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش‌دبستانی (۵ تا ۶ سال) مورد بررسی

1. Marmustien
2. Richardson & Joughin
3. Bloum kist
4. Lahey
5. Behan & Carr
6. Dick, Viken & Kaprio
7. kazdin

قرار گیرد. بار کلی (۲۰۰۲) معتقد است که آموزش والدین موجب افزایش شناخت آنان از ماهیت اختلال شده و اعتماد به نفس‌شان را در خصوص نقش فرزندپروری بالا خواهد برد و نیز به آنها کمک می‌کند تا رفتارهای نامناسب فرزند خود را کنترل کرده و کاهش دهند و در تربیت آنها احساس موفقیت بیشتری داشته باشند. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد، اثرات درمانی به مدت ۴ تا ۵ سال پس از آموزش پایدار خواهد ماند. در این نوع درمان، برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل و از طرف والدین که بیشترین تعامل را با او دارند، اجرا می‌شود (بارلو و پرسانز، ۲۰۰۲). با توجه به مطالب یادشده، تأثیر آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان انکارناپذیر بوده و این آموزش می‌تواند زمینه‌های پیشگیری و ترمیم رفتارهای کودکان را فراهم سازد. بنابراین، تلاش پژوهش حاضر پاسخ به این پرسش است که آیا در شرایط فرهنگی ایران، آموزش والدینی بار کلی می‌تواند منجر به کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش دبستانی شود؟

والدین زیادی از کج خلقی، نافرمانی، پرخاشگری مداوم و لجبازی فرزندان خود شکایت دارند و به دنبال راه‌هایی برای رهایی از این شرایط هستند. اغلب آنها اظهار می‌کنند، که زمانی که فرزند آنها قشقرق به راه می‌اندازد و با کوبیدن پا بر زمین و گریه‌های بلند، اصرار در انجام کاری دارد که به هیچ وجه مطابق میل والدین نیست، احساس عجز شدید کرده و نمی‌توانند به درستی شرایط موجود و کودک خود را کنترل کنند و در نهایت مجبورند برای آرام کردن او، به خواسته وی تن دهند. روان‌درمانگران حوزه کودک راه‌هایی را برای مقابله با این رفتارها پیشنهاد داده‌اند که به والدین آموزش داده می‌شود و حتی در موارد شدیدتر، خود نیز به کمک خانواده‌ها می‌آیند. اما نکته مهم این است که مهمترین کسانی که می‌توانند به این کودکان کمک کنند، والدین هستند (اسماعیلی، ۱۳۹۱).

خانواده نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که به عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده و حتی به عقیده‌ی بسیاری از روان‌شناسان باید ریشه‌ی بسیاری از اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی را در پرورش اولیه در خانواده جستجو کرد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳؛ ترجمه‌ی رضاعی، ۱۳۸۹). درمان کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای، از طریق آموزش والدین آنها امکان‌پذیر است (جلالی و پوراحمدی، طهماسبیان و شعیری، ۱۳۸۷). در آموزش والدین، برکل واحد خانواده و تأثیر آن بر کودک تأکید و درباره نگرانی‌های که والدین راجع به علل، درمان و پیش‌آگهی اختلال فرزندشان دارند، بحث می‌شود و اطلاعات و حمایت لازم برای والدین فراهم می‌آید. در پرتو اطلاعات جدید، والدین فهم بهتری نسبت به مشکلات کودک پیدا می‌کنند و آموزش مهارت‌های کنترل رفتار کودک، احساس کارآمدی والدین را افزایش می‌دهد (زرگری نژاد و یزدان دوست، ۱۳۸۶). آموزش والدین بر اساس رویکردهای مختلفی انجام می‌گیرد. اسمیت^۱ (۱۹۹۶) انواع برنامه‌های آموزش والدین را در دو طبقه کلی قرار می‌دهد که عبارتند از: رفتاری و ارتباطی. طبقه رفتاری؛ مداخلاتی با رویکرد رفتاری و یادگیری اجتماعی را در بر می‌گیرد. از سوی دیگر، طبقه ارتباطی؛ در برگیرنده‌ی مداخلات با سه رویکرد آدلری، انسان‌گرایانه و روان‌پویایی است (اسماعیلی نسب، علیزاده، احدی، دلاور و اسکندری، ۱۳۸۹). روش‌های مبتنی بر آموزش رفتاری والدین به موفقیت‌هایی دست یافته‌اند و این امر آن را به شایع‌ترین مدل آموزش والدین، تبدیل کرده است (ساندرز و ترنر، ۲۰۰۲).

یکی از روش‌های مبتنی بر آموزش رفتاری والدین، آموزش والدینی راسل بارکلی است که برای کودکان ۱۲-۲ ساله دارای علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سال ۱۹۹۷ تدوین شده است. این برنامه از فرمت اصلی برنامه‌های هانف (۱۹۶۹) و مک ماهون و فورهند (۱۹۸۱) استفاده کرده است. این برنامه شامل دو قسمت است. اول که در آن روش‌های موثرتری برای رفتار با کودک به

1. Smith

والدین آموزش داده می‌شود. دوم استفاده از روش‌های تنبیهی را والدین یاد می‌گیرند. تحقیقات اثربخشی این برنامه را در کاهش علایم نافرمانی نشان داده است و علاوه بر آن باعث افزایش مهارت والدین در توجه انتخابی به رفتارهای کودک، بیان دستورات صحیح و واضح به کارگیری تمرینات انضباطی موثر شده است. تعمیم اثرات آموزش از شرایط کلینیکی به خارج از کلینیک نیز گزارش شده است (کانر، ۲۰۰۲). در این جلسات، والدین می‌آموزند که تقویت رفتار مطلوب و عدم توجه یا ارائه پیامد منفی برای رفتار نامطلوب کودک می‌تواند رفتارهای او را تغییر دهد. پاداش‌ها و پیامدهای منفی برای این کودکان، باید بلافاصله و به طور روزمره و مکرر ارائه شود. تقویت مثبت، به صورت ژتون‌هایی که تعداد خاصی از آنها به جایزه تبدیل می‌شود می‌تواند به تنهایی یا همراه با پیامدهای منفی به کار رود (جونز^۱، ۱۹۹۸؛ ریچاردسون و جاگین، ۲۰۰۲). بنابراین، در این روش سازنده‌ی تربیتی قصد بر این است که کودک بداند رعایت نکردن قوانینی که از سوی والدین وضع می‌شود، پیامدهای مشخصی دارد، در نتیجه سعی می‌کند از خواسته‌های پدر و مادر پیروی کند و قطعاً راحت‌تر به اجرای آنها تن خواهد داد. روش‌های تربیتی جدید کمک می‌کند تا والدین علاوه بر شناختن ریشه‌های بد رفتاری کودک و هم چنین پرهیز از پرخاشگری کلامی یا بدنی، رفتارهای بد کودک را مدیریت و مهار کنند و پس از مدتی نیز شاهد خاموش شدن بد رفتاری باشند (تهرانی دوست، ۱۳۸۹).

تحقیقات بسیاری از اثربخشی آموزش والدین با رویکرد رفتاری، حمایت می‌کند. در پژوهش فراتحلیلی، موگان^۲ و همکاران (۲۰۰۵)، نتایج ۷۲ پژوهش چاپ شده بین سالهای ۲۰۰۱ - ۱۹۹۶ را بررسی و دریافتند که آموزش والدین با رویکرد رفتاری، در کاهش رفتارهای مخرب کودکان موثر بوده است. برادلی^۳ و همکاران (۲۰۰۳)، در تحقیق جامعی، ۲۲۲ والد را به شیوه فوق مورد

-
1. Gons
 2. Moogan
 3. Beradley

آموزش قرار دادند و دریافتند که این روش سبب کاهش معنادار مشکلات رفتاری کودکان شد، و نتایج درمان تا یکسال بعد نیز باقی می ماند. در تحقیق فیلان^۱ (۲۰۰۳؛ به نقل از گوتیرز^۲، ۲۰۰۶)، نیز کاربرد روش فوق سبب کاهش اختلالات رفتاری کودکان است. والدین تغییرات رفتاری حاصل از این روش را بسیار مفیدتر از آموزش ارتباطی گزارش کرده‌اند (دابی، اولری و کافمن^۳، ۱۹۸۳؛ به نقل از فاشیمار^۴، ۱۹۹۲). پژوهش نیکسون^۵ (۲۰۰۲)، اثر بخشی برنامه آموزش والدین را بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی اثبات کرد. در ایران نیز بیشتر پژوهش‌ها، با استفاده از رویکرد رفتاری است. برای مثال احسان منش (۱۳۷۲)، مادران مبتلا به اختلال سلوک را در ۸ جلسه آموزش براساس اصول رفتاری، مورد بررسی قرار داد و نتایج نشان داد که رفتارهای نامناسب این کودکان، به طور معناداری کاهش یافته است. پژوهش دهگانپور (۱۳۷۷)، بر بهبود علائم کودکان دچار اختلال سلوک هم نشان داد که آموزش رفتاری مادران، می‌تواند به کاهش شدت نشانه‌های اختلال در این کودکان بیانجامد. در نتیجه اگر والدین با روش رفتاری صحیح با سطوح پایین تر نافرمانی برخورد نکنند، چه بسا شرایط بسیار سختی برای خود و کودکان ایجاد کنند. پس نباید والدین منتظر اقدامات موثر از سوی مهدهای کودک و مدارس و یا روان درمانگران در این خصوص باشند، بلکه با شرکت داوطلبانه در برنامه‌های آموزشی رفتاری والدین و فراگیری واکنش مناسب در مقابل رفتارهای مقابله‌ای کودکان، از دامن زدن به آنها جلوگیری کنند. زیرا که عدم اطلاع و آگاهی مناسب و واکنش‌های نامناسب در مقابل این رفتار کودکان موجب آسیب‌پذیری هم کودک و هم والدین در نتیجه چنین کنش و واکنش‌هایی می‌شود (اسماعیلی، ۱۳۹۱).

1. Filan
2. Gutirs
3. Dubby, O,lery & Kafman
4. Fashimar
5. Nixon

هدف کلی این پژوهش، گردآوری اطلاعات در مورد بررسی میزان اثربخشی آموزش والدین بارکلی بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش دبستانی (۵-۶ سال) است. بنابر این، محققان به دنبال یافتن پاسخ علمی به این سوال اساسی است که آیا آموزش والدین بارکلی بر کاهش میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش دبستانی موثر است؟

روش

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. **جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه‌ی مورد مطالعه والدین کودکان ۵ تا ۶ ساله پیش دبستانی دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ۴ مرکز از مراکز پیش دبستانی تحت نظارت سازمان بهزیستی استان تهران واقع در منطقه ۱۰ شهر تهران است. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شده است. نمونه‌گیری در دو مرحله تصادفی و مبتنی بر هدف انجام شد به این ترتیب که در ابتدا ۴ مهدکودک به طور تصادفی از میان مراکز پیش دبستانی منطقه ۱۰ انتخاب و سپس به این مراکز مراجعه شد و با مسئولین این مراکز در ارتباط با تحقیق حاضر و ویژگی کودکان نمونه گفتگو شد. بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین این مراکز، ۴۰ کودک (از هر مرکز ۱۰ کودک) به تصادف انتخاب شده و پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان CSI-4 به دست کودکان این مراکز برای والدین آن‌ها ارسال شد. والدین پس از تکمیل پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 و ارجاع مجدد آن به مرکز، ۳۰ کودک که در شاخص نافرمانی مقابله‌ای پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان نمره بالاتر از نمره برش کسب کردند، انتخاب شدند. سپس به منظور تایید نظر والدین، فرم گزارش مربی را مربی کودکان مربوطه تکمیل کرد. در نهایت ۳۰ کودک که در هر دو ابزار استفاده شده، نمره بالا گرفته بودند، انتخاب شدند. بعد از انتخاب افراد نمونه از طریق پرسشنامه‌های مذکور، برای تشخیص نهایی و دقیق از والدین دعوت شد که در مصاحبه‌ای نیم ساعته که در یکی از مراکز انجام شد شرکت کنند. سپس با مادران هر یک از کودکان بر اساس

ملاک‌های تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای موجود در DSM-IV مصاحبه‌ای انجام شد، تا نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها، با مصاحبه حاضر تطبیق داده شود. در مرحله بعد از مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای دعوت شد تا در این پژوهش شرکت کنند. سپس مادران به روش جایگزینی تصادفی به ۲ گروه ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گواه قرار گرفتند. همچنین مادران مذکور یک پرسشنامه جمعیت شناختی و فرم موافقت کتبی برای شرکت آگاهانه و متعهدانه در مطالعه و عدم شرکت در برنامه‌های آموزش والدین مشابه را نیز تکمیل کردند. براساس جمع‌آوری داده‌ها، مورد نیاز از ابزارهای زیر استفاده شده است:

الف- پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4: از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی است که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. نسخه‌ی اولیه‌ی پرسش‌نامه با نام فهرست اسپرافکین، لانی، یونیتات. گادو (SLUG) را اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تهیه کردند و بعدها به دنبال تجدید نظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه CSI-3 آن نیز ساخته شد، تا اینکه CSI-4 در سال ۱۹۹۴ یا انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدیدنظر شد. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 همان نسخه‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سوال است و هر یک از عبارات مذکور، در مقیاس چهار درجه ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات، و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. شیوه‌ی نمره‌برش غربال‌کننده و شیوه نمره بر حسب شدت نشانه‌های مرضی. در اکثر پژوهش‌ها به علت کارآمدی و اطمینان بیشتر، روش غربال‌کننده مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پژوهش نیز از روش نمره غربال‌کننده استفاده شد. در این روش، شیوه‌ی نمره‌گذاری با جمع زدن تعداد عباراتی که با

گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده‌اند، به دست می‌آید (محمد اسماعیل، ۱۳۸۰). پرسشنامه علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده است. در پژوهشی که گرایسون و کارلسون^۱ (۱۹۹۱) بر روی CSI-3R انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد. پژوهش‌های دیگری همبستگی بین چک لیست CSI-3R را در سه اختلال ذکر شده به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۵۸ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴). در تحقیق کلانتری و همکاران (۱۳۸۰) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش تصنیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آمد. روایی محتوایی پرسشنامه CSI-4 در پژوهش محمد اسماعیل (۱۳۸۰) پایایی چک لیست والدین از طریق بازآزمایی ۰/۹۰ تعیین شده است.

ب - فرم بررسی عوامل جمعیت شناختی: این فرم را پژوهشگر به منظور بررسی عوامل جمعیت شناختی ساخته است. در این فرم عواملی نظیر سن، جنس، پایه تحصیلی و تحصیلات والدین آورده شده است.

ج - مصاحبه ساخت یافته: مصاحبه ساخت یافته یا ساختاری، نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن درمانگر سوالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه بر خلاف مصاحبه غیر ساختاری، موضوعات مورد بحث طبق برنامه از پیش تنظیم شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد. در این پژوهش به منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، براساس معیارهای DSM-IV-TR، مصاحبه تشخیصی ساخت یافته به دست پژوهشگر از مادران مریبان کودکان انجام شد.

روش اجرا: پس از انجام نمونه‌گیری و تکمیل پرسشنامه به عنوان پیش‌آزمون، والدین گروه آزمایش تحت جلسات آموزشی به شیوه بارکلی قرار گرفتند. برنامه مورد نظر شامل ۹ جلسه ۹۰

دقیقه به صورت هفتگی بود. پس از ۹ جلسه آموزش، از والدین پس آزمون به عمل آمد.

خلاصه جلسات آموزش:

۱. توضیح برای والدین در مورد دلایل ایجاد و بروز اختلالات رفتاری کودکان از جمله: اختلال نافرمانی
 ۲. توجه مناسب به رفتارهای مطلوب کودک و بی توجه ای به رفتارهای نامطلوب
 ۳. شرکت در بازی‌های کودک همراه با توجه مناسب به بدون هیچ گونه سرزنش یا دستور
 ۴. در صورتی که تمجید در کاهش رفتارهای نامطلوب اثر چندانی نداشت استفاده از پاداش و تقویت
 ۵. استفاده از تنبیه ملایم مثل زمان محرومیت
 ۶. استفاده از زمان محرومیت برای رفتارهای دیگر
 ۷. به کارگیری تکنیک‌های اصلاح رفتار در بیرون از منزل
 ۸. به کارگیری تکنیک‌های اصلاح رفتار برای مشکلات رفتاری احتمالی در آینده
 ۹. بررسی استفاده از روش‌های مدیریت رفتار و ارزیابی مجدد ماهیت و میزان اختلال رفتاری مخمل کودک در مرحله پس از درمان (بارکلی، ۱۹۹۷).
- در جلسات ابتدا تکالیف قبل مورد بازبینی قرار می گرفت. سپس موضوع مورد نظر در جلسه مطرح می شد و از اعضا خواسته می شد تا در بحث گروهی شرکت کنند. سپس تکلیف جلسه‌ی آینده مشخص شده و اعضاء به انجام تکالیف جلسه بعد تشویق می شدند. در پایان جلسه جمع‌بندی از مطالب ارائه شده در آن جلسه به عمل می آمد.
- در این طرح پژوهشی از نرم‌افزار SPSS ۱۶ استفاده شده است. در بخش آمار توصیفی به منظور توصیف داده‌های به دست آمده از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل

کوواریانس (یکسان بودن شیب خط رگرسیون، همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع) از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است (شیولسون^۱، ۱۹۸۸، ترجمه کیامنش، ۱۳۷۴).

نتایج

شاخص‌های توصیف آماری مربوط به نمرات نافرمانی مقابله‌ای در هر گروه به طور جداگانه محاسبه گردید و داده‌های توصیفی مربوط به آن در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۱. توصیف آماری پیش آزمون و پس آزمون نمرات «نافرمانی مقابله‌ای» به تفکیک گروه‌ها

نافرمانی مقابله‌ای		آمار توصیفی			شاخص‌های مرکزی		شاخص‌های پراکندگی	
تعداد	کمترین	بیشترین	میانه	M	دامنه تغییرات	واریانس	SD	
۱۵	۶	۸	۸	۷/۳۳	۲	۰/۸۱۰	۰/۸۹۹	
۱۵	۰	۴	۱	۱	۴	۱	۱	
۱۵	۰	۸	۶	۵/۸۶	۸	۴/۲۶	۲/۰۶	
۱۵	۰	۸	۶	۵/۳۳	۸	۵/۳۸	۲/۳۱	
۱۵	۴	۸	۶	۶/۳۳	۴	۱/۸۱	۱/۳۴	
۱۵	۱	۸	۵	۵	۷	۳/۲۸	۱/۸۱	
۱۵	۴	۸	۷	۶/۳۳	۴	۱/۲۳	۱/۱۱	
۱۵	۰	۷	۶	۴/۴۰	۷	۷/۶۸	۲/۷۷	

در جدول ۱ توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات «نافرمانی مقابله‌ای» افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها آورده شده است. براساس نتایج مندرج، میانگین نمرات پیش آزمون «نافرمانی مقابله‌ای» کودکان مورد مطالعه (در فرم مادر) در گروه آزمایش ۷/۳۳ و در گروه کنترل ۵/۸۶ است. همچنین میانگین نمرات گروه آزمایش در پس آزمون ۱ و در گروه کنترل ۵/۳۳ است. با توجه به نتایج فوق، میانگین نمرات «نافرمانی مقابله‌ای» کودکان مورد مطالعه (در فرم

مادر) گروه آزمایش در پس آزمون کاهش داشته است اما در گروه کنترل میانگین نمرات «نافرمانی مقابله‌ای» در فرم مادر تقریباً ثابت است. همچنین براساس نتایج مندرج، میانگین نمرات پیش آزمون «نافرمانی مقابله‌ای» کودکان مورد مطالعه (در فرم معلم) در گروه آزمایش ۶/۳۳ و در گروه کنترل نیز ۶/۳۳ است. همچنین میانگین نمرات گروه آزمایش در پس آزمون ۵ و در گروه کنترل ۴/۴۰ است. با توجه به نتایج فوق، میانگین نمرات «نافرمانی مقابله‌ای» کودکان مورد مطالعه (در فرم معلم) در هر دو گروه آزمایش و کنترل کاهش یافته است.

فرضیه‌ی اول: آموزش والدینی بارکلی اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی را کاهش می‌دهد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات نافرمانی مقابله‌ای فرم مادر در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	SS	df	MS	F	P	حجم اثر
پیش آزمون	۵۱/۷۸۹	۱	۵۱/۷۸۹	۳۷/۲۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰
گروه‌ها(مستقل)	۱۹۰/۶۸۴	۱	۱۹۰/۶۸۴	۱۳۷/۱۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳۵
واریانس خطا	۳۷/۵۴۵	۲۷	۳۹۱/۱	-	-	-
مجموع	۵۳۱/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-

در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۱۳۷/۱۲) با درجه آزادی ۱ و ۲۷ از مقدار F جدول بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه آموزش والدینی بارکلی بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای موثر است، با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد. همچنین بر اساس نتایج جدول ۱ میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است که این تفاوت معنادار است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۸۳ درصد کاهش نافرمانی مقابله‌ای کودکان شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به آموزش برنامه توانمندسازی روانی مادران نسبت داد.

فرضیه دوم: اثربخشی آموزش والدینی بار کلی بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای دختران و پسران پیش دبستانی متفاوت است.

برای بررسی این فرضیه و مقایسه، تأثیر آموزش والدینی بار کلی بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرم والد در دختران و پسران در ابتدا اثربخشی آموزش والدینی بار کلی در هر گروه جداگانه بررسی شد و پس از آن جهت بررسی معناداری تفاوت از آزمون T نمرات افتراقی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌های نافرمانی مقابله‌ای در دختران و پسران

P	df	آماره t	آزمون لوین		SD	اختلاف میانگین	N	شاخص‌های آماری گروه‌ها
			سطح معناداری	آماره F				
۰/۵۷۸	۲۸	۰/۵۶۳	۰/۸۳۴	۰/۰۴۵	۱/۱۷۳	۰/۶۶۰	۱۴	دختران
							۱۶	پسران

بر اساس جدول ۳ مقدار F در آزمون لوین برای متغیر «نافرمانی مقابله‌ای» در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بنابراین، مفروضه یکسانی واریانس‌ها تأیید می‌شود. همچنین میزان t مشاهده شده برابر با ۰/۵۶۳ است. میزان t بحرانی نیز با درجه آزادی ۲۸ در سطح معناداری (p < ۰/۰۵) برابر ۲/۰۵۶ است. چون مقدار t مشاهده شده کوچکتر از مقدار بحرانی است، فرضیه پژوهش رد می‌شود. یعنی با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم بین اثربخشی آموزش والدینی بار کلی بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از اختلالات رایج کودکی است که اگر در کودکی برطرف نشود می‌تواند مشکلات جبران ناپذیری را برای خود کودک و خانواده اش ایجاد نماید. بنابراین مداخله در این اختلال امری لازم و ضروری است. در این پژوهش تلاش شده تا یکی از روش‌های موثر در کاهش نشانه‌های نافرمانی در کودکان دارای علائم این اختلال مورد بررسی قرار بگیرد.

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی آموزش والدین بارکلی بر کاهش نشانه‌ها در کودکان دارای علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای تدوین شده است. به همین منظور دو فرضیه مطرح گردید و برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. به این ترتیب که مداخله در دو سطح آموزش و عدم آموزش برای گروه آموزش و کنترل به عنوان متغیر مستقل، کاهش نشانه‌های نافرمانی کودک در مرحله پس آزمون به عنوان متغیر وابسته و نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شد.

نتایج نشان داد که میزان علائم در هر مرحله پس آزمون به طور معناداری کاهش یافته است ($P < 0/001$) و بین اثربخشی آموزش والدینی بارکلی بر کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد. مهمترین نکته‌ای که از تایید فرضیه‌ها برداشت می‌شود، کارایی و اثربخشی شیوه‌ی آموزش والدین در کاهش علائم اختلال نافرمانی است. تایید این یافته در پژوهش‌های داخلی و خارجی و این پژوهش مبین اصل بسیار مهم تکرارپذیری تجربه علمی و تاییدی بر صحت پژوهش‌های پیشین است. نتایج گروه کنترل نیز بیانگر ثبات و پایداری علائم نافرمانی است به عبارت دیگر گذشت زمان منجر به تثبیت این اختلال می‌شود. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های بارکلی (۱۹۹۷)، باری (۲۰۰۱)، واتسون (۲۰۰۳) و کن (۲۰۰۴) همسو است. با افزایش اختلال نسبت تعداد کودکانی که نیازمند خدمات بهداشت روانی هستند و نسبت خدمات دهندگان و بودجه‌های این نوع خدمات، روان‌شناسان بالینی کودک و محققان باید بیش از پیش روی برنامه‌های پیشگیری متمرکز شوند. برنامه‌های پیشگیری زود هنگام نشان می‌دهد تأثیر این برنامه‌ها در پیشگیری از مشکلات کودکان تا حد زیادی به شرکت والدین در فرایند مداخله بستگی دارد چرا که کودکان به شدت تحت تأثیر خانواده‌اند و مداخله مستقیم نیز معمولاً در مورد کودکان امکان پذیر نیست. بنابراین یکی از راه‌های دسترسی به کودکان، والدین هستند (شرودر و گوردون، ۱۳۸۴؛ ترجمه فیروزبخت؛ به نقل از صرامی، ۱۳۸۶). چرا که پیشگیری از ایجاد و تشدید مشکلات کودک نه تنها خدمتی به کودک و والدین اوست، بلکه پیشگیری از مشکلات نسل

بعدی نیز خواهد بود. در مواردی نیز که کودک دارای علائم مشکلات رفتاری شده باشد، درمان خانواده و یا درمان مادر بهترین راه پیشگیری از تشدید و یا درمان مشکلات رفتاری کودکان است. چرا که غالباً اختلالات رفتاری کودک در اثر رفتار نامناسب والدین او ایجاد و یا تشدید می‌شود (صرامی، ۱۳۸۶). تحقیقات اسکالز (۱۹۹۹)، باری (۲۰۰۱)، دراگلی و لارسون (۲۰۰۶)، اسکات (۲۰۰۸) این مطلب را تایید کرده‌اند که نحوه‌ی رفتار والدین مخصوصاً مادر و نحوه‌ی فرزندپروری او در ایجاد دل‌بستگی نقش داشته و خود عاملی در ایجاد اختلالات رفتاری در کودکان است.

بنا به دلایل فوق‌الذکر و به منظور کاهش علائم نافرمانی، پژوهش حاضر، برنامه‌ی آموزشی به شیوه‌ی بار کلی را برای مادران این گروه از کودکان به کار برده است. به دلیل مزایای درمان گروهی نسبت به درمان فردی از قبیل: صرفه جویی در وقت و هزینه، ارزش درمانی نظرات اعضای گروه برای یکدیگر، حضور و پیشرفت اعضا که جنبه انگیزشی برای اعضا دیگر دارد در این پژوهش از درمان گروهی و به صورت ۲ جلسه ۹۰ دقیقه در هفته استفاده شد. نتایج این مطالعه نیز مانند پژوهش‌های بار کلی (۱۹۹۷) باری (۲۰۰۱) کلمی (۲۰۰۶) و مطالعات گسترده دیگر مبین این مطلب است که آموزش والدین کودکان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی، علائم این اختلال را در این کودکان در مرحله پس‌آزمون کاهش داده است. در روش آموزش والدین که طبق تحقیقات بار کلی (۱۹۹۷)، اسکالز (۱۹۹۹)، دراگلی و لارسون (۲۰۰۶) و کلمن (۲۰۰۷) بهترین روش مداخله برای کاهش رفتارهای نافرمانی در کودکان دارای علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای است، رشد نیافتگی‌ها و ناشایستگی‌های والدین، سطوح استرس والدین، نگرش‌های منفی والدین، نزاع و درگیری بین والدین کاهش یافته و به دنبال آن سطوح مهارت مدیریت رفتار کودک از طرف والدین و روش‌های انضباطی مثبت در والدین افزایش می‌یابد و در نتیجه رفتار نافرمانی در کودک کاهش می‌یابد. نکته‌ای که باید مطرح شود پاسخ به این سوال است که چرا در این پژوهش از آموزش والدین به شیوه بار کلی استفاده شده است؟ در پاسخ می‌توان مطرح کرد که اثر بخشی آموزش والدین به شیوه پترسون در ایران و خارج از ایران بارها مورد بررسی قرار گرفته و

اثر بخشی آن مورد تایید بوده است. اما روش بارکلی یک روش جدید است که البته زیربنای آن نیز مانند سایر روش‌های آموزش والدین، اصول تغییر و اصلاح رفتار است. در ضمن می‌توان گفت بارکلی بیشترین تحقیقات را در زمینه اثر بخشی آموزش والدین بر کاهش رفتارهای نافرمانی در کودکان دارای علائم اختلال مذکور داشته است. با توجه به مطالب گفته شده در این پژوهش از آموزش والدین به شیوه بارکلی استفاده شده است و نتایج این پژوهش اثر بخشی آموزش والدین به شیوه بارکلی را در کاهش رفتارهای نافرمانی در کودکان دارای علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای تایید می‌نماید و بین اثربخشی آموزش والدینی بارکلی بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای دختران و پسران تفاوت معنادار وجود ندارد.

با وجود اعمال کنترل‌های لازم در پژوهش حاضر، این پژوهش نیز همانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی همراه بود، محدودیت زمانی، برای انجام پژوهش که منجر به محدود شدن تعداد جلسات درمانی شد، حضور نداشتن مربیان کودکان دارای اختلال در دوره آموزشی، طرح سوالات متعدد والدین از اختلالات کودک خود. از این رو، توصیه می‌شود آموزش‌های لازم به مربیان مراکز پیش دبستانی، جهت مدارای صحیح با کودکان دارای علائم اختلال نافرمانی داده شود، همچنین در پژوهش‌های بعدی، پدران کودکان دارای علائم اختلال نافرمانی نیز به همراه مادران در دوره آموزشی شرکت کنند و پژوهش‌های بیشتری در رابطه با موضوع پژوهش انجام و بررسی‌های گسترده تری در چندین مرکز با نمونه بزرگتر انجام شود و تداوم اثر این روش درمانی در مدت زمان بیشتری پایش شود و در پژوهش‌ها از آزمون پیگیری استفاده شود و این پژوهش در مورد سایر اختلالات رفتاری کودکان و در سنین متفاوت «قبل از دبستان» انجام گیرد. در نهایت با توجه به تأثیر آموزش والدین بر کاهش میزان نشانه‌های نافرمانی در کودکان دارای علائم اختلال نافرمانی، به کلیه روان‌شناسان، روان‌پزشکان و متخصصان مربوطه پیشنهاد می‌شود که از این برنامه به عنوان مداخله انتخابی این اختلال استفاده نمایند.

منابع

- اسماعیلی نسب، مریم؛ علیزاده، حمید؛ احدی، حسن؛ دلاور، علی؛ اسکندری، حسین (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی دو روش آموزش والدین با رویکرد آدلری و رفتاری بر کاهش شدت نشانه‌های اختلال سلوک در کودکان. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۰(۳)، ۵۴-۳۹.
- اسماعیلی، سمیه (۱۳۹۱). نافرمانی و لجبازی در کودکان. معاونت تحقیق و توسعه بررسی اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه و تمرکز در کودکان مقطع پیش دبستانی (مهد کودکهای شهر تهران) در سال ۷۹-۸۰. مجله بیماری‌های کودکان ایران، ۱۲(۴)، ۵۳-۵۶.
- آقایی، اصغر؛ عابدی، احمد؛ محمدی، الهام (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس درجه بندی Snap-IV (فرم والدین) در دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان. مجله پژوهشی علوم شناختی و رفتاری، ۱(۱)، ۴۳-۵۸.
- تهرانی دوست، مهدی (۱۳۸۹). کودک لجباز؛ آموزش مدیریت بده رفتاری کودکان به والدین. چاپ اول. تهران: انتشارات قطره.
- دهگانپور، محمد (۱۳۷۷). بررسی کارایی خانواده‌های کودکان دچار اختلال سلوک و بهنجار و تاثیر آموزش مادران بر کاهش اختلال رفتاری کودکان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- سادوک، بنیامین؛ سادوک، ویرجینیا (۲۰۰۳). خلاصه روانپزشکی؛ ترجمه: فرزین رضاعی (۱۳۸۹)؛ چاپ سوم؛ تهران؛ انتشارات ارجمند.
- شیولسون، ریچارد. ج (۱۹۸۸). استدلال آماری در علوم رفتاری. جلد دوم (چاپ سوم). ترجمه ی علیرضا کیامنش (۱۳۷۴). تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- صرامی، زهرا (۱۳۸۶). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مادران مبتلا به وسواس- اجبار بر میزان مشکلات رفتاری کودکان. پایان‌نامه کارشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- فرمند، آتوسا (۱۳۸۵). سودمندی درمان ترکیبی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت و دارودرمانی برعلائم و شیوه‌های تربیتی کودکان ۳-۱۲ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در مقایسه باهریک از این درمانها به تنهایی. پایان‌نامه تخصصی و روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

کلاتری، مهرداد؛ نشاط دوست، حمید و زارعی، محمدباقر (۱۳۸۰). تاثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم فزون کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی. مجله روان‌شناسی، ۵(۲)، ۱۳۵-۱۱۸.

لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام (۱۳۸۱). روان‌شناسی مرضی کودک. چاپ اول. تهران: انتشارات ارسباران.

محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۳). بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم حرفی کودکان بر روی دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی تهران. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.

همیز، پ (۱۹۹۷). پیشگیری و درمان کج خلقی کودکان، ترجمه: رضا امینی (۱۳۸۳)؛ چاپ اول؛ تهران؛ انتشارات کتاب درمانی.

- Barkely, A. (2002). *Defiant children: A clinicians manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Publication
- Barkely, R. A. (1987). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkely, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guil Ford
- Barlow, J. & Passons, J. (2002). *Group based parent-training programs for improving emotional and behavioral adjustment in 0-3 year old children (Cochrane Review)*. The Cochrane library (Issue 2). Oxford. Update software.
- Barlow, J. & Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and parent-training programs. *Journal of Developmental and Behavioral pediatrics*, 21, 356-370.
- Barly, G. (2001). *The Effectiveness of Treatment for Oppositional Defiant Disorder: A Critical Review*. Dissertation of Doctor of Philosophy, United State International University.
- Behan, J., And Carr, A. (2000). Oppositional defiant disorder In A. Carr (Ed). *What works for children and adolescents? A critical review of psychological, interventions with children, adolescents*.
- Bradly, S. J. (2003). *Affect regulation and the development of psychology*. New York: The GuildFord Press.
- Coleman T. (2007). *Help for Kids with Oppositional Defiant Disorder*. Available: <http://www.aap.org>.
- Colmye, L. (2006). When They Don't Leave at 7: Parenting an Adult Child with ODD. *Journal of the American Academy of child and Adolescents Psychiatry*, 20, 50-553.
- Deklyen, M., Splts, M. L. & Greenberg, M. T. (1999). Fathering and early onset conduct problems: positive and negative parenting, father-son attachment, and the marital context. *Clinical child and family psychology review*, J(1), 3-20.

- Dick, M. Viken, J. & Kaprio, J. (2005). Understanding the Co variation Among Childhood Externalizing Symptoms: Genetic and Environmental Influences on Conduct Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (2), 219-233.
- Drugli, M. & Larsson, B. (2006). Childeren aged 4-8 years Treated with Parent Training and Child Therapy Because of Conduct Problems: generalization effects to day-care and school setting. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 15 (7). 105- 120.
- Fashimpar, G. (1992). An Evaluation of three parent training program. The university of Texas at Arlington, in Partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy.
- Gadow, K. D. & Sprafkin, J. (1984). Quick guide to using the Youth inventory- 4 screening kit. Stony Brook, NY: checkmate plus.
- Gadow, K. D., Sprafkin, J. & Pierre, C. (1994). A test- retest Reliability study of the child symptom Inventory- 4: parentchecklist. Unpublished data. Reported in Gadow and sprafkin. (1997). Child symptom Inventory-4 norms manual. Stony Brook, Ny: Checkmate plus.
- Grayson, P. & Carlson, G. A. (1991). The utility of a DSM-III-R based checklist in screeing child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of child and Adolescents Psychiatry*, 30, 69-673.
- Gutierrez, S. R. (2006). A comparison of two parent education programs on the reduction of parent-child stress in mother-child relationship of Hispanic migrant farmworkers. A dissertation for the degree of doctor of philosophy with a major in school psychology, University of Arizon.
- Hanf, M, H. (1969). When ODD Kids, Entitlement Mentality and Verbal Abuse Collide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 23-540.
- Jonse, C. B. (1998). Sourcebook for children with attention Deficit disorder. USA: Communication sill Builders.
- Kane, A. (2004). Oppositional Defiant Disorder treatment. Available on line: www.oppositional-defiant-disorder.Parentingthearriskchild.com
- karen, E. (2002). Complementary and alternative therapies in childhood attention and hyperactivity problems. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24, 4-8.
- Kazdin, AN. E. (1997). Conduct disorders in childhood and adolescence. New Bury Park, CA: Sage Publications.
- Lahey, B, B & Loeber, R., Quay. H. C., Frick, P., & Grimm, J. (1992). Opp0sitional and conduct disorders: Issues to be resolved for DSM-IV. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psycbitry*, 31, 539-546.
- Lavigne, J. V. (1998). Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: Longitudinal stability and pathways to other disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1393-1400.
- Marmurstein, N. R. (2006). Relationship between anxiety and exter- nalizing disorder in youth: The influences of age and gender, *Journal of Anxiety Disorder* (Article in press).

- McHamoun, G. & forehand, R. (1981). long term follow-up assessment of parent training by use of multiple outcome measures. *Behaviour Therapy*, 12643-52.
- Mougan, R and Landy, S. (2005). Working with parents of aggressive clinical preschool: an integrative approach to treatment; *Journal of psychology*, vol. 57(2), 257-269.
- Nixon, R. D. V. (2002). Treatment of behavior problems in psychology review. 22(4): 525-546.
- Patterson, G. R., & Stoolmiller, M. (1991). Replications of a dual failure model for boys depressed mood. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 491-498
- Richardson, J. & Joughin, C. (2002). Parent- training programmes for the management of young children with conduct disorders. Printed in Great Britain by Cromwell Press.
- Sanders M. R. & Turner, K. M. T. (2002). "Every Parent's group work book". Triple International, John Wiley and Sons, Inc.
- Scalors, B. (1999). Young Kids with ODD: Is It Oppositional Defiance Disorder or Just Bratty Behavior? 26(5), 319-333.
- Scott, M. (2008). A cognitive-behavioral approach to clients problems, New York: Routledge.
- Smith, C. (1996). Developing parenting programmes. London: National Children's Bureau.
- Turner K. M. T. and Sanders M. R. (2006). Help when it's needed first: a controlled evaluation of brief preventive behavioral family intervention in a primary care setting behavior therapy, 37, 131-142.
- Watson DL. An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression: A study of the efficacy of play therapy in the school. [Dissertation]. Capella University; 2007.
- Watson, DL. (2003). An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression: A study of the efficacy of play therapy in the school [Dissertation].

Effectiveness of Barkley's parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children

F. Sohrabi¹, H. Asadzadeh² & Z. Arabzadeh³

Abstract

The purpose of the present research was to investigate the effectiveness of Barkley's Parental education program on decreasing the symptoms of oppositional defiant disorder (ODD) in preschool children.

An experimental and a pretest-posttest control group design method have been applied in this regard. Participants of the study were all parents of 40 children who were at pre-school grade. To find and select the main subjects, two steps were taken. At the first step, the selected parents were those whose children gained the scores higher than cut-off point in (CSI-4), and at the second step, for final selection, these chosen parents attended the Structured Diagnostic Interview-based on DSM-IV-TR criteria. Main subjects were finally, those parents whose children's disorder symptoms were confirmed through the diagnostic interview selected and divided randomly in to two experimental (15 people) and control group (15 people). The experimental group received Barkley's Parental education program while the control group received no intervention. The data analysis indicated that the children of mothers who were in experimental group had a significant decrease in the symptoms of ODD, while the children of mothers in control group showed no significant difference. The results of this research suggest that the Barkley's Parental education program is helpful to reduce symptoms of childrens with oppositional defiant disorder. There was a significant decrease in the symptoms of ODD in the children of mothers in experimental group. There was no significant difference between boys and girls.

Key words: Oppositional Defiant Disorder (ODD), Symptoms of disobedience, Barkley's Parental education, preschool children.

1. Faculty member and Associate Professor of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, sohrabi@atu.ac.ir

2. Faculty member and Associate Professor of Allameh Tabataba'i University

3. M.S Psychology of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University