

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 S¹, *Hassanzadeh S², Vakili S³, Ghasemzadeh S⁴

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.

بررسی اثربخشی بسته مداخلات شناختی رفتاری مادر محور ویژه کودکان ۴ تا ۶ سال مبتلا به اختلال برون نمود بر بهبود تعامل والد- کودک

ساناز درستکار^۱، *سعید حسن زاده^۲، سمیرا وکیلی^۳، سوگند قاسم زاده^۴

توضیحات نویسندگان

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

۲. دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

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

۴. استادیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: hasanz@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۹ اسفند ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۴ آذر ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات برون نمود اغلب در سنین پیش دبستانی و مدرسه در کودکان بروز می کند و نشانه های این اختلال بر تعامل کودک و والدین اثرات منفی دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بسته مداخلات شناختی رفتاری مادر محور ویژه کودکان مبتلا به اختلال برون نمود بر بهبود تعامل والد- کودک انجام شد. **روش بررسی:** روش پژوهش، نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری دوماه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران کودکان با اختلال برون نمود ۴ تا ۶ سال (سنین پیش دبستان) شهر تهران در سال ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این میان، سی مادر داوطلب واجد شرایط دارای کودک مبتلا به اختلالات برون نمود با روش نمونه گیری دردسترس به عنوان گروه نمونه وارد مطالعه شدند. سپس به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تعامل والد- کودک (پیانتا و همکاران، ۱۹۹۷) و بسته شناختی رفتاری مادر محور بود. گروه آزمایش طی دوازده جلسه درمان ۱۲۰ دقیقه ای، مداخله شناختی رفتاری را دریافت کرد؛ ولی گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. تحلیل داده ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

یافته ها: اثر گروه، اثر زمان و اثر متقابل زمان و گروه بر متغیرهای تعارض و وابستگی و ارتباط مثبت معنادار بود ($p < 0/05$). در گروه آزمایش، در متغیرهای تعارض و وابستگی، میانگین نمرات مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با میانگین نمرات پیش آزمون به طور معناداری کاهش یافت ($p < 0/001$) و در متغیر ارتباط مثبت، به طور معناداری افزایش یافت ($p < 0/001$); همچنین در متغیرهای مذکور، تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات مرحله پیگیری در گروه مداخله معنادار نبود که بیانگر ثبات اثرات درمان با گذشت زمان بود ($p > 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش، درمان شناختی رفتاری مادر محور بر بهبود تعامل والد- کودک مؤثر است و کارایی دارد. این روش درمانی به عنوان مداخله ای مؤثر و سودمند برای خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلالات برون نمود پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: مداخلات شناختی رفتاری مادر محور، اختلال برون نمود، تعامل والد- کودک.

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 در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری انجام شده است. شواهد نشان از کاهش مشکلات رفتاری و نیز پیشگیری و اصلاح پرخاشگری و رفتارهای اخلاک‌گر کودکان دارد که در پژوهشی فراتحلیل این نتایج به دست آمد (۱۱). لوچمن و همکاران بیان کردند، درمان شناختی رفتاری کاهش معناداری در مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان با اختلال رفتاری برون‌نمود ایجاد می‌کند (۸). پژوهش سوخودولسکی و همکاران به اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سازوکارهای پرخاشگری در اختلالات برون‌نمود اشاره داشت (۱۲). نتایج پژوهش‌های قبلی نشان داد، درمان شناختی رفتاری کودک محور به طور درخور توجهی در حد ۵۰ تا ۸۰ درصد باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان و اضطراب آن‌ها می‌شود؛ با این حال برخی کودکان در مقایسه با سایر کودکان به درمان کمتر پاسخ می‌دهند و راه‌هایی برای بهبود عملکرد کودکان در نظر گرفته شده که از راه‌های مهم‌تر مشارکت والدین و خانواده در درمان است (۱۳، ۱۴).

مداخلات رفتاری مبتنی بر خانواده و اعضای آن، از درمان‌های بسیار مؤثر و مستند برای کاهش رفتارهای مخالف و مخرب در کودکان است. این رویکرد مبتنی بر مهارت، شامل آموزش والدین می‌شود تا به کاهش مشکلات رفتاری کودکان کمک کند (۱۵). در قیاس با مداخلات فردی در کودکان، هنگامی که مداخله متمرکز بر خانواده باشد در مقایسه با زمانی که درمان شناختی رفتاری کلاسیک استفاده شود، اثربخشی بیشتری دارد (۱۶).

باتوجه به چالش‌های مختلف مطرح شده‌ای 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 به نظر 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؛ به‌طور کلی 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 به نظر رسید؛ از این رو این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بسته مداخلات شناختی رفتاری مادرمحور، ویژه کودکان مبتلا به اختلال برون‌نمود بر بهبود تعامل والد-کودک انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و

اختلالات برون‌نمود^۱، از اختلالات بسیار شایع در کودکان است و شامل اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه^۲ و اختلال سلوک^۳ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۴ می‌شود (۱). شیوع اختلال بیش‌فعالی حدود ۷/۲ درصد است؛ در حالی که اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب ۳/۵ و ۲/۸ درصد 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^۵ و کنترل-تکانه^۶ و رفتار شکستن قوانین^۷ همراه هستند (۲). کودکان با اختلال رفتاری برون‌نمود عملکردهای اجتماعی و تحصیلی ضعیف‌تری در مقایسه 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 در معرض خطر بیشتری برای ایجاد مشکلات عاطفی هستند و مشکلات آنان می‌تواند با اضطراب و افسردگی همراه باشد. به نظر 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 درباره اهمیت کیفیت رابطه والد-کودک در ایجاد رفتار مشکل‌آفرین در اوایل نوجوانی وجود دارد. علاوه بر این، کودکان و نوجوانان با روابط گرم و محبت‌آمیز با والدین خود، مشکلات رفتاری کمتری نشان می‌دهند. به‌طور خاص، سطوح بالاتر گرمی والدین منجر به سطوح پایین‌تری از مشکلات درون‌نمود و نیز برون‌نمود می‌شود که تأثیر تعامل والد-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 بین فردی 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 شناختی روانی ایجاد کنند. به دلیل اثرات مضر و طولانی مدت اختلالات برون‌نمود بر فرد و خانواده وی، به نظر می‌رسد درمان به‌موقع و مؤثر بسیار مهم است (۱).

یکی از درمان‌های کارآمد و شناخته‌شده برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان، درمان شناختی رفتاری^۸ است. این درمان از رویکردهای بسیار گسترده غیردارویی به‌شمار می‌رود. همان‌گونه که ذکر شد، اختلالات رفتاری برون‌نمود از دلایل عمده مراجعه کودکان و نوجوانان به مراکز سلامت روان است؛ بنابراین مهم است که مداخله کودکان مبتلا به اختلال برون‌نمود در اسرع وقت و قبل از اینکه رفتارهای ناسازگار به‌طور فزاینده‌ای پایدار و مختل‌کننده شود، صورت گیرد (۸). درمان شناختی رفتاری نقص در تنظیم احساسات و حل مشکلات اجتماعی را هدف قرار می‌دهد؛ مهارت‌هایی که با رفتار پرخاشگرانه مرتبط هستند (۹). از برچسب شناختی رفتاری برای اشاره به مداخلاتی استفاده

5. Aggression

6. Impulse-control

7. Rule breaking

8. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

1. Externalizing problems

2. Attention Deficit Hyperactivity

3. Conduct Disorder

4. Oppositional Defiant Disorder

پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران کودکان با اختلال برون‌نمود شامل اختلال بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ۴ تا ۶ سال (سنین پیش‌دبستان) شهر تهران در سال ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند. در پژوهش حاضر تعداد سی نفر داوطلب واجد شرایط (پانزده نفر گروه آزمایش، پانزده نفر گروه گواه) براساس نرم‌افزار جی‌پاور و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و اندازه اثر ۵۰، به روش 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؛ محدوده سنی ۴ تا ۶ سال (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 همکاری نکردن برای شرکت در جلسات آموزشی بود.

برای رعایت اخلاق پژوهشی، همه شرکت‌کنندگان آگاه شدند که اطلاعات به‌منظور اهداف پژوهشی گردآوری می‌شود و اطلاعات پاسخ‌دهندگان محرمانه خواهد بود؛ همچنین به آن‌ها یادآوری شد که در صورت تمایل می‌توانند از نتایج پژوهش آگاه شوند؛ به‌علاوه به گروه گواه اطمینان داده شد که پس از پایان درمان گروه آزمایش، به آن‌ها نیز در صورت تمایل، آموزش ارائه می‌شود.

روش اجرای پژوهش بدین‌ترتیب بود که ابتدا هر دو گروه قبل از هرگونه مداخله در شرایط یکسان به مقیاس تعامل والد-کودک^۱ (۱۷) پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش، درمان با بسته مداخلات شناختی رفتاری را طی دوازده جلسه به‌صورت هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه ۱۲۰ دقیقه دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه برنامه مداخله‌ای ارائه نشد. در انتهای

جدول ۱. خلاصه جلسات بسته شناختی رفتاری مادرمحور

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

– بسته شناختی رفتاری مادرمحور: درمان شناختی رفتاری، درمانی دارای ساختار است. برنامه در دو مرحله اصلی شامل چارچوب اصلی

1. Parent Child Relationship Scale (PCRS)

ام‌باکس، لون و کرویت‌موخلی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵۰ انجام گرفت.

۳ یافته‌ها

در ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها بررسی شد. در شاخص سن در گروه آزمایش ۱۳/۳ درصد بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۴۰/۰ درصد بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۲۶/۷ درصد بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۱۳/۳ درصد بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۶/۷ درصد بیشتر از ۴۰ سال بودند. در گروه گواه ۱۳/۳ درصد بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۳۳/۳ درصد بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۲۰/۰ درصد بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۲۶/۷ درصد بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۶/۷ درصد بیشتر از ۴۰ سال سن داشتند. در شاخص میزان تحصیلات در گروه آزمایش، ۶/۷ درصد از شرکت‌کنندگان دیپلم، ۱۳/۳ درصد فوق‌دیپلم، ۴۰/۰ درصد لیسانس، ۳۳/۳ درصد فوق‌لیسانس و ۶/۷ درصد دکتری بودند. در گروه گواه، ۶/۷ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد فوق‌دیپلم، ۳۳/۳ درصد لیسانس، ۴۰/۰ درصد فوق‌لیسانس و ۱۳/۳ درصد دکتری داشتند. در شاخص شغل در گروه آزمایش ۴۶/۷ درصد از شرکت‌کنندگان شاغل و ۵۳/۳ درصد خانه‌دار و در گروه گواه ۴۰/۰ درصد از شرکت‌کنندگان شاغل و ۶۰/۰ درصد خانه‌دار بودند.

در جدول ۲ آمار توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است. براساس نتایج جدول ۲، مداخله 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 مرحله 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 اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت.

درمان شناختی‌رفتاری و ترکیب این چارچوب با ویژگی‌های رفتاری کودکان و مشکلات مادران دچار کودک با اختلالات رفتاری برون‌نمود، پیاده‌سازی شد. در ابتدا با مطالعه 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. با توجه 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 والد-کودک به‌عنوان الگوی تدوین برای ساخت بسته در نظر گرفته شد. به‌منظور بررسی روایی محتوایی بسته، در مرحله اول اعضای گروه متخصصان شامل افرادی که در حیطه کودکان استثنایی تحصیل کرده بودند و به‌منزله 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 کمی 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)^۱ و شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR)^۲ هر جلسه آموزش را بررسی و نمره دهند. مقدار CVI به‌دست‌آمده برابر با ۰/۸۹ بود که نشان‌دهنده روایی محتوایی مناسب بسته مداخله تدوین‌شده توسط محقق بود. همچنین مقدار CVR بسته آموزشی در تمامی جلسات بین ۰/۷۸ و ۱ قرار داشت که نشان‌دهنده روایی محتوایی مناسب بسته آموزشی است. خلاصه جلسات بسته 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 به‌وسیله آزمون‌های کولموگوروف-اسمیرنوف،

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	
تعارض	آزمایش	۳۸/۶۰	۱۰/۳۰	۲۹/۵۳	۸/۰۷	۲۹/۶۰
	گواه	۴۱/۲۰	۷/۵۸	۴۳/۳۳	۷/۳۲	۴۴/۳۳
وابستگی	آزمایش	۱۴/۳۳	۲/۷۴	۱۰/۴۷	۲/۶۱	۹/۸۷
	گواه	۱۲/۷۳	۲/۳۱	۱۴/۰۰	۳/۰۹	۱۴/۵۳
ارتباط مثبت	آزمایش	۲۳/۵۳	۷/۳۸	۳۲/۶۰	۷/۱۲	۳۳/۲۷
	گواه	۲۵/۲۰	۵/۳۵	۲۴/۳۳	۵/۹۴	۲۴/۸۰

در ادامه بررسی پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. نتایج بررسی پیش‌فرض‌ها به‌وسیله آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف مشخص کرد، متغیرهای تعارض و وابستگی و ارتباط مثبت در هر دو گروه و در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

و پیگیری توزیع نرمال داشتند ($p > 0.05$). آماره آزمون ام‌باکس برای بررسی ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شد و نتایج آزمون لون نیز معنادار نبود ($p > 0.05$)؛ بنابراین برقراری شرط همگنی ماتریس‌های کوواریانس مفروضه همگنی واریانس‌ها برای متغیرها در سه مرحله

2. Content validity ratio

1. Content validity index

مشخص شد. ارزیابی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد، فرض $(p < 0/05)$ در چنین موقعیتی از آزمون‌های جایگزین گرین‌هاوس‌گیسر برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها برای متغیر تعارض برقرار بود یا هیون-فلت برای بررسی آزمون فرضیه اثرگذاری بسته آموزشی $(p > 0/05)$ ؛ ولی برای متغیرهای وابستگی و ارتباط مثبت برقرار نبود استفاده شد.

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

متغیر	منبع	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون
تعارض	زمان	۲۰۹/۰۷	۲	۱۰۴/۵۳	۴/۸۰	۰/۰۱۲	۰/۱۵	۰/۷۸
	درون‌آزمودنی‌ها	۶۸۳/۸۲	۲	۳۴۱/۹۱	۱۵/۷۱	< ۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱/۰۰
	خطا (زمان)	۱۲۱۹/۱۱	۵۶	۲۱/۷۷				
وابستگی	بین‌آزمودنی‌ها	۲۴۲۳/۲۱	۱	۲۴۲۳/۲۱	۱۱/۸۵	۰/۰۰۲	۰/۳۰	۰/۹۱
	خطا	۵۷۲۴/۸۹	۲۸	۲۰۴/۴۶				
	زمان	۳۴/۶۹	۱/۴۴	۲۴/۳۰	۱۲/۶۶	< ۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۸
ارتباط مثبت	درون‌آزمودنی‌ها	۱۶۷/۲۷	۱/۴۴	۱۱۵/۸۵	۶۱/۰۵	< ۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
	خطا (زمان)	۷۶/۷۱	۴۰/۴۳	۱/۹۰				
	بین‌آزمودنی‌ها	۱۰۸/۹۰	۱	۱۰۸/۹۰	۴/۹۴	۰/۰۳۴	۰/۱۵	۰/۵۷
ارتباط مثبت	خطا	۶۱۶/۷۶	۲۸	۲۲/۰۳				
	زمان	۳۸۹/۰۹	۱/۴۴	۲۶۹/۶۸	۱۰۳/۳۴	< ۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
	درون‌آزمودنی‌ها	۵۰۳/۴۹	۱/۴۴	۳۴۸/۹۷	۱۳۳/۷۳	< ۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰
ارتباط مثبت	خطا (زمان)	۱۰۵/۴۲	۴۰/۴۰	۲/۶۱				
	بین‌آزمودنی‌ها	۵۶۷/۵۱	۱	۵۶۷/۵۱	۴/۴۷	۰/۰۴۴	۰/۱۴	۰/۵۳
	خطا	۳۵۵۶/۹۸	۲۸	۱۲۷/۰۳				

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی مراحل اندازه‌گیری متغیرها در کودکان مبتلا به اختلال بیرون‌نمود به تفکیک گروه

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

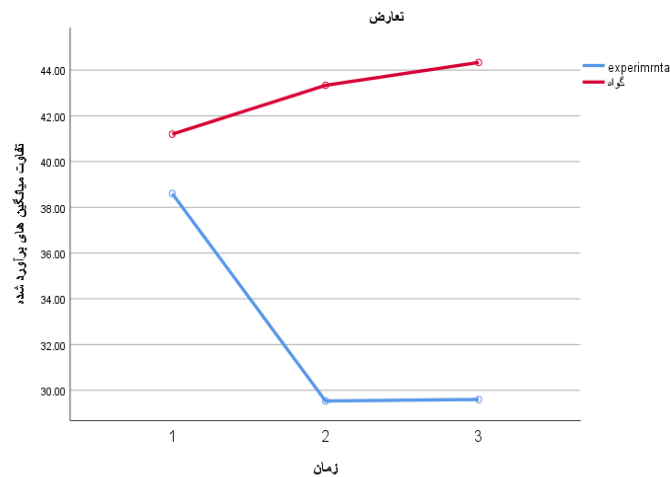
مقایسه میانگین نمرات متغیر تعارض در سه مرحله مشخص شد، نمرات گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش پیدا کرد ($p < 0/001$)؛ این کاهش نشان‌دهنده اثربخشی مداخلات شناختی‌رفتاری مادرمحور بر کاهش وابستگی گروه آزمایش است؛ به‌علاوه در متغیر وابستگی تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری در گروه مداخله معنادار نبود که بیانگر ثبات اثرات درمان با گذشت زمان بود ($p = 0/323$).

در متغیر ارتباط مثبت در گروه آزمایش تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p < 0/001$). با مقایسه میانگین نمرات متغیر ارتباط مثبت در سه مرحله مشاهده شد، نمرات گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون به‌طور معناداری افزایش یافت ($p < 0/001$)؛ این افزایش نشان‌دهنده اثربخشی مداخلات شناختی‌رفتاری مادرمحور بر افزایش ارتباط مثبت گروه آزمایش بود؛ همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون متغیر ارتباط مثبت با نمرات مرحله پیگیری در گروه مداخله معنادار نبود که بیانگر ثبات اثرات درمان با گذشت زمان بود ($p = 0/319$).

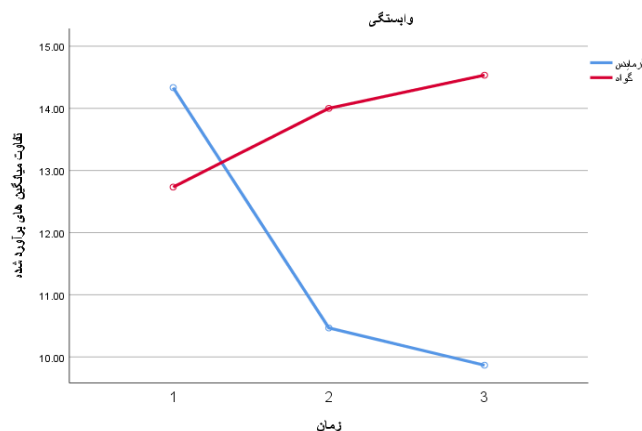
تعارض ($p = 0/002$) و وابستگی ($p = 0/034$) و ارتباط مثبت ($p = 0/044$) معنادار بود که اثربخشی مداخله بر گروه آزمایش را نشان می‌دهد. در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای تعارض و وابستگی و ارتباط مثبت در گروه آزمایش و گروه گواه آورده شده است.

در جدول ۴ مقایسه 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 مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p < 0/001$). با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده شد، نمرات گروه آزمایش در متغیر تعارض در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافت ($p < 0/001$)؛ این کاهش نشان‌دهنده اثربخشی مداخلات شناختی‌رفتاری مادرمحور بر کاهش تعارض گروه آزمایش بود؛ همچنین در متغیر تعارض، تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری در گروه مداخله معنادار نبود که بیانگر ثبات اثرات درمان با گذشت زمان بود ($p = 1/000$).

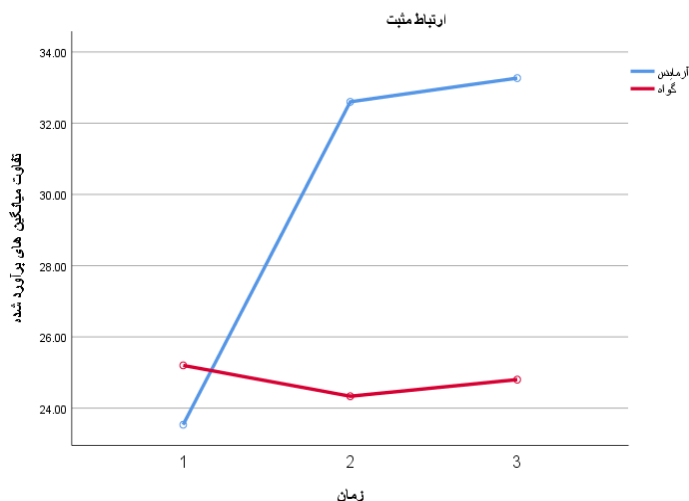
در متغیر وابستگی در گروه آزمایش تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p < 0/001$) با



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



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



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

۴ بحث

نقش‌های متعددی در درمان مانند ارائه اطلاعات درباره 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). در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری 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). نکته مهم این است که در مداخله شناختی رفتاری از والدین خواسته می‌شود به تلاش فرزندشان برای تنظیم هیجان و مهارت‌های حل مسئله آموخته‌شده در درمان شناختی رفتاری تا موقعیت‌های تحریک‌کننده خشم و ستایش و پاداش برای بهبود رفتار، توجه کنند (۱۵).

در درمان شناختی رفتاری، 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 در نتیجه کاهش مشکلات رفتاری کودک می‌شود (۲۶). در مهارت‌های مداخلات شناختی رفتاری برای کودک، تغییر در تفکر و احساس جزو راهبردهای اصلی مداخله است. همچنین از والدین خواسته می‌شود برای تنظیم هیجان کودک، موقعیت‌های تحریک‌کننده خشم را تشخیص دهند و با پاداش به بهبود رفتار کودک کمک کنند (۲۰)؛ از این رو 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

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بسته مداخلات شناختی رفتاری مادرمحور ویژه کودکان مبتلا به اختلال برون‌نمود بر بهبود تعامل والد-کودک انجام شد. یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری مادرمحور بر بهبود تعامل والد-کودک بود. با توجه به یافته‌های پژوهش، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در پرسش‌نامه درمقایسه با گروه گواه تفاوت داشت. تفاوت به‌لحاظ آماری معنادار بود و نشان داد، مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش مادر تأثیر معناداری بر بهبود تعامل والد-کودک شامل کاهش تعارض و وابستگی و افزایش ارتباط مثبت داشت. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات گاوینا و همکاران (۱۹)، سوخودولسکی و همکاران (۲۰)، دریاپیگی و همکاران (۲۱)، بنر و همکاران (۲۲) و لوچمن و همکاران (۸، ۲۳) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کودکان و نوجوانان با اختلالات برون‌نمود، همسوست.

درمان شناختی رفتاری، درمان روان‌شناختی به‌خوبی مطالعه‌شده است. در درمان شناختی رفتاری، 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). نکته مهم درباره اثربخشی و کارایی مداخله شناختی رفتاری این است که مداخله شناختی رفتاری، 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 شناختی رفتاری شامل شناسایی پیشایندها 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. علاوه بر آموزش والدین، آن‌ها

کودک و خانواده تعهد درمانی ایجاد شود. دومین مؤلفه مهم، استفاده از پاداش و تقویت‌کننده مثبت برای رفتارهای مناسب است. پاداش‌ها و تقویت‌کننده‌ها هدف‌های گوناگونی نظیر ایجاد عزت‌نفس در کودک و تقویت رابطه کودک و والد دارند. برای تأثیرگذاری بیشتر این رویکرد، پاداش‌ها باید پس از انجام کار خاصی توسط کودک، به صورت 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. از سوی دیگر رفتارهای مناسب را با توجه مثبت و تحسین کلامی و انواع پاداش‌ها تقویت کنند تا به رفتارهای دلخواه دست یابند (۲۸).

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد، اجرای مداخلات شناختی‌رفتاری همراه با مشارکت به‌ویژه مادر می‌تواند اثرات مثبت درخور توجهی بر کاهش مشکلات رفتاری و بهبود تعامل کودکان با اختلالات برون‌نمود از جمله 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 در مقایسه با درمان فردی دارد؛ زیرا مشارکتی گروهی بین اعضای خانواده به وجود می‌آید که فرایند درمان را تسهیل می‌بخشد.

۶ تشکر و قدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان
مطالعه حاضر بخشی از رساله برای دریافت مدرک دکتری در رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران است. همچنین پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.SRB.REC.1398.219 است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی آموزش کودکان استثنایی واحد علوم و تحقیقات تهران است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

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

کودک و خانواده تعهد درمانی ایجاد شود. دومین مؤلفه مهم، استفاده از پاداش و تقویت‌کننده مثبت برای رفتارهای مناسب است. پاداش‌ها و تقویت‌کننده‌ها هدف‌های گوناگونی نظیر ایجاد عزت‌نفس در کودک و تقویت رابطه کودک و والد دارند. برای تأثیرگذاری بیشتر این رویکرد، پاداش‌ها باید پس از انجام کار خاصی توسط کودک، به صورت 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. از سوی دیگر رفتارهای مناسب را با توجه مثبت و تحسین کلامی و انواع پاداش‌ها تقویت کنند تا به رفتارهای دلخواه دست یابند (۲۸). همچنین در مداخله مدیریت رفتار برای کودکان با اختلال برون‌نمود، هدف بهبود الگوی‌های تعاملات خانوادگی است. این الگوها از سوابق و پیامدهای حفظ کج‌خلق و عصبانیت، پرخاشگری و انطباق‌نیافتن کودک ناشی می‌شود. تکنیک‌های مدیریت رفتار برای والدین از اصول اولیه 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 منجر به کاهش مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود، این است که بسیاری از مشکلات کودک در محیط خانواده به وجود می‌آید و عوامل پایداری مشکل در خانواده و محیط اطراف او وجود دارد؛ بنابراین آموزش‌های رفتاری به افراد خانواده از جمله والدین که زمان بیشتری را با کودک می‌گذارند، بیشترین تأثیر را بر کودکان خواهد داشت و شرایط کاهش رفتار نامناسب را در کودکان فراهم می‌کند (۲۹)؛ به‌طور کلی 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 علاوه بر بهبود عملکرد کودک، به کاهش اضطراب والدین نیز کمک می‌کند (۱۶).

پژوهش حاضر نیز همانند پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی داشت؛ به دلیل 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 در زمینه مداخلات مادرمحور بسیار محدود بود. در پژوهش‌های بعدی می‌توان با گسترده‌تر کردن دامنه

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, Billow 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>

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. *causes 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](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](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. Gavița OA, David D, Bujoreanu S, Tiba A, Ionuțiu 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, Pourmohandrezha-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>