

## اثربخشی مداخلات خانواده محور بر نشانه‌های بالینی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)

لیلا افزلی<sup>۱</sup>

سوگند قاسم‌زاده<sup>۲</sup>

مریم هاشمی بخشی<sup>۳</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخلات خانواده محور بر نشانه‌های بالینی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی با مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون است. برای این منظور ۳۰ نفر از کودکان دارای اختلال رفتاری مراجعه‌کننده به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره به همراه پدران و مادرانشان با استفاده از روش نمونه‌گیری گزینش در دسترس، به‌عنوان نمونه‌ی اصلی پژوهش انتخاب شدند و سپس در دو گروه مساوی ۱۵ نفری والدینشان، قرار گرفتند. گروه آزمایش در برنامه‌ی آموزشی شرکت کردند، اما گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. این برنامه به‌طور کلی در ۱۷ جلسه برگزار شد. جلسات به ترتیب به‌صورت ۳ جلسه‌ی عمومی و گروهی با حضور هم‌زمان پدرها و مادرها (بدون حضور فرزندان)، سپس ۶ جلسه‌ی گروهی برای مادران، ۷ جلسه‌ی بازی‌درمانی انفرادی برای هر کودک و در آخر ۱ جلسه‌ی اختصاصی برای هر خانواده با حضور فرزند تحت برنامه آموزشی به شیوه‌ی شناختی - رفتاری برگزار شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) است. جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخلات خانواده محور بر نشانه‌های بالینی کودکان با اختلال نافرمانی تأثیر مثبت داشته است. **نتیجه‌گیری:** مداخلات خانواده محور منجر به کاهش نشانه‌های بالینی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مداخلات خانواده محور، نشانه بالینی

### مقدمه

شیوع اختلالات عاطفی-رفتاری رو به افزایش است و بر همین اساس متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان به‌موقع این اختلالات تأکید می‌کنند. از آنجاکه الگوهای رفتاری در بزرگسالی دشوارتر تغییر می‌کند، تشخیص هرچه زودتر مشکلات سلامت روان در کودکی یکی از موارد پیشگیری اولیه است (تیگس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰).

یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۵</sup> است که یکی از علل رایج ارجاع کودکان به کلینیک‌های روانشناسی می‌باشد (پتی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱)؛ بنابراین نافرمانی مقابله‌ای کودک می‌تواند باعث بروز ناسازگاری‌های روانی و اجتماعی کودک در خانواده، مدرسه و اجتماع گردد. بر اساس تعریف متن تجدیدنظر شده در

سلامت کودکان و نوجوانان در هر جامعه‌ای اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به بهداشت روانی آن‌ها، باعث می‌شود تا از نظر روانی و جسمی سالم باشند و بتوانند نقش‌های اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (خداوند و همکاران، ۱۳۹۰). وقتی سلامت روان کودک به خطر می‌افتد، بر رشد و عملکرد کودک تأثیر منفی زیادی می‌گذارد. اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودک مشکلات بسیاری ایجاد می‌کند و با بسیاری از مسائل اجتماعی همراه‌اند (اسلامی، ۱۳۹۱). در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف روانی کودک حائز اهمیت است. در سال‌های اخیر میزان

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه تهران، ایران، Leilaafzali@ut.ac.ir

<sup>۲</sup> (نویسنده مسئول) \* استادیار دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران، s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه علوم و تحقیقات آزاد اسلامی، تهران، ایران

4. Tiggs

5. Oppositional Defiant Disorder

6. petty

با توجه به سبب‌شناسی و نقش عوامل محیطی و خانواده در بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ناسازگاری اجتماعی کودک می‌تواند ناشی از شرایط موجود در محیط خانه، فرزندپروری خشن یا توأم با غفلت باشد که در این میان روش‌های مداخله‌ای برای مواجهه با مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار گرفته شده است؛ و مداخله خانواده محور به منزله آنکه خانواده نخستین مکان شکل‌گیری رابطه‌های رفتاری و هیجانی کودک می‌باشد، اهمیت بسزایی دارد. رویکرد خانواده محور، بر اساس تئوری سیستم خانواده<sup>۹</sup> است که رفاه خانواده را بر اساس رفاه کودک مشخص کرده (لِف<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) و بر قدرت، منابع و توانمندی‌های کودک و خانواده تمرکز دارد (سالیبی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). عنصر اصلی در این رویکرد، دخیل کردن خانواده در تصمیم‌گیری، همکاری و ارتباط دوجانبه (خانواده و درمانگر)، احترام متقابل، پذیرش خانواده‌ها، حمایت از خانواده‌ها، سهیم کردن خانواده‌ها در اطلاعات، اختصاصی و منعطف بودن خدمات ارائه‌شده و تلاش در جهت توانمند کردن خانواده‌هاست (دانست<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲). در رویکرد خانواده محور، مداخله در محیط خانه انجام می‌شود و والدین در وضعیت مداخله آموزش می‌بینند؛ بنابراین یک محیط آرام برای کودک ایجاد می‌شود که باعث افزایش حداکثر عملکرد کاری او می‌گردد. اهداف عملکردی توسط خانواده مشخص و آن‌ها در طرح مداخله درمانی درگیر می‌شوند و از طرفی اطلاعات ارزنده‌ای از طرف درمانگر در اختیار آن‌ها قرار می‌گیرد که به کمک آن بتوانند سمت‌وسوی درمان را مشخص کنند و کودک خود را جهت انجام تکلیف‌های تمرینی در یک محیط عملکردی تحت نظر قرار دهند (لمی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۳). در این رویکرد به هر خانواده فرصتی داده می‌شود که خودش را در انتخاب خدماتی که دوست دارد دخیل کرده و در مورد کودک تصمیم بگیرد (روسن‌بام<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). در مداخله خانواده محور، قدرت، توانایی‌ها و نیازهای همه اعضای خانواده در نظر گرفته می‌شود (دانست، ۲۰۰۲). با توجه به اهمیت رابطه بین والدین و کودک در پدیدار شدن مشکلات

پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال ات روانی<sup>۱</sup>، «اختلال نافرمانی مقابله‌ای یک الگوی پایدار خلق خشمگین، تحریک‌پذیر، رفتار جروبحث مقابله‌ای یا تلافی جویانه است». این‌گونه رفتارها دست‌کم با چهار علامت و در طول بیش از شش ماه ادامه دارد و در تعامل با دست‌کم یک نفر غیر از خواهر و برادر فرد بروز می‌کند (انجمن روان-پزشکی آمریکا، ۲۰۱۴). این‌گونه رفتارها شامل: خلق خشمگین، بحث با مراجع قدرت، سرباززدن از قواعد، ناراحتی عمدی دیگران (کاپلان، سادوک، ۲۰۱۳) می‌باشد. در کودکان و نوجوانان، اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در خانواده‌هایی شایع است که در آن‌ها مراقبت از کودک به دلیل جایگزینی پیاپی مراقب‌های مختلف از هم‌گسیخته است یا در خانواده‌هایی که امور مراقبت از کودک به شیوه‌ای خشن، ناپایدار یا توأم با غفلت صورت می‌گیرد (رضاعی و همکاران، ۱۳۹۳). میزان اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه ممکن است بسته به سن و جنس کودک متفاوت باشد و شیوع آن در پسرها بیشتر از دخترهاست (کاپلان، سادوک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). اولین علائم اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه غالباً در طول سال‌های پیش از دبستان و به‌ندرت دیرتر از اوایل نوجوانی پدیدار می‌شود و تظاهرات این اختلال در طول رشد ثابت به نظر می‌رسد (رضاعی و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهش‌های سبب‌شناسی نیز، علت اختلال را ترکیبی از ویژگی‌ها و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی کودکان و شیوه‌های محیط و فرزندپروری خشن، ناپایدار و توأم با غفلت عنوان می‌کنند (ساتون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند (بارت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی هستند (هومرسون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). پیش‌آهنگی این اختلال نامطلوب بوده و اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه اغلب مقدم بر شکل‌گیری اختلال سلوک<sup>۶</sup> است (رضاعی و همکاران، ۱۳۹۳) و در معرض خطر بالای بزهکاری<sup>۷</sup> نوجوانی، رفتار ضداجتماعی<sup>۸</sup> و اختلالات خلقی<sup>۹</sup> هستند (لوئبر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

9. Mood disorders

10. Loeber

11. Family system theory

12. Leff

13. Saleebey

14. Dunst

15. Lammi

16. Rosenbaum

1. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (DSM).

2. Kaplan, Sadocks

3. Sutton

4. Burt

5. Hommersen

6. Conduct Disorder

7. Delinquency

8. Antisocial Behavior

برنامه‌های آموزش خانواده محور که شامل آموزش مهارت‌های حل مسئله، برنامه‌های مبتنی بر مدرسه، مهارت‌های اجتماعی، مدیریت خانواده، تعامل والد - کودک می‌باشد؛ بر کاهش نشانه‌ها تأثیرگذار است.

همان‌طور که گفته شد در مطالعات پژوهشی گوناگون تأثیر مداخلات خانواده محور بر متغیر پژوهشی بررسی شده است. با توجه به نقش والدین و خانواده و سبک‌های فرزندپروری بر نشانگان این اختلال، اقدامات خانواده محور باید ابتدا از خانواده شروع شود چراکه نقش والدین در یادگیری فرزند ضروری و اساسی است. همچنین محیط خانوادگی، احساس امنیت روانی که والدین در خانه فراهم می‌کنند از مهم‌ترین عوامل مؤثر در غنی‌سازی عاطفی و سازگاری اجتماعی و رفتاری فرزندان است. با توجه به اهمیت بحث، پژوهشگران بر آن شدند تا به اثربخشی مداخلات خانواده محور بر نشانگان کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بپردازند.

### روش

پژوهش حاضر از نظر نحوه‌ی گردآوری داده‌ها، از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی با مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون است. در این طرح آزمودنی‌ها با انتساب تصادفی میان گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل تقسیم شدند.

**جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر والدین کلیه‌ی دانش‌آموزان ۷ تا ۱۲ سال شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ شهر تهران بودند که به دلیل مشکلات رفتاری به مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره شهر تهران مراجعه کرده بودند.

ملاک‌های شمول افراد برای شرکت در پژوهش به‌منظور هم‌سازی افراد مورد مطالعه و متناسب با ویژگی‌های آموزش عبارت‌اند از: دارا بودن نشانه‌های اختلال رفتاری به تشخیص روان‌پزشک کودک و نوجوان مراکز مشاوره، کودکان ۷ تا ۱۲ سال، دارا بودن پدر و مادر که باهم زندگی می‌کنند، حداقل تحصیلات دیپلم برای مادر و پدر، علاقه‌مندی شرکت‌کنندگان برای مشارکت در پژوهش بر اساس رضایت‌نامه‌ی کتبی و داشتن بهره‌ی هوشی متوسط به بالا برای کودکان (۹۰ به بالا). همچنین ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش عبارت‌اند از: دریافت مداخله‌ی روان‌شناختی دیگر برای کودکان در زمان اجرای پژوهش، شروع دارودرمانی برای مشکلات روان‌شناختی

رفتاری، آموزش والدین یکی از رایج‌ترین شیوه‌های درمانگری برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای محسوب می‌شود (ساندرز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

پژوهش‌هایی با رویکرد خانواده محور به اعضاء خانواده در جهت بهبود متغیر پژوهشی استفاده شده است. جلالی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثل (3p) بر کاهش علائم کودکان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای به این نتیجه رسیدند که آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، سبب کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مبتلابه این اختلال می‌شود. نتیجه یک مطالعه مقطعی نشان داد که رضایتمندی والدین کودکان با اختلال شدید عاطفی، در نتیجه سوق دادن خدمات به سمت رویکرد خانواده محور، افزایش پیدا می‌کند؛ رضایتمندی از ارائه‌دهندگان خدمات شامل، احساس درگیر شدن بیشتر در تصمیم‌گیری، درک نظرات و هماهنگی بیشتر در خدمات ارائه‌شده بود (دچی‌لو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). رحمانی و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی در مورد ارتباط شیوه تربیتی والدین با میزان مشکلات رفتاری دانش‌آموزان نشان دادند که کودکان با شیوه تربیتی بی‌کفایت، بالاترین میزان مشکلات رفتاری را داشتند. این کودکان در سازش با محیط دچار مشکل شده، گرایش به بزهکاری و رفتار ضداجتماعی در بین دیده‌شده است. شرما<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) در تحقیقی در مورد همبستگی بین جنبه‌های رفتار پدر - مادری و رفتارهای برون‌فکنی بچه‌ها به این نتیجه رسید که همبستگی مثبتی بین خصومت و پرخاشگری کودکان با اغماض رفتار والدینی وجود دارد. سهرابی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش والدینی بارکلی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش‌دبستانی به این نتیجه رسیدند که نافرمانی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای کاهش یافت و آموزش والدین به شیوه بارکلی می‌تواند روش کارآمدی در بهبود علائم رفتاری کودکان شود. صفری و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش بررسی اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به این نتیجه رسیدند که این متغیر سبب کاهش نشانه‌های اختلال در کودکان مبتلا می‌شود. آکادمی آمریکایی روانشناسی کودکان و نوجوانان<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) در تحقیقی با عنوان راهنما برای خانواده‌ها با کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای به این نتیجه رسید که

4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

1. Sanders

2. DeChillo

3. Sharma

درونی برای فرم والد ۰/۹۴ به دست آمده است. در این پژوهش مقدار ضریب آلفا برای مؤلفه‌های بیش‌فعالی- تکانشی، بی‌توجهی و لجبازی- نافرمانی، به ترتیب برابر ۰/۸۲، ۰/۸۵ و ۰/۸۳ به دست آمده است.

### روش اجرا:

در ابتدا والدین ۳۰ نفر از کودکان مبتلابه اختلال رفتاری روش انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و ابزارهای پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های پیش‌آزمون و فرم مشخصات جمعیت شناختی را تکمیل نمودند. گروه آزمایش در برنامه‌ی آموزشی شرکت کردند، اما گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. این برنامه به‌طور کلی در ۱۷ جلسه برگزار شد. جلسات به ترتیب به‌صورت ۳ جلسه‌ی عمومی و گروهی با حضور هم‌زمان پدرها و مادرها (بدون حضور فرزندان)، سپس ۶ جلسه‌ی گروهی برای مادران، ۷ جلسه‌ی بازی‌درمانی انفرادی برای هر کودک و در آخر ۱ جلسه‌ی اختصاصی برای هر خانواده با حضور فرزند تحت برنامه آموزشی به شیوه‌ی شناختی \_ رفتاری برگزار شد (جدول ۱). بعد از پایان آموزش، هم‌زمان پس‌آزمون‌ها توسط دستیاران پژوهشگر اجرا شد. شایان‌ذکر است که به‌طور خلاصه با مطالعه‌ی منابع موجود، محتوای آموزشی برنامه، هدف‌های عمومی زیر را دنبال کرده است: آشنایی با اختلال لجبازی مقابله‌ای، علل و عوامل، مداخله‌ها؛ آشنایی با راهکارهای کاهش علل تداوم‌بخش اختلال نافرمانی مقابله‌ای؛ بهبود شیوه‌های ارتباطی و روابط بین‌فردی والدین با یکدیگر؛ بهبود شیوه‌های ارتباطی والدین با فرزندان؛ بهبود شیوه‌های ارتباطی و روابط بین‌فردی اعضای خانواده؛ خواهرها و برادرها و...؛ آموزش مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز و آموزش دستوردهی مناسب. پس از جمع‌آوری اطلاعات به‌منظور تحلیل داده‌ها، افزون بر روش‌های آمار توصیفی، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

کودکان طی یک ماه قبل از شروع مداخله، همب‌ودی با اختلال‌های یادگیری، دریافت مداخله‌ی روان‌شناختی دیگر برای مادر و پدر در زمان اجرای پژوهش و ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن پدر، مادر و فرزند. درنهایت در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر از کودکان دارای اختلال رفتاری مراجعه‌کننده به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره به همراه پدران و مادرانشان با استفاده از روش نمونه‌گیری گزینش در دسترس، به‌عنوان نمونه‌ی اصلی پژوهش انتخاب شدند و سپس در دو گروه مساوی پانزده‌نفری والدینشان، به شرح زیر به‌طور تصادفی قرار گرفتند:

- گروه آزمایشی: گروه شرکت‌کننده در برنامه مداخله خانواده محور
  - گروه کنترل: هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.
- به‌منظور گردآوری اطلاعات و داده‌های پژوهش حاضر از دو ابزار به شرح زیر استفاده شد:

### پرسشنامه‌ی واری و ویژگی‌های جمعیت شناختی:

پرسشنامه‌ی واری و ویژگی‌ها و مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان شامل جنسیت، سن، پایه‌ی تحصیلی کودکان؛ و وضعیت تحصیلی، شغلی، اقتصادی برای والدین و تعداد فرزندان در خانواده می‌شد.

### پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4):

سنجش نشانه‌های بالینی در این پژوهش از فرم والدین پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) استفاده شده است. این پرسشنامه به‌منظور تشخیص اختلالات روان‌پزشکی کودکان مورداستفاده قرار می‌گیرد که بر اساس راهنمای تشخیص اختلالات روانی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۱۱۰ سؤال است که ۲۶ سؤال ابتدایی آن مربوط به نشانه‌های بالینی کودکان ODD می‌باشد. این سؤالات شامل نشانه‌های بیش‌جنبشی، اختلال دقت، اختلال بیش‌جنبشی و دقت (مرکب) و ضدیت و رفتار مقابله‌ای است.

این پرسشنامه توسط وکیل قاهانی در سال ۱۳۹۰ در ایران هنجاریابی شده است. مقدار ضریب اعتبار به روش هم‌هنگی

### جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی

جلسه	شرکت‌کنندگان	محتوا
جلسه ۱	گروهی (پدر و مادر)	معارفه معرفی برنامه-توافق بر قوانین - بهبود بخشی روابط درون خانوادگی، ارتباط در خانواده سالم و ناسالم-سبک‌های مختلف برقراری ارتباط-برقراری تعامل سالم و مثبت در خانواده
جلسه ۲ و ۳	گروهی (پدر و مادر)	مرور جلسه قبل، زمان با کیفیت برای خود-مهارت‌های فردی در تنظیم خلق؛ کنترل خشم در خانواده. آشنایی با علیت حلقوی و بازسازی شناختی در روابط همسران-موانع ارتباطی. تفاوت‌های روان‌شناختی زن و مرد-جاذبه‌ها و دافع‌های ارتباطی همسران
جلسه ۴ و ۵	گروهی (مادر)	شناسایی ویژگی‌های این کودکان-روابط خواهر و برادر، ایجاد مرز برای کودک،

مرور جلسه قبل، شناسایی رفتارهای سالم و ناسالم در کودک-هدفهای تربیتی سالم و ناسالم در خانواده	گروهی (مادر)	جلسه ۶ و ۷
مرور جلسه قبل، تربیت سالم: راهکارهای افزایش رفتارهای سالم و کاهش رفتار ناسالم، راهکارهای افزایش مسئولیت‌پذیری در کودک	گروهی (مادر)	جلسه ۸ و ۹
معارفه، ایجاد ارتباط و حس اطمینان، بازی آزاد	بازی‌درمانی انفرادی (کودک)	جلسه ۱۰
بازی‌های حرکتی (بازی با توپ، رد شدن از موانع، لی‌لی، دارت.)	بازی‌درمانی انفرادی (کودک)	جلسه ۱۱ و ۱۲
بازی‌های حرکتی + پازل، رنگ‌آمیزی، ماز، دومینو، کارت‌های مصور	بازی‌درمانی انفرادی (کودک)	جلسه ۱۳ و ۱۴
بازی‌های تمرکزی + بازی نقش، به دستور من، نقشه گنج	بازی‌درمانی انفرادی (کودک)	جلسه ۱۵ و ۱۶
مرور و بررسی دستاوردهای اعضای خانواده، پاسخ به سؤالات و بررسی مشکلات احتمالی	گروهی (پدر، مادر و فرزند)	جلسه ۱۷

### یافته‌ها

با توجه به اینکه متغیر وابسته (نشانه‌های بالینی) دارای چهار مؤلفه اختلال دقت، بیش جنبشی، اختلال مرکب و ضدیت و نافرمانی، می‌باشد، به‌منظور بررسی تأثیر مداخلات خانواده محور بر آن‌ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، استفاده شده است. در ابتدا به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، به بررسی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین پرداخته شده است.

مداخلات خانواده محور بر نشانه‌های بالینی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است. از آنجاکه طرح این تحقیق شبه آزمایشی و از نوع طرح دوگروهی ناهمسان با پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد، لذا برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود. علت استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل تأثیر متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) می‌باشد.

### جدول ۲- آزمون لوین- بررسی همگنی واریانس‌ها

مؤلفه‌ها شاخص آماری	اختلال دقت	بیش جنبشی	اختلال مرکب	ضدیت
مقدار F	۰/۵۱	۰/۸۶	۱	۰/۷۱
سطح معناداری	۰/۵۵	۰/۳۲	۰/۳۳	۰/۳۹

همگن می‌باشند. به‌این ترتیب استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره مجاز است (جدول ۲).

مقادیر F به‌دست‌آمده، نشان می‌دهد که تفاوت واریانس گروه‌ها در سطح  $P \leq 0.05$  معنادار نیست؛ بنابراین، واریانس گروه‌ها با یکدیگر تفاوت معنادار ندارد و درواقع گروه‌ها

### جدول ۳- شاخص‌های اعتباری آزمون کوواریانس در تأثیر مداخلات خانواده محور بر نشانه‌های بالینی

#### ODD

شاخص‌های اعتباری	مقدار شاخص	مقدار F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۱۱	۲/۳۱	۰/۰۱
لامبدا ویلکز	۰/۸۹	۲/۳۱	۰/۰۱

بر اساس جدول ۳ مقدار اثر پیلایی  $0/11 (F=2/31)$  می‌باشد که در سطح  $P \leq 0,01$  معنادار می‌باشد و مقدار  $0/89$  وابسته دو گروه آزمایش و گواه با یکدیگر تفاوت معنادار دارند.

#### جدول ۴ - تحلیل کوواریانس چندمتغیره در خصوص تأثیر مداخلات خانواده محور بر نشانه‌های بالینی ODD

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
اختلال دقت	۴۰۲/۱۵	۱	۴۰۲/۱۵	۱۴/۰۳	۰/۰۰۰۱
بیش جنبشی	۳۸۳/۹۱	۱	۳۸۳/۹۱	۱۰/۹۵	۰/۰۰۰۱
اختلال مرکب	۲۹۳/۴۲	۱	۲۹۳/۴۲	۸/۲۴	۰/۰۰۰۱
ضدیت	۴۷۴/۶۲	۱	۴۷۴/۶۲	۱۶/۱۷	۰/۰۰۰۱

بررسی تفکیکی متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که مقدار F به‌دست‌آمده در همه مؤلفه‌ها در سطح  $P \leq 0,01$  معنادار است.

والد و کودک را در برمی‌گیرد و نیز آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق تقویت مثبت رفتارهای مناسب کودک و کمک به وی که اثر متقابل اجتماعی را درک کند مفید است که این مهارت در مدرسه و یا گروه همسالان و خانواده به کودک آموزش داده می‌شود. از این رو، نتایج یادشده همسو با نتیجه حاصل از تأیید فرضیه‌ی پژوهش حاضر که مداخلات خانواده محور بر نشانه‌های بالینی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است؛ می‌باشد.

در توجیه این امر باید گفت خانواده به‌منزله آنکه نخستین مکان شکل‌گیری رابطه‌های رفتاری و هیجانی کودک می‌باشد، اهمیت بسزایی دارد. یک محیط آرام برای کودک باعث ایجاد افزایش حداکثر عملکرد او می‌گردد و اینکه بهترین موقعیت برای تعیین نیازهای کودک با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و عنصر کلیدی فرزندپروری مثبت، خانواده‌هایشان هستند و تعاملات صحیح والدین با کودکانشان پیش‌بینی کننده کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای در فرزندانشان است.

درواقع در برنامه حاضر آموزش به شیوه‌ی شناختی \_ رفتاری به خانواده‌ها با محتوا و هدف‌های عمومی شامل آشنایی با اختلال لجبازی مقابله‌ای، علل و عوامل، مداخله‌ها؛ آشنایی با راهکارهای کاهش علل تداوم‌بخش اختلال نافرمانی مقابله‌ای؛ بهبود شیوه‌های ارتباطی و روابط بین‌فردی والدین با یکدیگر؛ بهبود شیوه‌های ارتباطی والدین با فرزندان؛ بهبود شیوه‌های ارتباطی و روابط بین-فردی اعضای خانواده؛ خواهرها و برادرها و...؛ آموزش مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز و آموزش دستوردهی مناسب؛ آموزش داده شد. از این رو تجهیز والدین به روابط صحیح با کودکانشان؛ می‌تواند تا حد زیادی از بروز مشکلات بین آن‌ها جلوگیری به عمل آورد. همچنین شایان ذکر است دوره‌های آموزشی به‌صورت جلسات

در مؤلفه بیش جنبشی نمره پیش‌آزمون برابر  $1/75$  و در پس‌آزمون برابر صفر می‌باشد، در مؤلفه اختلال در دقت نمره پیش‌آزمون برابر  $0/75$  و در پس‌آزمون برابر صفر می‌باشد، در مؤلفه اختلال مرکب (بیش فعالی و اختلال دقت) نمره پیش‌آزمون برابر  $1/25$  و در پس‌آزمون برابر صفر می‌باشد، در مؤلفه ضدیت نمره پیش‌آزمون برابر  $7/25$  و در پس‌آزمون برابر صفر می‌باشد، به استناد کاهش نمرات در پس‌آزمون گروه آزمایش و تغییر اندک نمرات در گروه گواه، می‌توان گفت، مداخلات خانواده محور بر نشانه‌های بالینی ODD تأثیر مثبت داشته است (جدول ۴).

#### بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی برنامه‌ی مداخلات خانواده محور بر نشانه‌های بالینی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، مداخله‌ی خانواده محور توانسته بود که نشانه‌های بالینی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در سطح معناداری پس از اجرای برنامه تغییر دهد. با توجه به آماره‌های به‌دست‌آمده؛ میانگین نمره‌ی پیش‌آزمون - پس‌آزمون در گروه آزمایشی و کنترل در مؤلفه‌های اختلال دقت، بیش جنبشی، اختلال مرکب و ضدیت و نافرمانی، در سطح معناداری با یکدیگر تفاوت داشتند. این در حالی است که گروه کنترل تقریباً در کلیه‌ی مؤلفه‌ها در بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر قابل‌ملاحظه‌ای را نشان نداده است و نشان‌دهنده کاهش نشانه‌های بالینی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد. یافته‌های فوق با پژوهش‌هایی که دیاموند و همکاران (۲۰۰۵)؛ پارت و همکاران (۲۰۱۶)، و ندا (۲۰۱۶)، ماریپی و همکاران (۲۰۱۷) انجام داده‌اند؛ نیز همخوان است. وندا (۲۰۱۶) دریافت که ترکیب انواع درمان می‌تواند اثربخش باشد که آموزش برنامه‌های اثربخش خانواده؛ در فعالیت‌هایی که

رحمانی، فرناز؛ سیدفاطمی، نعیمه؛ برادران رضاعی، مهین؛ صداقت، کامران؛ فتاحی آذر، اسکندر (۱۳۸۵). بررسی ارتباط شیوه‌های تربیتی والدین با میزان مشکلات رفتاری دانش‌آموزان. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال ۱۲، شماره ۴، ص ۳۷۰ - ۳۶۵.

سهرابی، فرامرز؛ اسدزاده، حسن؛ عرب‌زاده کوپانی، زهره (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش والدین بارکلی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش‌دبستانی. *مجله روانشناسی مدرسه*، دوره ۲، شماره ۲/۳-۱۰-۸۲.

صفری، سهیلا؛ فرامرز، سالار؛ عابدی، احمد (۱۳۹۱). تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی بالینی* - سال چهارم شماره ۴ (پیاپی ۱۶).

مرادی، امید؛ تنایی، باقر (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله بر تعارضات والد - فرزند در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران. *نشریه پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)* ۲۰، ۲۳-۲۸.

### منابع انگلیسی:

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2009). www.A A C A P. O R G / Eaacap on aacap.org. ODD A Guide for Families.
- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. (2010). Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 516-525.
- Dunst CJ. (2002). Family-centered practices birth through high school. *The Journal of Special Education*; 36(3):141-149.
- Diamond, J. Josephson, A (2005). Family-Based Treatment Research: A 10-Year Update, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, V 44, 872-887
- Hommersen, P., Murray, C., Ohan, J., & Johnston, C. (2006). Oppositional Defiant Disorder Rating Scale: Preliminary Evidence of Reliability and Validity *Emotional and Behavioral Disorders*. 30. (4):145-157.
- Kaplan H, Sadocks B. (2013). Synopsis of psychiatry. Tehran: Arjmand Publication.
- Lammi BM, Law M. (2003). The effects of family-centred functional therapy on the occupational performance of children with cerebral palsy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*; 70(5):285-295.
- Leff P, Walizer E. (2004) Building the healing partnership: parents, professionals, and children with chronic illnesses and disabilities. Cambridge: Brookline,.

عمومی و گروهی با حضور هم‌زمان پدرها و مادرها (بدون حضور فرزندان)، جلسات برای مادران، جلسات بازی‌درمانی انفرادی برای هر کودک و در آخر یک جلسه‌ی اختصاصی برای هر خانواده با حضور فرزند تحت برنامه آموزشی و با رویکرد خانواده محور برگزار شد که در نهایت باعث کاهش نشانه‌های بالینی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای شد.

با توجه به یافته‌های مربوط به کاهش شدت نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در اثر آموزش، می‌توان ذکر کرد؛ که مداخله بکار گرفته‌شده در پژوهش حاضر، روش سودمندی جهت کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مبتلا بوده است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که بسیاری از مشکلات کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در محیط خانواده فراگرفته می‌شوند و عوامل نگه‌دارنده آن‌ها نیز در همین محیط قرار دارند؛ بنابراین می‌توان پذیرفت که آموزش افرادی که بیشترین زمان را با کودک می‌گذرانند (خانواده) و بیشترین تأثیر را بر او دارند، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در کودک افزایش می‌دهد. از این رو و با توجه به تأیید فرضیه‌ی تحقیق و با توجه به پیشینه قوی و تحلیل پژوهشگران می‌توان اذعان داشت که با آموزش نحوه‌ی رفتار صحیح و دقیق، مداخلات خانواده محور بر کاهش اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای تأثیر دارد.

### محدودیت‌های پژوهش:

با توجه به اینکه نمونه انتخاب‌شده مربوط به شهر تهران است، بنابراین به تعمیم نتایج به سایر نقاط کشور باید با احتیاط عمل کرد.

### پیشنهاد‌های پژوهش:

به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود این مداخله را، برای سایر گروه‌های اختلال رفتاری و اختلال کمبود توجه و بیش‌فعال اجرا نمایند.

### منابع فارسی

- اسلامی، محمد (۱۳۹۱). بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر تهران. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۸(۱)، ۹۸ - ۱۰۹.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، *DSM-5*، (۲۰۱۴). ترجمه رضاعی، فرزین. فخرایی، علی. فرمند، آتوسا. نیلوفری، علی. هاشمی آذر، ژانت. شاملو، هاملو. خدام، حمیرا؛ مدانلو، معصومه؛ ضیایی، طیبه و کشتکار، عباسعلی (۱۳۹۰). اختلالات رفتاری و برخی عوامل مرتبط با آن در کودکان سن مدرسه‌ی شهر گرگان. *پژوهش پرستاری*، ۴(۱۴)، ۳۷ - ۲۹.
- جلالی، محسن؛ شعبیری، محمدرضا؛ طهماسبیان، کارینه؛ پراحمدی، الناز (۱۳۸۸). تأثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت (3p) بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد*، سال شانزدهم، شماره ۳۴

- Petty, C., & Mick, E. (2011). Parsing the Familiarity of Oppositional Defiant Disorder from that of Conduct Disorder: A Familial risk Analysis. *Journal of Psychiatric research*. 43 (4). 345-352.
- Saleebey D. (2007) The strengths perspective in social work practice. New York: Longman,
- Sanders M. R. & Turner, K. M. T. (2012). "Every Parent's group work boo". Triple International, John Wiley and Sons, Inc.
- Sharma, V., sandhu, G. (2006). A community study of Association between parenting dimension and Externalizing Behavior. *J. Indian assoc. Child Adolesc. Ment. Health*: 2(2): 48- 58.
- Sutton Hamilton S, Armando J. (2014) Oppositional defiant disorder. *Am Acad Fam physicians*. 78(7): 861-868.
- Wanda Lockwood, RN, BA, MA (2016). Oppositional Defiant Disorder (ODD). Provider Information and Specifics available on Website [www.RN.ORG](http://www.RN.ORG).
- Loeber R, Burke JD, Pardini DA. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder and psychopathic features. *J Child Psychol psychiatry*.; 50(1-2): 133-142.
- Murrihy, R, Burns, J, Reinke, J, Herman, K, King, K (2017). Evidence-Based Assessment and Intervention for Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in School Psychology, *Handbook of Australian School Psychology*. pp 331-347
- Rosenbaum P, King S, Law M, King G, Evan J. (2000). Family-centred service: a conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*; 18:1-20
- Parent, J, Sonuga-Barke, E, Peisch, V, Long, N, Abikoff, H. (2016). 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. *Journal of Abnormal Child Psychology*. V 44., 1503-1513



## 9

## The effectiveness of family-centered interventions on clinical symptoms of children with oppositional defiant disorder

Leila afzali<sup>1</sup>  
Sogand Ghasemzadeh<sup>2</sup>  
Maryam Hashemi Bakhshi<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** This study aimed to determine the effectiveness of family-centered interventions on clinical symptoms of children with oppositional defiant disorder is.

**Methods:** Quasi-experimental study with pre-test and post-test. For this purpose by using convenience sampling method, were selected 30 children with behavioral problems and their parent that had been referred for receive service to services psychology and counseling center. The experimental group participated in a training program, but the control group received no training. In general, this program was conducted in 17 sessions. Sessions as the training program of cognitive-behavioral approach were respectively 3 Session of parents all together (without children), 6 Session group for mothers, 7 Session Individual play therapy for children and finally one Session for each family and a child. The instrument used in this study Child Symptom Inventory (CSI-4) is. For the analysis data used of multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

**Results:** The results showed that Family-based interventions had a positive effect on the clinical symptoms of children with oppositional defiant disorder.

**Conclusion:** family-based interventions lead to decreased clinical symptoms of oppositional defiant disorder in children.

**Key words:** oppositional defiant disorder, family-based interventions, clinical symptoms

<sup>1</sup> PhD student of educational Psychology, University of Tehran

<sup>2</sup>Assistant Professor of Psychology of Exceptional Children, University of Tehran.(Corresponding Author).s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

<sup>3</sup>PhD student. Psychology of Exceptional Children. Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran