MEJDS. 2023; 13:127.
Published online 2023 Dec. **Original Article**

Studying the Effectiveness of the Mother-Centered Cognitive-Behavioral Intervention Package Specific for 4-6 Years Old Children With Externalizing Disorders on Improving Parent-Child Interaction

Dorostkar S[1], *Hassanzadeh S[2], Vakili S[3], Ghasemzadeh S[4]

Author Address
1. PhD Student in Psychology and Children with Exceptional Education, Islamic Azad University Science and Research Branch, Tehran, Iran;
2. Associate Professor, Psychology Group, Faculty of Education Sciences & Psychology, Tehran University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Faculty of Psychology and Children with Exceptional Education, Islamic Azad University Science and Research Branch, Tehran, Iran;
4. Assistant Professor, Psychology Group, Faculty of Education Sciences & Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** hasanz@ut.ac.ir

Received: 2023 March 10; **Accepted:** 2023 December 5

Abstract

Background & Objectives: Externalizing disorders are common in children and appear in preschool and school ages. The disorders include Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Conduct Disorder (CD), and Oppositional Defiant Disorder (ODD), whose symptoms have a negative impact on the interaction between children and parents. One of the effective and well–known treatments to reduce children's behavioral problems is cognitive–behavioral therapy (CBT). This therapy is one of the extensive non–medicinal approaches. It is essential to intervene with children with externalizing disorders as early as possible before their maladaptive behaviors become increasingly stable and destructive. Education should start with mothers because of the parent's role, especially mothers, who interact and communicate most with children. The present study investigated the effectiveness of a package of cognitive–behavioral interventions centered on mothers with children with externalizing problems in improving child–parent interaction.

Methods: This quasi–experimental study employed a pretest–posttest and a two–month follow–up design with a control group. The study subjects were 30 mothers with children with externalizing problems who were chosen by convenience sampling. Then, they were randomly assigned to the experimental and control groups. The research tools were the Parent–Child Relationship Scale (PCRS) (Pianta et al., 1997) and mother–centered cognitive–behavioral intervention (CBT). The program was implemented in two main stages, including the main framework of cognitive behavioral therapy and the combination of this framework with the behavioral characteristics of children and the problems of mothers with children with externalizing behavioral disorders. The experimental group received CBT intervention for twelve 120–minute sessions, but the control group did not receive any intervention. Descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, and percentage) were used to describe the obtained data. For data analysis, analysis of variance with repeated measurements and post hoc Bonferroni test were used. All analyses were done using SPSS version 24 software. The significance level of statistical tests was considered 0.050.

Results: The results showed that the group effect, the time effect, and the interaction effect of time and group on the variables of conflict and dependence and positive relationship were significant ($p<0.05$). In the experimental group, in the variables of conflict and dependence, the average scores of the posttest and follow–up stages were significantly reduced compared to the average scores of the pretest stage ($p<0.001$). Also, in the variables of conflict ($p=1.000$) and dependence ($p=0.323$), the difference between the scores of the posttest and follow–up in the intervention group was not significantly different, indicating the stability of the treatment effects over time. In the experimental group, in the positive relationship variable, the average scores of the posttest and follow–up stages increased significantly compared to the average scores of the pretest stage ($p<0.001$). Also, the difference between the scores of the posttest and the scores of the follow–up in the intervention group was not significant, indicating the stability of the treatment effects over time ($p=0.319$). However, in the control group, in the mentioned variables, the difference between the scores of the pretest stage and the scores of the posttest and follow–up stages was not significant ($p>0.05$)

Conclusion: According to the research findings, the mother–based cognitive behavior intervention (CBT) effectively improves the parent–child relationship. This therapy, as an effective and beneficial intervention, is suggested for families with children with externalizing disorders.

Keywords: Mother–centered cognitive–behavioral interventions, Externalizing disorders, Parent–child interaction.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

Copyright © 2023, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۱۲۷.

انتشار برخط آذر ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی بستهٔ مداخلات شناختی‌رفتاری مادرمحور ویژهٔ کودکان ۴تا۶ سال مبتلا به اختلال برون‌نمود بر بهبود تعامل والدــ کودک

ساناز درستکار[۱]، *سعید حسن‌زاده[۲]، سمیرا وکیلی[۳]، سوگند قاسم‌زاده[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران؛

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** hasanz@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۹اسفند۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴آذر۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات برون‌نمود اغلب در سنین پیش‌دبستانی و مدرسه در کودکان بروز می‌کند و نشانه‌های این اختلال بر تعامل کودک و والدین اثرات منفی دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بستهٔ مداخلات شناختی‌رفتاری مادرمحور ویژهٔ کودکان مبتلا به اختلال برون‌نمود بر بهبود تعامل والدــ کودک انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی مادران کودکان با اختلال برون‌نمود ۴تا۶ سال (سنین پیش‌دبستان) شهر تهران در سال ۹۹ــ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این میان، سی مادر داوطلب واجد شرایط دارای کودک مبتلا به اختلالات برون‌نمود با روش نمونه‌گیری دردسترس به‌عنوان گروه نمونه وارد مطالعه شدند. سپس به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تعامل والدــ کودک (پیانتا و همکاران، ۱۹۹۷) و بستهٔ شناختی‌رفتاری مادرمحور بود. گروه آزمایش طی دوازده جلسه درمان ۱۲۰دقیقه‌ای، مداخلهٔ شناختی‌رفتاری را دریافت کرد؛ ولی گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵۰ در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت.

یافته‌ها: اثر گروه، اثر زمان و اثر متقابل زمان و گروه بر متغیرهای تعارض و وابستگی و ارتباط مثبت معنادار بود ($p<۰/۰۵$). در گروه آزمایش، در متغیرهای تعارض و وابستگی، میانگین نمرات مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با میانگین نمرات پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافت ($p<۰/۰۰۱$) و در متغیر ارتباط مثبت، به‌طور معناداری افزایش یافت ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین در متغیرهای مذکور، تفاوت بین نمرات مرحلهٔ پس‌آزمون با نمرات مرحلهٔ پیگیری در گروه مداخله معنادار نبود که بیانگر ثبات اثرات درمان با گذشت زمان بود ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، درمان شناختی‌رفتاری مادرمحور بر بهبود تعامل والدــ کودک مؤثر است و کارایی دارد. این روش درمانی به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر و سودمند برای خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلالات برون‌نمود پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مداخلات شناختی‌رفتاری مادرمحور، اختلال برون‌نمود، تعامل والدــ کودک.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیارــ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

۱ مقدمه

اختلالات برون‌نمود[1]، از اختلالات بسیار شایع در کودکان است و شامل اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه[2] و اختلال سلوک[3] و اختلال نافرمانی مقابله‌ای[4] می‌شود (۱). شیوع اختلال بیش‌فعالی حدود ۷/۲درصد است؛ درحالی‌که اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای به‌ترتیب ۳/۵ و ۲/۸درصد تخمین زده شده است. اگرچه اختلال بیش‌فعالی جزو اختلالات عصب‌شناختی دسته‌بندی می‌شود و اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک جزو اختلال‌های رفتار مخرب قرار دارد، هر سه با مشکلات پرخاشگری[5] و کنترل‌ـ تکانه[6] و رفتار شکستن قوانین[7] همراه هستند (۲). کودکان با اختلال رفتاری برون‌نمود عملکردهای اجتماعی و تحصیلی ضعیف‌تری درمقایسه با سایر کودکان دارند (۳). به‌علاوه خطر بیشتری از پیامدهای منفی رفتار در بزرگسالی مانند افزایش خطر بیکاری، جرم و جنایت، مشکلات مالی و افزایش نرخ مرگ‌ومیر آن‌ها را تهدید می‌کند (۴،۵). همچنین آن‌ها درمعرض خطر بیشتری برای ایجاد مشکلات عاطفی هستند و مشکلات آنان می‌تواند با اضطراب و افسردگی همراه باشد. به‌نظر می‌رسد این هم‌زمانی اختلالات باعث آسیب شدیدتری در مقایسه با زمانی می‌شود که کودکان به‌تنهایی با هریک از این اختلالات تشخیص داده می‌شوند (۲،۶).

شواهد فزاینده‌ای دربارهٔ اهمیت کیفیت رابطهٔ والدـ کودک در ایجاد رفتار مشکل‌آفرین در اوایل نوجوانی وجود دارد. علاوه‌براین، کودکان و نوجوانان با روابط گرم و محبت‌آمیز با والدین خود، مشکلات رفتاری کمتری نشان می‌دهند. به‌طور خاص، سطوح بالاتر گرمی والدین منجربه سطوح پایین‌تری از مشکلات درون‌نمود و نیز برون‌نمود می‌شود که تأثیر تعامل والدـ کودک را بر کاهش اختلالات برون‌نمود بیان می‌کند (۷). در اختلالات برون‌نمود معمولاً بعد از شروع بیماری علائم اختلال برون‌نمود ادامه می‌یابد و سبب اختلال در روابط بین‌فردی می‌شود. والدین می‌توانند رفتارهای کنترل‌کننده و تنبیهی از خود نشان دهند. آن‌ها اغلب کمتر به نیازهای فرزندان خود پاسخ می‌دهند و ممکن است خود علائم آسیب شناختی‌روانی ایجاد کنند. به‌دلیل اثرات مضر و طولانی‌مدت اختلالات برون‌نمود بر فرد و خانوادهٔ وی، به‌نظر می‌رسد درمان به‌موقع و مؤثر بسیار مهم است (۱).

یکی از درمان‌های کارآمد و شناخته‌شده برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان، درمان شناختی‌رفتاری[8] است. این درمان از رویکردهای بسیار گستردهٔ غیردارویی به‌شمار می‌رود. همان‌گونه که ذکر شد، اختلالات رفتاری برون‌نمود از دلایل عمدهٔ مراجعهٔ کودکان و نوجوانان به مراکز سلامت روان است؛ بنابراین مهم است که مداخلهٔ کودکان مبتلا به اختلال برون‌نمود در اسرع وقت و قبل از اینکه رفتارهای ناسازگار به‌طور فزاینده‌ای پایدار و مختل‌کننده شود، صورت گیرد (۸). درمان شناختی‌رفتاری نقص در تنظیم احساسات و حل مشکلات اجتماعی را هدف قرار می‌دهد؛ مهارت‌هایی که با رفتار پرخاشگرانه مرتبط هستند (۹). از برچسب شناختی‌رفتاری برای اشاره به مداخلاتی استفاده می‌شود که برای کودک یا والدین انجام می‌گیرد و بر اصول یادگیری و استفاده از راهبردهای ساختارمند برای تولید تغییرات در تفکر و احساس و رفتار تأکید دارد (۱۰).

تحقیقات بسیاری درزمینهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری انجام شده است. شواهد نشان از کاهش مشکلات رفتاری و نیز پیشگیری و اصلاح پرخاشگری و رفتارهای اخلالگر کودکان دارد که در پژوهشی فراتحلیل این نتایج به‌دست آمد (۱۱). لوچمن و همکاران بیان کردند، درمان شناختی‌رفتاری کاهش معناداری در مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان با اختلال رفتاری برون‌نمود ایجاد می‌کند (۸). پژوهش سوخودولسکی و همکاران به اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر سازوکارهای پرخاشگری در اختلالات برون‌نمود اشاره داشت (۱۲). نتایج پژوهش‌های قبلی نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری کودک‌محور به‌طور درخورتوجهی درحد ۵۰تا۸۰درصد باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان و اضطراب آن‌ها می‌شود؛ بااین‌حال برخی کودکان درمقایسه با سایر کودکان به درمان کمتر پاسخ می‌دهند و راه‌هایی برای بهبود عملکرد کودکان درنظر گرفته شده که از راه‌های مهم‌تر مشارکت والدین و خانواده در درمان است (۱۳،۱۴).

مداخلات رفتاری مبتنی‌بر خانواده و اعضای آن، از درمان‌های بسیار مؤثر و مستند برای کاهش رفتارهای مخالف و مخرب در کودکان است. این رویکرد مبتنی‌بر مهارت، شامل آموزش والدین می‌شود تا به کاهش مشکلات رفتاری کودکان کمک کند (۱۵). درقیاس با مداخلات فردی در کودکان، هنگامی‌که مداخله متمرکز بر خانواده باشد درمقایسه با زمانی‌که درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک استفاده شود، اثربخشی بیشتری دارد (۱۶).

باتوجه به چالش‌های مختلف مطرح‌شده‌ای که کودکان مبتلا به اختلال برون‌نمود (اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک)، در دوران کودکی و در ادامه در بزرگسالی با آن‌ها مواجه خواهند بود، اقدامات درمانی فوری، ضروری به‌نظر می‌رسد. باتوجه به نقش خانواده و والدین به‌ویژه مادر در نشانگان این اختلال، اقدامات باید ابتدا از آموزش مادر شروع شود که بیشترین تعامل و ارتباط را با کودک دارد؛ به‌طورکلی محیط خانواده و امنیت روانی که در خانه فراهم می‌شود، از عوامل مهم‌تر مؤثر در بهبود مشکلات رفتاری و افزایش سازگاری عاطفی و هیجانی کودکان است که نشان از اهمیت توجه به نقش والدین به‌خصوص مادر در فرایند درمان کودک دارد. براساس اهمیت مداخلات مادرمحور برای کودکان و کمبود مطالعه در این زمینه، انجام پژوهش حاضر ضروری به‌نظر رسید؛ ازاین‌رو این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بستهٔ مداخلات شناختی‌رفتاری مادرمحور، ویژهٔ کودکان مبتلا به اختلال برون‌نمود بر بهبود تعامل والدـ کودک انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و

[1]. Externalizing problems
[2]. Attention Deficit Hyperactivity
[3]. Conduct Disorder
[4]. Oppositional Defiant Disorder
[5]. Aggression
[6]. Impulse-control
[7]. Rule breaking
[8]. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی مادران کودکان با اختلال برون‌نمود شامل اختلال بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ۴تا۶ سال (سنین پیش‌دبستان) شهر تهران در سال ۹۹ـ۱۳۹۸ تشکیل دادند. در پژوهش حاضر تعداد سی نفر داوطلب واجد شرایط (پانزده نفر گروه آزمایش، پانزده نفر گروه گواه) براساس نرم‌افزار جی‌پاور و با درنظرگرفتن سطح اطمینان ۹۵درصد و توان آزمون ۸۰درصد و اندازهٔ اثر ۵۰، به‌روش نمونه‌گیری دردسترس و با رعایت ملاک‌های ورود، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: تشخیص اختلال طیف برون‌نمود شامل اختلال بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای؛ رضایت مادران برای شرکت در جلسات آموزشی؛ محدودهٔ سنی ۴تا۶سال (سنین پیش‌دبستان)؛ نداشتن کم‌توانی ذهنی باتوجه به پرونده؛ وجودنداشتن بیماری خاص یا ناتوانی جسمی شدید در مادر و کودک. معیارهای خروج آزمودنی‌های گروه آزمایش از پژوهش شامل تعداد غیبت بیش از دو جلسه و همکاری‌نکردن برای شرکت در جلسات آموزشی بود. برای رعایت اخلاق پژوهشی، همهٔ شرکت‌کنندگان آگاه شدند که اطلاعات به‌منظور اهداف پژوهشی گردآوری می‌شود و اطلاعات پاسخ‌دهندگان محرمانه خواهد بود؛ همچنین به آن‌ها یادآوری شد که درصورت تمایل می‌توانند از نتایج پژوهش آگاه شوند؛ به‌علاوه به گروه گواه اطمینان داده شد که پس از پایان درمان گروه آزمایش، به آن‌ها نیز درصورت تمایل، آموزش ارائه می‌شود.

روش اجرای پژوهش بدین‌ترتیب بود که ابتدا هر دو گروه قبل از هرگونه مداخله در شرایط یکسان به مقیاس تعامل والدـ کودک[1] (۱۷) پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش، درمان با بستهٔ مداخلات شناختی‌رفتاری را طی دوازده جلسه به‌صورت هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه ۱۲۰ دقیقه دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه برنامهٔ مداخله‌ای ارائه نشد. در انتهای آموزش مجدد هر دو گروه مقیاس تعامل والدـ کودک را به‌منزلهٔ پس‌آزمون تکمیل کردند. همچنین برای بررسی ماندگاری درمان در گروه آزمایش، بعد از دو ماه مجدد آزمودنی‌های این گروه به پرسش‌نامهٔ پژوهش پاسخ دادند. در پژوهش حاضر مداخلهٔ درمانی مبتنی‌بر شناختی‌رفتاری مادرمحور به‌عنوان متغیر مستقل و تعامل والدـ کودک به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس تعامل والدـ کودک: پیانتا و همکاران در سال ۱۹۹۷ مقیاس رابطهٔ والدـ فرزند را تنظیم کردند (۱۷). این مقیاس توسط والدین تکمیل می‌شود و پرسش‌نامه ادراک آن‌ها از چگونگی ارتباط با فرزندشان را ارزیابی می‌کند. مقیاس دو فرم بلند و کوتاه دارد. فرم بلند مقیاس دارای سه خرده‌مقیاس و سی گویه است که در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. دوازده گویه عامل تعارض و ده گویه رابطهٔ مثبت و سایر گویه‌ها وابستگی میان فرزند و والد را ارزیابی می‌کنند. این مقیاس برای کودکان در گروه سنی ۳تا۱۲ سال مناسب است. نمرهٔ بیشتر در دو خرده‌مقیاس تعارض و وابستگی نشان‌دهندهٔ تعارض و وابستگی بیشتر در کودک است. در خرده‌مقیاس ارتباط مثبت نمرهٔ بیشتر، ارتباط بهتر والد و کودک را نشان می‌دهد (۱۷). پایایی نسخهٔ اصلی مقیاس توسط پیانتا و همکاران، برای سه خرده‌مقیاس تعارض و ارتباط مثبت و وابستگی با آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۶۹ و ۰/۴۶ بود (۱۷). پژوهش ابارشی و همکاران به‌منظور بررسی تأثیر آموزش برنامهٔ ارتقای رشد روانی‌اجتماعی بر تعامل والدـ کودک روی مادران دارای کودک کمتر از سه سال انجام شد و آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های تعارض ۰/۸۴ و ارتباط مثبت ۰/۷۰ و در رابطه با خرده‌مقیاس وابستگی ۰/۶۱ به‌دست آمد (۱۸).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات بستهٔ شناختی‌رفتاری مادرمحور

جلسهٔ اول: آشنایی اولیه، معرفی بستهٔ مداخلات شناختی‌رفتاری مادرمحور، آشنایی با قوانین، اهداف و کلیات برنامه، ارزیابی اهداف درمان و انتظارات اعضا از جلسات مشاوره.
جلسهٔ دوم: ارتباطات و تعامل مادرـ کودک، شیوه‌های برقراری ارتباط مناسب با کودک، بررسی روابط خواهر و برادر و نحوهٔ تعامل مادر با آن‌ها.
جلسهٔ سوم: افزایش رفتارهای سالم و کاهش رفتارهای ناسالم، شناسایی رفتارهای سالم و ناسالم در کودک، استفادهٔ مؤثر از بی‌توجهی و بی‌اعتنایی.
جلسهٔ چهارم: کاهش و وارونه‌کردن سرکشی کودک، شناسایی محیط‌ها و محرک‌های سرکشی کودک، شناسایی الگوهای همیشگی رفتاری مادر در برخورد با کودک سرکش.
جلسهٔ پنجم: مهارت حل مسئله، تولید راه‌حل‌های متنوع و درنظرگرفتن نتایج آن، توضیح دربارهٔ پیامدهای رفتار کودک.
جلسهٔ ششم: ایجاد مسئولیت در کودک، راهکارهای افزایش مسئولیت در کودک و شیوه‌های تقویت آن، تقسیم سلسه‌مراتبی انجام تکلیف و برنامه‌ریزی.
جلسهٔ هفتم: مقابله با پرخاشگری کودک، نادیده‌گرفتن رفتارهای پرخاشگرایانهٔ توجه‌جویانه، استفاده از پیامدهای ثابت برای رفتارهای پرخاشگرایانه.
جلسهٔ هشتم: کاهش لجبازی کودک، تقویت‌نکردن لجبازی، کاهش توجه منفی والد.
جلسهٔ نهم: روش‌های انضباطی مثبت، روش‌ها و راهبردهای انضباط مثبت برای افزایش رفتارهای خواسته و مدنظر در کودکان، ارتباط کارآمد با کودک.
جلسهٔ دهم: مدیریت رفتار مدیریت، رفتار مخرب مرتبط با اختلالات رفتاری برون‌نمود در مکان‌های عمومی، چگونگی حفظ پیشرفت‌ها و تمرکز بر رسیدگی به مشکلات آینده.
جلسهٔ یازدهم: آموزش فعالیت‌های جسمانی و تغذیه، فعالیت بدنی برای کاهش پرخاشگری و تمرکزنداشتن.
جلسهٔ دوازدهم: جمع‌بندی و مرور جلسات قبل، بررسی تکالیف انجام‌شده.

ـ بستهٔ شناختی‌رفتاری مادرمحور: درمان شناختی‌رفتاری، درمانی دارای ساختار است. برنامه در دو مرحلهٔ اصلی شامل چارچوب اصلی

[1]. Parent Child Relationship Scale (PCRS)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

درمان شناختی‌رفتاری و ترکیب این چارچوب با ویژگی‌های رفتاری کودکان و مشکلات مادران دچار کودک با اختلالات رفتاری برون‌نمود، پیاده‌سازی شد. در ابتدا با مطالعهٔ متون و مقالات و کتاب‌های مربوط به زمینه‌های مختلف درمان شناختی‌رفتاری، پایه‌ریزی چارچوب اصلی برنامه صورت گرفت و شروع به جمع‌آوری تکالیف مربوط به هر قسمت شد. باتوجه به موضوع پژوهش و نظر اساتید، ساختار اصلی درمان شناختی‌رفتاری به‌عنوان زیربنای برنامه به‌کار رفت. همچنین تمامی برنامه‌های آموزش رفتاری والدین، مدیریت رفتار و مداخلات ارتباطی والدـ کودک به‌عنوان الگوی تدوین برای ساخت بسته در نظر گرفته شد. به‌منظور بررسی روایی محتوایی بسته، در مرحلهٔ اول اعضای گروه متخصصان شامل افرادی که در حیطهٔ کودکان استثنایی تحصیل کرده بودند و به‌منزلهٔ اعضای هیئت‌علمی یا درمانگر در این زمینه مشغول به فعالیت بودند، ضمن بررسی روایی صوری برنامه، نظرات خود را درخصوص برنامه اعلام کردند. سپس براساس نظرات آن‌ها متن نهایی تدوین شد و مجدد برنامه برای بررسی روایی محتوایی به‌صورت کمّی که امکان نمره‌دهی به هریک از جلسات بود، در اختیار همان اعضای گروه متخصصان قرار گرفت. از آن‌ها خواسته شد برای به‌دست‌آوردن شاخص روایی محتوایی (CVI)[1] و شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR)[2] هر جلسه آموزش را بررسی و نمره دهند. مقدار CVI به‌دست‌آمده برابر با ۰/۸۹ بود که نشان‌دهندهٔ روایی محتوایی مناسب بستهٔ مداخلهٔ تدوین‌شده توسط محقق بود. همچنین مقدار CVR بستهٔ آموزشی در تمامی جلسات بین ۰/۷۸ و ۱ قرار داشت که نشان‌دهندهٔ روایی محتوایی مناسب بستهٔ آموزشی است. خلاصهٔ جلسات بستهٔ شناختی‌رفتاری مادرمحور در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و نیز با بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌وسیلهٔ آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف، ام‌باکس، لون و کرویت‌موخلی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵۰ انجام گرفت.

۳ یافته‌ها

در ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها بررسی شد. در شاخص سن در گروه آزمایش ۱۳/۳درصد بین ۲۰تا۲۵ سال، ۴۰/۰درصد بین ۲۶تا۳۰ سال، ۲۶/۷درصد بین ۳۱تا۳۵ سال، ۱۳/۳درصد بین ۳۶تا۴۰ سال و ۶/۷درصد بیشتر از ۴۰ سال بودند. در گروه گواه ۱۳/۳درصد بین ۲۰تا۲۵ سال، ۳۳/۳درصد بین ۲۶تا۳۰ سال، ۲۰/۰درصد بین ۳۱تا۳۵ سال، ۲۶/۷درصد بین ۳۶تا۴۰ سال و ۶/۷درصد بیشتر از ۴۰ سال سن داشتند. در شاخص میزان تحصیلات در گروه آزمایش، ۶/۷درصد از شرکت‌کنندگان دیپلم، ۱۳/۳درصد فوق‌دیپلم، ۴۰/۰درصد لیسانس، ۳۳/۳درصد فوق‌لیسانس و ۶/۷درصد دکتری بودند. در گروه گواه، ۶/۷درصد دیپلم، ۶/۷درصد فوق‌دیپلم، ۳۳/۳درصد لیسانس، ۴۰/۰درصد فوق‌لیسانس و ۱۳/۳درصد دکتری داشتند. در شاخص شغل در گروه آزمایش ۴۶/۷درصد از شرکت‌کنندگان شاغل و ۵۳/۳درصد خانه‌دار و در گروه گواه ۴۰/۰درصد از شرکت‌کنندگان شاغل و ۶۰/۰درصد خانه‌دار بودند.

در جدول ۲ آمار توصیفی متغیرهای پژوهش به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است. براساس نتایج جدول ۲، مداخلهٔ شناختی‌رفتاری مادرمحور موجب کاهش میانگین نمرات متغیرهای تعارض و وابستگی و افزایش نمرات متغیر ارتباط مثبت در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون شد؛ درحالی‌که این تغییرات در گروه گواه وجود نداشت. برای بررسی دقیق‌تر تفاوت معنادار بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و گواه، روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر انجام گرفت.

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای تعارض و وابستگی و ارتباط مثبت برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تعارض	آزمایش	۳۸/۶۰	۱۰/۳۰	۲۹/۵۳	۸/۰۷	۲۹/۶۰	۱۱/۱۷
	گواه	۴۱/۲۰	۷/۵۸	۴۳/۳۳	۷/۳۲	۴۴/۳۳	۹/۴۳
وابستگی	آزمایش	۱۴/۳۳	۲/۷۴	۱۰/۴۷	۲/۶۱	۹/۸۷	۲/۵۳
	گواه	۱۲/۷۳	۲/۳۱	۱۴/۰۰	۳/۰۹	۱۴/۵۳	۳/۷۲
ارتباط مثبت	آزمایش	۲۳/۵۳	۷/۳۸	۳۲/۶۰	۷/۱۲	۳۳/۲۷	۷/۳۹
	گواه	۲۵/۲۰	۵/۳۵	۲۴/۳۳	۵/۹۴	۲۴/۸۰	۶/۱۷

در ادامه بررسی پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. نتایج بررسی پیش‌فرض‌ها به‌وسیلهٔ آزمون کولموگروف‌اسمیرنف مشخص کرد، متغیرهای تعارض و وابستگی و ارتباط مثبت در هر دو گروه و در هر سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری توزیع نرمال داشتند ($p>0/05$). آمارهٔ آزمون ام‌باکس برای بررسی ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شد و نتایج آزمون لون نیز معنادار نبود ($p>0/05$)؛ بنابراین برقراری شرط همگنی ماتریس‌های کوواریانس مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها برای متغیرها در سه مرحله

[1]. Content validity index

[2]. Content validity ratio

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

مشخص شد. ارزیابی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها برای متغیر تعارض برقرار بود ($p>۰/۰۵$)؛ ولی برای متغیرهای وابستگی و ارتباط مثبت برقرار نبود ($p<۰/۰۵$). در چنین موقعیتی از آزمون‌های جایگزین گرین‌هاوس‌گیسر یا هیون‌ـ‌فلت برای بررسی آزمون فرضیهٔ اثرگذاری بستهٔ آموزشی استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای تعارض و وابستگی و ارتباط مثبت

متغیر		منبع	مجموعه مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان آزمون
تعارض	درون‌آزمودنی‌ها	زمان	۲۰۹/۰۷	۲	۱۰۴/۵۳	۴/۸۰	۰/۰۱۲	۰/۱۵	۰/۷۸
		زمان و گروه	۶۸۳/۸۲	۲	۳۱۴/۹۱	۱۵/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱/۰۰
		خطا (زمان)	۱۲۱۹/۱۱	۵۶	۲۱/۷۷				
	بین‌آزمودنی‌ها	گروه	۲۴۲۳/۲۱	۱	۲۴۲۳/۲۱	۱۱/۸۵	۰/۰۰۲	۰/۳۰	۰/۹۱
		خطا	۵۷۲۴/۸۹	۲۸	۲۰۴/۴۶				
وابستگی	درون‌آزمودنی‌ها	زمان	۳۴/۶۹	۱/۴۴	۲۴/۳۰	۱۲/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۸
		زمان و گروه	۱۶۷/۲۷	۱/۴۴	۱۱۵/۸۵	۶۱/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
		خطا (زمان)	۷۶/۷۱	۴۰/۴۳	۱/۹۰				
	بین‌آزمودنی‌ها	گروه	۱۰۸/۹۰	۱	۱۰۸/۹۰	۴/۹۴	۰/۰۳۴	۰/۱۵	۰/۵۷
		خطا	۶۱۶/۷۶	۲۸	۲۲/۰۳				
ارتباط مثبت	درون‌آزمودنی‌ها	زمان	۳۸۹/۰۹	۱/۴۴	۲۶۹/۶۸	۱۰۳/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
		زمان و گروه	۵۰۳/۴۹	۱/۴۴	۳۴۸/۹۷	۱۳۳/۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰
		خطا (زمان)	۱۰۵/۴۲	۴۰/۴۰	۲/۶۱				
	بین‌آزمودنی‌ها	گروه	۵۶۷/۵۱	۱	۵۷۶/۵۱	۴/۴۷	۰/۰۴۴	۰/۱۴	۰/۵۳
		خطا	۳۵۵۶/۹۸	۲۸	۱۲۷/۰۳				

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی مراحل اندازه‌گیری متغیرها در کودکان مبتلا به اختلال برون‌نمود به‌تفکیک گروه

متغیر	زمان			تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
تعارض	مداخلهٔ شناختی‌رفتاری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۰۷	۱/۴۲	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۹/۰۰	۱/۲۶	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷ـ	۱/۴۳	۱/۰۰۰
	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۱۳ـ	۱/۴۸	۰/۵۱۴
		پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۱۳ـ	۱/۸۵	۰/۳۳۹
		پس‌آزمون	پیگیری	۱/۰۰ـ	۲/۴۸	۱/۰۰۰
وابستگی	مداخلهٔ شناختی‌رفتاری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۸۷	۰/۳۱	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۴۷	۰/۴۸	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۰	۰/۳۵	۰/۳۲۳
	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۱۳ـ	۰/۴۵	۰/۰۷۰
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۴۷ـ	۰/۵۷	۰/۰۶۵
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۳ـ	۰/۳۰	۰/۸۷۱
ارتباط مثبت	مداخلهٔ شناختی‌رفتاری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۰۷ـ	۰/۶۰	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۹/۷۳ـ	۰/۷۳	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۷ـ	۰/۳۹	۰/۳۱۹
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۸۷	۰/۳۸	۰/۱۱۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰	۰/۵۰	۱/۰۰۰
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۷ـ	۰/۲۹	۰/۳۹۲

برای بررسی اثربخشی درمان بر متغیرهای تعارض و وابستگی و ارتباط مثبت، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت که نتایج درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی‌ها در جدول ۳ ارائه شده است. در جدول ۳ مقدار F محاسبه‌شده برای اثربخشی درون‌آزمودنی مشاهده می‌شود و نتایج نشان داد، اثر متقابل زمان و گروه بر متغیرهای تعارض ($p<۰/۰۰۱$) و وابستگی ($p<۰/۰۰۱$) و ارتباط مثبت ($p<۰/۰۰۱$) معنادار بود. این امر بیانگر تفاوت اثر شرایط آزمایش بر متغیرهای تعارض و وابستگی و ارتباط مثبت در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌ها است. همچنین نتایج تحلیل واریانس بین‌آزمودنی‌ها مشخص کرد، مقدار F محاسبه‌شده برای متغیرهای

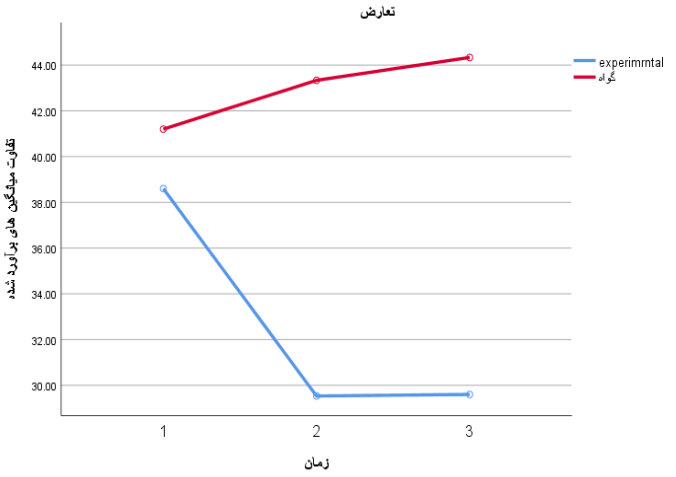
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

تعارض (p=۰/۰۰۲) و وابستگی (p=۰/۰۳۴) و ارتباط مثبت (p=۰/۰۴۴) معنادار بود که اثربخشی مداخله بر گروه آزمایش را نشان می‌دهد. در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای تعارض و وابستگی و ارتباط مثبت در گروه آزمایش و گروه گواه آورده شده است.

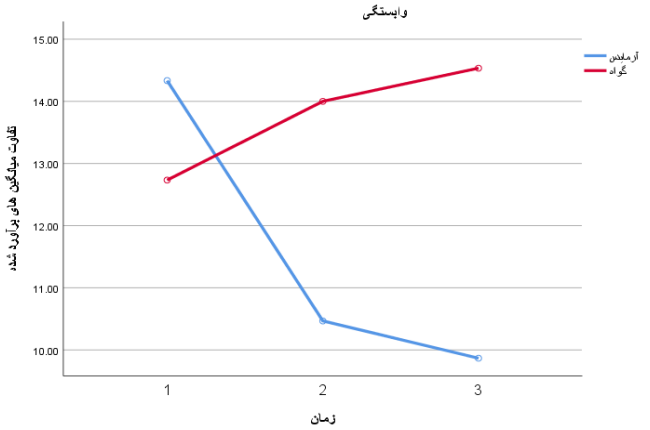
در جدول ۴ مقایسهٔ زوجی بین مراحل اندازه‌گیری برای بررسی تفاوت میانگین نمرات متغیرهای تعارض و وابستگی و ارتباط مثبت بین مراحل درمان آورده شده است. براساس نتایج، در متغیر تعارض در گروه آزمایش تفاوت بین میانگین نمرات مرحلهٔ پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود (p<۰/۰۰۱). با مقایسهٔ میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده شد، نمرات گروه آزمایش در متغیر تعارض در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافت (p<۰/۰۰۱)؛ این کاهش نشان‌دهندهٔ اثربخشی مداخلات شناختی‌رفتاری مادرمحور بر کاهش تعارض گروه آزمایش بود؛ همچنین در متغیر تعارض، تفاوت بین نمرات مرحلهٔ پس‌آزمون با نمرات مرحلهٔ پیگیری در گروه مداخله معنادار نبود که بیانگر ثبات اثرات درمان با گذشت زمان بود (p=۱/۰۰۰).

در متغیر وابستگی در گروه آزمایش تفاوت بین میانگین نمرات مرحلهٔ پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود (p<۰/۰۰۱). با مقایسهٔ میانگین نمرات متغیر تعارض در سه مرحله مشخص شد، نمرات گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش پیدا کرد (p<۰/۰۰۱)؛ این کاهش نشان‌دهندهٔ اثربخشی مداخلات شناختی‌رفتاری مادرمحور بر کاهش وابستگی گروه آزمایش است؛ به‌علاوه در متغیر وابستگی تفاوت بین نمرات مرحلهٔ پس‌آزمون با نمرات مرحلهٔ پیگیری در گروه مداخله معنادار نبود که بیانگر ثبات اثرات درمان با گذشت زمان بود (p=۰/۳۲۳).

در متغیر ارتباط مثبت در گروه آزمایش تفاوت بین میانگین نمرات مرحلهٔ پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود (p<۰/۰۰۱). با مقایسهٔ میانگین نمرات متغیر ارتباط مثبت در سه مرحله مشاهده شد، نمرات گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون به‌طور معناداری افزایش یافت (p<۰/۰۰۱)؛ این افزایش نشان‌دهندهٔ اثربخشی مداخلات شناختی‌رفتاری مادرمحور بر افزایش ارتباط مثبت گروه آزمایش بود؛ همچنین تفاوت بین نمرات مرحلهٔ پس‌آزمون متغیر ارتباط مثبت با نمرات مرحلهٔ پیگیری در گروه مداخله معنادار نبود که بیانگر ثبات اثرات درمان با گذشت زمان بود (p=۰/۳۱۹).

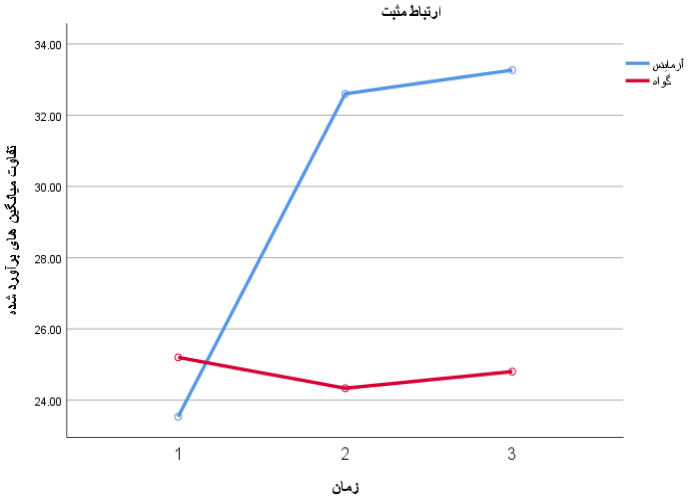


شکل ۱. نمودار تغییرات متغیر تعارض در گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری



شکل ۲. نمودار تغییرات متغیر وابستگی در گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]



شکل ۳. نمودار تغییرات متغیر ارتباط مثبت در گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بستهٔ مداخلات شناختی‌رفتاری مادرمحور ویژهٔ کودکان مبتلا به اختلال برون‌نمود بر بهبود تعامل والدــ کودک انجام شد. یافته‌های این پژوهش حاکی‌از اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مادرمحور بر بهبود تعامل والدــ کودک بود. باتوجه به یافته‌های پژوهش، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در پرسش‌نامه درمقایسه با گروه گواه تفاوت داشت. تفاوت به‌لحاظ آماری معنادار بود و نشان داد، مداخلهٔ شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر آموزش مادر تأثیر معناداری بر بهبود تعامل والدــ کودک شامل کاهش تعارض و وابستگی و افزایش ارتباط مثبت داشت. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات گاویتا و همکاران (۱۹)، سوخودولسکی و همکاران (۲۰)، دریابیگی و همکاران (۲۱)، بنر و همکاران (۲۲) و لوچمن و همکاران (۸،۲۳) مبنی‌بر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر کودکان و نوجوانان با اختلالات برون‌نمود، همسوست.

درمان شناختی‌رفتاری، درمان روان‌شناختی به‌خوبی مطالعه‌شده است. در درمان شناختی‌رفتاری، برای کنترل رفتار ناسازگارانه و خشم و پرخاشگری، کودکان یاد می‌گیرند چطور خشم و ناامیدی خود را مهار کنند؛ همچنین با یادگیری مهارت‌های حل مسئله و ایفای نقش و استفاده از رفتارهای جایگزین مثبت هنگام پرخاشگری، مهارت‌های رفتاری خود را بهبود می‌بخشند (۸). نکتهٔ مهم دربارهٔ اثربخشی و کارایی مداخلهٔ شناختی‌رفتاری این است که مداخلهٔ شناختی‌رفتاری، کمبودها و مشکلات در تنظیم عواطف و احساسات و نیز مشکلات اجتماعی را هدف قرار می‌دهد؛ به‌ویژه حل مسائلی که با رفتار پرخاشگرانه ارتباط دارند (۱۹). در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت، تکنیک‌های مشترک شناختی‌رفتاری شامل شناسایی پیشایند و پیامدهای رفتار پرخاشگرانه یا ناسازگارانه، راهبردهای یادگیری برای تشخیص و تنظیم ابراز خشم، حل مسئله و تکنیک‌های بازسازی شناختی و مدل‌سازی و تمرین رفتارهای اجتماعی مناسب که می‌تواند جایگزین واکنش‌های عصبانیت و پرخاشگری یا رفتار نامطلوب شود، بر بهبود رفتار کودکان اثرگذار است. علاوه‌بر آموزش والدین، آن‌ها نقش‌های متعددی در درمان مانند ارائهٔ اطلاعات دربارهٔ مشکلات رفتاری فرزندشان و ایجاد محیطی بین جلسات که برای آن‌ها مساعد باشد، انجام می‌دهند که همین امر ارتباط و تعامل مثبت را بین کودک و والد برقرار می‌کند (۱۵). درزمینهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری والدین بر رفتار کودکان می‌توان به این نکته اشاره کرد که هدف از آموزش والدین، آموزش روش‌های جایگزین به والدین است تا قادر باشند رفتارهای مشکل‌ساز کودک را شناسایی و مفهوم‌سازی کنند (۸). نکتهٔ مهم این است که در مداخلهٔ شناختی‌رفتاری از والدین خواسته می‌شود به تلاش فرزندشان برای تنظیم هیجان و مهارت‌های حل مسئلهٔ آموخته‌شده در درمان شناختی‌رفتاری تا موقعیت‌های تحریک‌کنندهٔ خشم و ستایش و پاداش برای بهبود رفتار، توجه کنند (۱۵).

در درمان شناختی‌رفتاری، والدین تشویق می‌شوند شیوه‌های فرزندپروری مثبت را به‌کار برند و از ایفای نقش و بازخورد برای یادگیری مدیریت استرس و ساختن انسجام خانواده و ارتباطات استفاده کنند (۸،۲۴). برنامه‌های آموزش رفتاری والدین برای کودکان با مشکلات برون‌نمود که بر آموزش والدین تمرکز دارد، بر تقویت رفتارهای مثبت و نادیده‌گرفتن رفتارهای نادرست جزئی و رفتار نادرست جدی تأکید می‌کند (۲۵). همچنین مشخص شد، آموزش والدین تحت هدایت درمانگر باعث بهبود ارتباط فرزندان والدین، افزایش عزت‌نفس والدین، کاهش افسردگی مادر و استرس والدین و درنتیجه کاهش مشکلات رفتاری کودک می‌شود (۲۶). در مهارت‌های مداخلات شناختی‌رفتاری برای کودک، تغییر در تفکر و احساس جزو راهبردهای اصلی مداخله است. همچنین از والدین خواسته می‌شود برای تنظیم هیجان کودک، موقعیت‌های تحریک‌کنندهٔ خشم را تشخیص دهند و با پاداش به بهبود رفتار کودک کمک کنند (۲۰)؛ ازاین‌رو این مداخله‌ها، مراقبان و والدین به‌خصوص مادران را در برنامه‌های آموزشی درگیر می‌کند و به آن‌ها روش‌هایی را می‌آموزد که بتوانند نوع تعاملاتشان را با کودکان تغییر دهند. در این مداخلات اولین تکلیف آن است که درحالی‌که خشم و ناامیدی کودک درک می‌شود، با

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

کودک و خانواده تعهد درمانی ایجاد شود. دومین مؤلفهٔ مهم، استفاده از پاداش و تقویت‌کنندهٔ مثبت برای رفتارهای مناسب است. پاداش‌ها و تقویت‌کننده‌ها هدف‌های گوناگونی نظیر ایجاد عزت‌نفس در کودک و تقویت رابطهٔ کودک و والد دارند. برای تأثیرگذاری بیشتر این رویکرد، پاداش‌ها باید پس از انجام کار خاصی توسط کودک، به‌صورت واقعی به او داده شود (۲۷). آموزش رفتاری والدین یا روش‌های مدیریت رفتاری به والدین می‌آموزد که با شناخت پیشامدها و پیامدهای رفتارهای نامناسب فرزندان خود، نظارت بر این رفتارها، نادیده‌انگاشتن و استفاده از روش‌های تنبیهی مثبت همچون محروم‌کردن و جریمه‌کردن، رفتارهای فرزندان خود را تغییر دهند. ازسوی‌دیگر رفتارهای مناسب را با توجه مثبت و تحسین کلامی و انواع پاداش‌ها تقویت کنند تا به رفتارهای دلخواه دست یابند (۲۸).

همچنین در مداخلهٔ مدیریت رفتار برای کودکان با اختلال برون‌نمود، هدف بهبود الگوی‌های تعاملات خانوادگی است. این الگوها از سوابق و پیامدهای حفظ کج‌خُلقی و عصبانیت، پرخاشگری و انطباق‌نیافتن کودک ناشی می‌شود. تکنیک‌های مدیریت رفتار برای والدین از اصول اولیهٔ شرطی‌سازی عامل سرچشمه می‌گیرند که بیان می‌کند احتمال عود رفتار براساس رویدادها افزایش می‌یابد یا تضعیف می‌شود (۲۰). همچنین، از دلایلی که روش آموزش رفتاری به والدین منجربه کاهش مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود، این است که بسیاری از مشکلات کودک در محیط خانواده به‌وجود می‌آید و عوامل پایداری مشکل در خانواده و محیط اطراف او وجود دارد؛ بنابراین آموزش‌های رفتاری به افراد خانواده ازجمله والدین که زمان بیشتری را با کودک می‌گذارنند، بیشترین تأثیر را بر کودکان خواهد داشت و شرایط کاهش رفتار نامناسب را در کودکان فراهم می‌کند (۲۹)؛ به‌طورکلی می‌توان به این اصل اشاره کرد که برنامه‌های آموزشی و مداخلات رفتاری که والدین را برای یادگیری مهارت کودکان به‌عنوان الگو درگیر می‌کنند، معمولاً نتایج بهتری دارند و حتی علاوه‌بر بهبود عملکرد کودک، به کاهش اضطراب والدین نیز کمک می‌کنند (۱۶).

پژوهش حاضر نیز همانند پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی داشت؛ به‌دلیل سن خاص گروه نمونه یعنی کودکان پیش‌دبستانی، دسترسی به مادران دارای فرزند این سن با تشخیص اختلال برون‌نمود، با سختی زیادی صورت گرفت؛ همچنین پژوهش درزمینهٔ مداخلات مادرمحور بسیار محدود بود. در پژوهش‌های بعدی می‌توان با گسترده‌ترکردن دامنهٔ سنی گروه نمونه تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش داد. بستهٔ آموزشی درمان، پروتکلی جامع رفتاری با تکالیف متعدد بود که باعث طولانی‌شدن جلسات گروهی با مادران شد. برای پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود از حضور پدر نیز در جلسات درمان استفاده شود؛ به‌علاوه پژوهش‌های بیشتری در گروه‌های نمونهٔ بزرگ‌تر و در مراکز روان‌شناختی بیشتر انجام گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد، اجرای مداخلات شناختی‌رفتاری همراه با مشارکت به‌ویژه مادر می‌تواند اثرات مثبت درخورتوجهی بر کاهش مشکلات رفتاری و بهبود تعامل کودکان با اختلالات برون‌نمود ازجمله اختلال بیش‌فعالی و اختلال سلوک داشته باشد. نتایج مشخص کرد، آموزش مهارت‌های رفتاری به مادر و انتقال آن‌ها به کودک و آموزش فنون افزایش رفتار سالم در خانه کارایی بیشتری درمقایسه با درمان فردی دارد؛ زیرا مشارکتی گروهی بین اعضای خانواده به‌وجود می‌آید که فرایند درمان را تسهیل می‌بخشد.

۶ تشکر و قدردانی

از همهٔ مادرانی که در جلسات آموزشی شرکت داشتند و محققان را در انجام پژوهش یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مطالعهٔ حاضر بخشی از رساله برای دریافت مدرک دکتری در رشتهٔ روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران است. همچنین پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به‌شمارهٔ IR.IAU.SRB.REC.1398.219 است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی آموزش کودکان استثنایی واحد علوم و تحقیقات تهران است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر با هزینهٔ شخصی و بدون هیچ‌گونه حمایت مالی از سازمان یا نهادی انجام شده است.

References

1. Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, et al. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. Behav Res Ther. 2015;75:60–71. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.008
2. Riise EN, Wergeland GJH, Njardvik U, Öst LG. Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2021;83:101954. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101954
3. DuPaul GJ, Morgan PL, Farkas G, Hillemeier MM, Maczuga S. Academic and social functioning associated with attention-deficit/hyperactivity disorder: latent class analyses of trajectories from kindergarten to fifth grade. J Abnorm Child Psychol. 2016;44(7):1425–38. https://doi.org/10.1007/s10802-016-0126-z
4. Franke B, Michelini G, Asherson P, Banaschewski T, Bilbow A, Buitelaar JK, et al. Live fast, die young? a review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. Eur Neuropsychopharmacol. 2018;28(10):1059–88. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

5. Scott JG, Giørtz Pedersen M, Erskine HE, Bikic A, Demontis D, McGrath JJ, et al. Mortality in individuals with disruptive behavior disorders diagnosed by specialist services – a nationwide cohort study. Psychiatry Res. 2017;251:255–60. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.029
6. Sörberg Wallin A, Koupil I, Gustafsson JE, Zammit S, Allebeck P, Falkstedt D. Academic performance, externalizing disorders and depression: 26,000 adolescents followed into adulthood. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;54(8):977–86.. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01668-z
7. Buist KL, Verhoeven M, Hoksbergen R, Ter Laak J, Watve S, Paranjpe A. Associations of perceived sibling and parent-child relationship quality with internalizing and externalizing problems: comparing indian and dutch early adolescents. J Early Adolesc. 2017;37(8):1163–90. https://doi.org/10.1177/0272431616653473
8. Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL, Jimenez-Camargo L. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2011;20(2):305–18. https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.005
9. Dodge KA. Do social information-processing patterns mediate aggressive behavior? In: Lahey BB, Moffitt TE, Caspi A; editors. auses of conduct disorder and juvenile delinquency. New York: Guilford Press; 2003.
10. Kendall PC. Guiding theory for therapy with children and adolescents. In: Kendall PC; editor. Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures. New York: Guilford Press; 2006.
11. Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. Aggress Violent Behav. 2004;9(3):247–69. https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.08.005
12. Sukhodolsky DG, Wyk BCV, Eilbott JA, McCauley SA, Ibrahim K, Crowley MJ, et al. Neural mechanisms of cognitive-behavioral therapy for aggression in children and adolescents: design of a randomized controlled trial within the national institute for mental health research domain criteria construct of frustrative non-reward. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2016;26(1):38–48. https://doi.org/10.1089/cap.2015.0164
13. Podell JL, Kendall PC. Mothers and fathers in family cognitive-behavioral therapy for anxious youth. J Child Fam Stud. 2011;20(2):182–95. https://doi.org/10.1007/s10826-010-9420-5
14. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. N Engl J Med. 2008;359(26):2753–66. https://doi.org/10.1056/nejmoa0804633
15. Sanders MR, McFarland M. Treatment of depressed mothers with disruptive children: a controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. Behav Ther. 2000;31(1):89–112. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80006-4
16. Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M, Chu BC, Sigman M. Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(3):314–21. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000196425.88341.b0
17. Pianta RC, Nimetz SL, Bennett E. Mother-child relationships, teacher-child relationships, and school outcomes in preschool and kindergarten. Early Child Res Q. 1997;12(3):263–80. https://doi.org/10.1016/S0885-2006(97)90003-X
18. Abareshi Z, Tahmasian K, Mazaheri M, Panaghi L. The impact of psychosocial child development training program, done through improvement of mother-child interaction, on parental self-efficacy and relationship between mother and child under three. Journal of Research in Psychological Health. 2009;3(3):49–58. [Persian] http://rph.khu.ac.ir/article-1-115-en.html
19. Gaviţa OA, David D, Bujoreanu S, Tiba A, Ionuţiu DR. The efficacy of a short cognitive–behavioral parent program in the treatment of externalizing behavior disorders in Romanian foster care children: building parental emotion-regulation through unconditional self- and child-acceptance strategies. Child Youth Serv Rev. 2012;34(7):1290–7. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.03.001
20. Sukhodolsky DG, Smith SD, McCauley SA, Ibrahim K, Piasecka JB. Behavioral interventions for anger, irritability, and aggression in children and adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2016;26(1):58–64. https://doi.org/10.1089/cap.2015.0120
21. Daryabeigi M, Pourmohamdreza-Tajrishi M, Dolatshahi B, Bakhshi E. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on internalizing problems of children with externalizing disorders. Iranian Journal of Rehabilitation. 2020;18(2):193–202. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/irj.18.2.948.1
22. Benner GJ, Nelson JR, Sanders EA, Ralston NC. Behavior intervention for students with externalizing behavior problems: primary-level standard protocol. Except Child. 2012;78(2):181–98. https://doi.org/10.1177/001440291207800203
23. Lochman JE, Boxmeyer CL, Jones S, Qu L, Ewoldsen D, Nelson WM. Testing the feasibility of a briefer school-based preventive intervention with aggressive children: a hybrid intervention with face-to-face and internet components. J Sch Psychol. 2017;62:33–50. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2017.03.010
24. Masi G, Milone A, Paciello M, Lenzi F, Muratori P, Manfredi A, et al. Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: focus on internalizing problems. Psychiatry Res. 2014;219(3):617–24. http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.048
25. Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. J Clin Child Adolesc Psychol. 2008;37(1):215–37. http://dx.doi.org/10.1080/15374410701820117
26. Reyno SM, McGrath PJ. Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems – a meta-analytic review. J Child Psychol Psychiatry. 2006;47(1):99–111. http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x
27. Atzaba-Poria N, Deater-Deckard K, Bell MA. It takes more than one for parenting: how do maternal temperament and child's problem behaviors relate to maternal parenting behavior? Pers Individ Dif. 2014;69:81–6. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.002
28. Lochman JE, Matthys W. The Wiley handbook of disruptive and impulse-control disorders. John Wiley & Sons, Ltd; 2018.
29. Leijten P, Melendez-Torres GJ, Eradus M, Overbeek G. Specificity of parenting program component effects: relational, behavioral, and cognitive approaches to children's conduct problems. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2022;61(3):458–60. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.11.004

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]