MEJDS. 2016; 6:198-204
Published online 2017 March 7. **Research Article**

Effectiveness of mothers' training behavior management on parenting stress and behavioral Problems in children with Oppositional defiant disorder

*Davood Kordestani[1]

Author Address:
1. Assistant Professor Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author's Address:** Department of Psychology, Payame Noor University, and Tehran, Iran; ***E-mail:** kordestanid@yahoo.com

Received: 2015 October 19**; Accepted:** 2015 December 5.

Abstract
Objective: Negative interaction of child - parent is considered as an important factor in the development of externalizing problems such as oppositional defiant disorder and parental stress. So, the present study aimed to investigate the effect of behavior management training of mothers, on decreasing behavior problems and reducing parenting stress of their children with oppositional defiant disorder.
Methods: The research design was experimental with pre-and-posttest and control groups. Therefore, 30 mothers whose children were diagnosed as having ODD were chosen through at-hand sampling and were matched into experimental and control groups. Then, they were replaced into two experimental and control. The research tools included parenting stress index, children behavior checklist and behavior performance questionnaire. The behavior management training was performed in nine 90-minute sessions in experimental group. Finally, both groups answered to the questionnaires as posttest.
Results: The data was analyzed using ANCOVA test. The results indicated the effectiveness of training on reducing behavioral problems as well as the decrease in parenting stress in mothers in experimental group, compared to mothers in control group.
Conclusion: The results totally showed that behavioral training of mothers decrease their parenting stress and prevents rising confusion in parent-child relationships and also behavior problems in children with ODD.
Keywords: Oppositional defiant disorder, behavior management, Parenting stress, Behavioral problems.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.38.9]

Copyright © 2016, 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 ۱۳۹۵؛ (۶): ۲۰۴-۱۹۸

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۵ مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر آموزش «مدیریت رفتار» به مادران بر استرس والدگری و مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای

*داوود کردستانی[۱]

توضیحات نویسندگان:

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور تهران، تهران، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** تهران، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، صندوق پستی ۳۶۹۷ـ ۱۹۳۹۵؛ ***رایانامه:** kordestanid@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۷ مهر ۱۳۹۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴ آذر ۱۳۹۴

چکیده

هدف: تعامل منفی کودک ـ والد، عامل مهمی در بروز مشکلات برونی‌شده (اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ایجاد تنیدگی والدینی) محسوب می‌شود؛ از این‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش روش‌های مدیریت رفتار به مادرانِ کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کاهش استرس والدگری و مشکلات رفتاری فرزندان این مادران بود.

روش‌بررسی: روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر از مادرانی که فرزندان‌شان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده شده بودند، به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل همتاسازی شدند. ابزارهای پژوهش، شامل شاخص استرس والدین، فهرست رفتاری کودک و پرسش‌نامهٔ عملکرد رفتاری کودکان بود. آموزش روش‌های مدیریت رفتار در قالب ۹ جلسهٔ نوددقیقه‌ای در گروه آزمایشی اجرا شد. در پایان، دوگروه، پرسش‌نامه‌های مذکور را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس موردتجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل نتایج، بیانگر تأثیر آموزش روش‌های مدیریت رفتار بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ($p<۰/۰۰۱$) و هم‌چنین کاهش استرس والدین ($p<۰/۰۰۱$) در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی یافته‌ها نشان داد که آموزش رفتاری به مادران، استرس والدگری آن‌ها را بهبود می‌بخشد و از به‌وجودآمدن آشفتگی در روابط والد ـ فرزندی و هم‌چنین مشکلات رفتاری در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیشگیری می‌کند.

کلیدواژه‌ها: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، روش‌های مدیریت رفتار، استرس والدگری، مشکلات رفتاری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ 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 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.38.9]

۱ مقدمه

اختلال «نافرمانی مقابله‌ای[2]» یا تضادورزیِ جسورانه، یکی از انواع اختلال‌های برونی‌شده است. مهم‌ترین مشخصهٔ این اختلال، رفتار تکراری منفی‌گرایی، لجبازی، نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت است که حداقل ۶ماه دوام داشته باشد. این اختلال، متناسب با سن تحولی کودک نیست و باعث اختلال قابل‌ملاحظهٔ بالینی در وضعیت تحصیلی، اجتماعی و شغلی فرد می‌شود (۱). رفتارهای مبتلایان به این اختلال بدون نقض جدیِ هنجارهای اجتماعی یا حقوق دیگران است (۲،۳). مطالعات همه‌گیرشناسی صفات منفی‌کاری در جمعیت غیربالینی نشان داده است که این رفتارها در ۱۶ تا ۲۲ درصد کودکان سنین مدرسه دیده می‌شوند (۱).

پژوهشگران مختلف معتقدند که والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری (نافرمانی مقابله‌ای)، در مقایسه با والدین کودکان عادی، به‌صورت معنی‌داری سطوح بالایی از تنشگرها[3] را بروز می‌دهند. هم‌چنین پژوهش‌هایی که به رابطهٔ استرس والدگری[4] و مشکلات رفتاری فرزندان با اختلالات رفتاری، به‌ویژه کودکان با اختلال‌های برونی‌شده، پرداخته‌اند، میزان بالایی از استرس والدگری و آشفتگی‌های روان‌شناختی را در والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان عادی گزارش داده‌اند (۴،۵).

تعامل منفی کودک—مادر، عامل مهمی در بروز مشکلات برونی‌شده، مثل اختلال نافرمانیِ مقابله‌ای، محسوب می‌شود. پترسون معتقد است که اختلال‌های برونی‌شده، نتیجهٔ شکست در اِعمال قوانین والدینی هستند که معمولاً سه ویژگی عمده دارند: قوانین بی‌ثبات، نظارت کم، مهارت‌های ضعیف حل مسأله. این نوع شیوهٔ والدگری، کودکان را به‌سمت نافرمانی و اختلالات رفتاری سوق می‌دهد (۶). مطالعات انجام‌شده درمورد کودکان پیش‌دبستانی نشان می‌دهد که ضعف مسئولیت‌پذیری والدین و تنبیه شدید، خطر بروز رفتارهای اغتشاش‌گر را در آن‌ها افزایش می‌دهد (۷). پس می‌توان نتیجه گرفت که این روابط نامناسب و آشفتگی‌های روان‌شناختی بین والدین و کودک، و اختلال نافرمانی مقابله‌ای به‌صورت یک دور باطل رخ می‌دهد که باید برای تصحیح آن‌ها اقداماتی انجام داد؛ از این‌رو توجه به درمان‌های روانی—اجتماعی، از قبیل روش‌های مدیریت رفتار[5] و آموزش رفتاری والدین[6]، به دلیل ویژگی‌های منحصربه‌فرد، بسیار موردتوجه قرار گرفته است (۸). آموزش مدیریت رفتاری که بر اصول یادگیری اجتماعی مبتنی است، به والدین می‌آموزد که با شناخت پیش‌آمدها و پیامدهای رفتارهای نامناسب فرزندان خود، مشخص کردن آن‌ها، شیوهٔ نظارت بر این رفتارها، نادیده‌انگاشتن عمدی و برنامه‌ریزی‌شده، محرومیت موقت و دیگر فنون غیرجسمانی (بدون تنبیه بدنی) رفتارهای فرزندان خود را تغییر دهند و رفتارهای مناسب را به‌وسیلهٔ توجه کردن، تشویق کلامی و جایزه تقویت کنند تا به رفتارهای دلخواه دست یابند (۴). آموزش والدین برای درمان نافرمانی کودکان موردحمایت تجربی قرار گرفته است (۹) و نسبت به سایر درمان‌ها مانند خانواده‌درمانی و دارودرمانی به نتایج بهتری دست یافته است که به برخی از آن‌ها اشاره خواهد شد.

در پژوهشی که دانفورد و همکاران (۱۰) با استفاده از آموزش والدین رفتاری، بر روی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال کمبود توجه—بیش‌فعالی انجام دادند، به این نتیجه دست یافته‌اند که ارائهٔ آموزش‌هایی درمورد علل، خصیصه‌ها و هم‌چنین فنون مدیریت رفتار کودکان باعث کاهش بیش‌فعالی، رفتارهای تخریبی و پرخاشگری کودکان می‌شود؛ هم‌چنین این آموزش باعث بهبود عملکرد رفتاری والدین و کاهش تنیدگی آن‌ها می‌شود. در مطالعهٔ دیگری که هوانگ و همکاران (۱۱) بر روی ۲۳ والد دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کاستی توجه—بیش‌فعالی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که بعد از ۱۰جلسهٔ آموزش والدین، علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال کاستی توجه—بیش‌فعالی در ۱۴ کودک کاهش یافته است و علائم رفتاری بقیهٔ کودکان هیچ تغییری را نشان نداده است. با توجه به یافته‌های بیان‌شده می‌توان گفت که ارتباط پیچیده‌ای بین تنیدگی فرزندپروری با نگرش‌های فرزندپروری منفی، بهزیستی والدین و رفتارهای فرزندپروری وجود دارد. والدینی که از روش‌های تربیتی و رفتاری آمرانه و سخت‌گیرانه‌تری استفاده می‌کنند و به‌صورت منفی‌تری با فرزندان خود تعامل برقرار می‌نمایند، استرس والدگری بیش‌تری را تجربه می‌کنند (۱۲).

علاوه‌براین پس از ارزیابی برنامه‌های گروهی آموزش والدین، محققان به این نتیجه رسیدند که والدینی که این آموزش‌ها را دریافت کرده‌اند، با فرزندان خود کم‌تر به‌صورت آمرانه رفتار می‌کنند، دید بهتری نسبت به آن‌ها دارند و روابط والد—فرزندی در این خانواده‌ها به‌طورقابل ملاحظه‌ای بهبود پیدا کرده است (۶). لذا با توجه به اهمیت مقولهٔ آموزش رفتاری والدین کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و با در نظر گرفتن این مطلب که پژوهش‌های مختلف بعضاً دارای نتایج متفاوتی با یکدیگر بوده‌اند، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران دارای کودک با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بهبود استرس والدگری و کاهش مشکلات رفتاری فرزندان این مادران بود تا بدین‌وسیله راه شناخت هرچه بیش‌تر راهبردهای مداخله‌ای برای مواجه با مشکلات این والدین هموارتر گردد.

۲ روش بررسی

این مطالعه، یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش، از مادران پسران ۷تا۱۰ سال ساکن شهر ازنا تشکیل شده بود. برای گزینش گروه نمونه، ابتدا ۳مدرسه، از بین مدارس دبستان پسرانهٔ شهر ازنا به‌صورت تصادفی انتخاب شد و تعداد ۱۲۰ نفر از والدین، پرسش‌نامهٔ فهرست رفتاری کودک را تکمیل کردند که از این میان، ۳۰نفر از آن‌ها به‌عنوان نمونهٔ پژوهشی انتخاب شدند؛ این ۳۰نفر مادرانی بودند که در فهرست رفتاری کودک (زیرمقیاس نافرمانی مقابله‌ای) بالاترین نمره‌ها را دریافت کرده بودند و از طریق مصاحبهٔ تشخیصی روان‌پزشک و

2. Oppositional defiant disorder
3. Stressors
4. Parenting stress
5. Management behavior
6. Behavior parent training

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.38.9]

روان‌شناس مبتلا به اختلال، تشخیص داده شده بودند. لازم به ذکر است به‌منظور رعایت اصول اخلاقی از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامهٔ کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد و اطلاعات مربوط به روش اجرا و هدف انجام تحقیق، فواید و ماهیت و مدت تحقیق، به میزانی که با آزمودنی ارتباط داشت به آن‌ها ارائه شد. با توجه به ماهیت و نوع تحقیق، تعداد ۳۰نفر از این مادران (۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل) به‌صورت نمونهٔ در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و کنترل به‌صورت همتاسازی (بر اساس سن و میزان تحصیلات مادر) قرار گرفتند. طبق نظر گال، بورگ و گال (۱۳۸۶)، استفاده از بزرگ‌ترین نمونه، یک قاعدهٔ کلی در تحقیق کمّی به شمار می‌آید؛ اما در بسیاری از مطالعات پژوهشی، محدویت‌های زمانی و مالی، تعداد آزمودنی‌های یک نمونه را محدود می‌سازد؛ به همین دلیل پژوهشگران به‌منظور تعیین حداقل حجم نمونهٔ موردنیاز در روش‌های مختلف تحقیق، برای هر گروه ۱۵نفر را پیشنهاد کرده‌اند (۱۳).

روش اجرا: دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای از طریق مصاحبهٔ تشخیصی روان‌پزشک و روانشناس و پرسش‌نامهٔ فهرست رفتاری کودک شناسایی شده بودند. در هر دو گروه، پیش‌آزمونی برای تعیین میزان عملکرد رفتاری کودکان و استرس مادران اجرا و سپس آموزش گروه آزمایشی طی ۹جلسه، اجرا شد. پس از پایان آموزش، مجدداً متغیرهای مذکور اندازه گیری شدند. محتوای برنامه از برنامهٔ آموزش والدین بارکلی (۱۴)، اقتباس شده بود. در ادامه به شرح اقدامات آموزشی انجام شده، پرداخته شده است.

ـ جلسهٔ اول: در این جلسه، اطلاعات ضروری در مورد ماهیت، شیوع، سیر، پیش‌آگهی، سبب‌شناسی و درمان کارآمد این اختلال به والدین ارائه شد.

ـ جلسهٔ دوم: در این جلسه، اصول کلی مدیریت رفتار، مثل تقویت مثبت و تقویت تفکیکی توضیح داده شد.

ـ جلسهٔ سوم: در این جلسه، تکنیک‌های کلامی و استفاده از جمله‌های مثبت و اصول توجه به رفتار مثبت و هم‌چنین نادیده‌انگاری رفتارهای نامناسب، آموزش داده شد.

ـ جلسهٔ چهارم: در این جلسه، توجه مثبت به فرمان‌برداری از دستور والدین و نیز پیروی از مقررات خانواده موردبحث قرار گرفت.

ـ جلسهٔ پنجم: روش اقتصاد پته‌ای آموزش داده شد.

ـ جلسهٔ ششم: استفاده از روش جریمه و روش محروم‌سازی آموزش داده شد.

ـ جلسهٔ هفتم: مدیریت رفتار در موقعیت‌های عمومی آموزش داده شد.

ـ جلسهٔ هشتم: بهبود رفتار کودک در مدرسه از سوی خانه مطرح شد و با آموزش ثبت رفتارهای مثبت کودک در منزل و روش‌های امتیازدهی به این رفتارها خاتمه پذیرفت.

ـ جلسهٔ نهم: در این جلسه، چگونگی مقابله با مشکلات آینده موردبحث قرار گرفت.

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

شاخص استرس والدین[7] (PSI): این شاخص در سال ۱۹۹۰ توسط آبدین ساخته شد و شامل پرسش‌نامه‌ای است که براساس آن می‌توان اهمیت استرس در نظام والدین‌ـ‌کودک را ارزشیابی کرد. این پرسش‌نامه دارای ۱۰۱ سؤال است و نمرهٔ کلی این مقیاسِ برآوردی، از میزان استرس والدین در امر تربیت فرزندان و برخورد با الزامات فرزندپروری، به دست می‌آید. ضریب قابلیت اعتبارِ هم‌سانیِ درونی ازطریق محاسبهٔ آلفای کرونباخ برای یک گروه ۵۳۴نفری از والدین ساکن در منطقهٔ ویرجینیای آمریکا، ۵/۹۰ به‌دست آمد. این ضریب در قلمروی کودک، ۰/۸۹ و در قلمرو والد ۰/۹۳ بوده است (۱۵). مقدار این ضریب در سطح پژوهش دادستان و همکاران (۱۳۸۵)، ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی آن با فاصلهٔ زمانی ۱۰ روز، ۰/۹۴ بود (۱۶). هم‌چنین در بررسی تاجری (۱۳۷۸) که با روش بازآزمایی، ضریب هم‌بستگی اسپیرمن در قلمروی کودک و والدین، به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۰ حاصل شد. این مقدار حاکی از وجود هم‌بستگی قوی و معنی‌دار در طی سه هفته است (۱۷).

پرسش‌نامهٔ مشکلات رفتاری کودکان در منزل (ویژهٔ والدین): این پرسش‌نامه توسط سوانسون (۱۹۹۲) و برای ارزیابی رفتارهایی که در محیط منزل از تمام کودکان، از جمله کودکان با اختلال‌های رفتاری، انتظار می‌رود ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل ۱۰ ماده و دارای یک طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» است و به ارزیابی آسیب‌ها و مشکلات رفتاری کارکردی در کودکان با اختلال‌های رفتاری می‌پردازد (۱۸،۱۹). پرسش‌نامهٔ مذکور براساس تحلیلی که از مشکلات رفتاری کودکان در منزل به عمل آمده است، ساخته شده است. لازم به‌ذکر است که نمرهٔ بالاتر در این مقیاس نشان‌دهندهٔ مشکلات رفتاری کم‌تر در محیط منزل می‌باشد. در پژوهش مورای و همکاران (۱۸) پایایی این مقیاس، ۰/۹۸ به‌دست آمده است؛ گرجی (۱۳۸۳) نیز در پژوهشی با استفاده از روش دونیمه‌کردن اسپیرمن‌ـ‌براون، اعتبار آن را محاسبه کرده است. اعتبار این پرسش‌نامه، طبق نظر معلمان، ۰/۶۳ و براساس نظرات والدین، ۰/۵۹ به‌دست آمده است (۲۰). ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۵) برای این پرسش‌نامه به‌وسیلهٔ امیری و همکاران (۱۳۹۳) به‌دست آمده است (۲۱).

فهرست رفتاری کودک: این پرسش‌نامه، شامل ۱۱۲ماده دربارهٔ مشکلات خاص کودکان است و والدین باید وضعیت فرزند خود را در هر ماده با انتخاب یکی از سه‌گزینهٔ «نادرست =۰»، «تا حدی درست= ۱» و «کاملاً درست = ۲» مشخص کنند. مشکلات درونی‌شده و برونی‌شده در این پرسش‌نامه اندازه‌گیری شده و اختلال نافرمانیِ مقابله‌ای هم به‌عنوان یکی از مقیاس‌های مبتنی بر راهنمای تشخیصی اختلالات روانی در این پرسش‌نامه موردارزیابی قرار می‌گیرد. اعتبار و روایی این پرسش‌نامه در مقیاس‌های صلاحیت ضرایب آلفای کرونباخ در دامنهٔ ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ جای گرفته‌اند. ضرایب آلفای مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌های CBCL بین ۰/۸۷ (برای مقیاس برونی‌شده) و ۰/۷۳ (برای مشکلات اجتماعی) قرار دارد. مینایی (۱۳۸۴) در پژوهشی که به‌منظور هنجاریابی نظام سنجشی مبتنی بر تجربهٔ آشنباخ انجام داده است، درزمینهٔ اعتبار آزمون‌ـ‌بازآزمایی (در

7. Parenting stress index

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.38.9]

فاصلهٔ بین ۵ تا ۸هفته) نشان داد که همهٔ ضرایب هم‌بستگی معنی‌دار هستند و بین دامنهٔ ۰/۹۷ (برای مقیاس برونی‌شده) و ۰/۳۸ (برای مقیاس مشکلات تفکر) قرار دارند (۲۲).

۳ یافته‌ها

نتایج توصیفی (میانگین و انحراف معیار) پیش‌آزمون و پس‌آزمونِ متغیرهای استرس والدگری و مشکلات رفتاری کودکان در خانه، به تفکیک گروه‌ها در جدول (۱) ارائه شده است. لازم به‌ذکر است که نمرهٔ بالاتر در این مقیاس از عملکرد رفتاری، نشان‌دهندهٔ مشکلات رفتاری کم‌تر در محیط منزل می‌باشد و نمرهٔ بالا در این پرسش‌نامه بدین معنی است که کودک در محیط خانه کارها و وظایف محوّلهٔ خود را به‌موقع و به‌نحو صحیحی انجام می‌دهد. یافته‌های توصیفی پژوهش نشان دادند که میانگین گسترهٔ سنی کودکان در گروه آزمایش، ۸/۲۰ و درگروه کنترل، ۸/۱۰ سال و میانگین سنی مادران گروه آزمایش ۳۳/۸۰ و گروه کنترل ۳۴/۲۰ بود.

جدول ۱. آمارهای توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به پرسش‌نامه‌های استرس والدگری و مشکلات رفتاری بین دو گروه.

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس والدگری	پیش آزمون	۲۷۵/۱۳	۲۲/۸۹	۲۷۷/۹۳	۲۰/۵۶
	پس آزمون	۲۵۳/۸۰	۲۱/۵۴	۲۸۰/۲۰	۲۰/۵۲
مشکلات رفتاری	پیش آزمون	۲۸	۴/۵۱	۲۶/۶۰	۳/۹۷
	پس آزمون	۳۶/۲۰	۳/۲۱	۲۵/۲۶	۴/۰۹

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود، برای تحلیل داده‌ها و به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد؛ این نوع تحلیل دارای مفروضه‌هایی است؛ از جمله تحلیل کوواریانس همگنی شیب‌های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش‌آزمون) و متغیرهای وابسته که در این پژوهش شیب‌های خط رگرسیون در تمامی متغیرهای موردمطالعه موازی بودند. در این مطالعه، تعامل گروه و پیش‌آزمون برای متغیرهای استرس والدگری (p>۰/۰۵ و F=۰/۲۶۳)، و نمرهٔ مقیاس مشکلات رفتاری (p>۰/۰۵ و F=۰/۱۱۵) معنی‌دار نیست؛ از این‌رو، می‌توان گفت که این پیش‌فرض رعایت شده است. از دیگر مفروضه‌های این آزمون همگنی واریانس‌هاست که برای بررسی همگنی آن در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین درمورد هیچ‌یک از متغیرهای موردبررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نیست (در پس آزمون‌ها؛ استرس والدگری، p>۰/۰۵ و F=۱/۳۰ و مقیاس مشکلات رفتاری، p>۰/۰۵ و F=۰/۰۴۱) ؛ بتابراین مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها نیز تأیید شد و باتوجه به برقراری مفروضه‌های اصلی این آزمون، مجاز بودیم از این آزمون آماری استفاده کنیم.

جدول۲. نتایج تحلیل کواریانس در مقایسهٔ نمرات پس‌آزمون پرسش‌نامهٔ استرس والدگری و مشکلات رفتاری در دو گروه

متغیرها	منابع تغییرات	F	مقدارp	مجذور اتا
استرس والدگری	پیش آزمون	۸/۱۵	<۰/۰۲۳	۰/۲۳
	گروه	۱۳/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۲
مشکلات رفتاری	پیش آزمون	۷/۲۵	<۰/۰۱۳	۰/۲۱
	گروه	۷۰/۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۲

باتوجه به جدول (۲)، نمره‌های پس‌آزمون، تحت‌تاثیر نمره‌های پیش‌آزمون بوده است؛ پس اثر پیش‌آزمون معنی‌دار است. برای آزمودن اثر مداخله (برنامهٔ آموزش روش‌های اصلاح رفتار) بر متغیر وابسته (استرس والدگری) باید اثر پیش‌آزمون به‌عنوان عامل همپراش زدوده شود؛ از این‌رو نتایج نشان داد که در متغیر استرس والدگری پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، متغیر مستقل یا گروه اثر معنی‌داری بر میانگین نمرات پس‌آزمون داشته است (p<۰/۰۰۱). از دیگر سو با توجه به مجذور اتا، میزان تأثیر مداخله، ۳۲ درصد بوده است؛ یعنی ۳۲ درصد از تغییرات متغیر وابسته تحت‌تأثیر متغیر مستقل است. باتوجه به همین جدول، در قسمت متغیر مشکلات رفتاری، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، متغیر مستقل یا گروه، اثر معنی‌داری بر میانگین نمرات پس‌آزمون داشته است (p<۰/۰۰۱). با توجه به مجذور اتا نیز ۷۲درصد از تغییرات متغیر وابسته، تحت‌تأثیر متغیر مستقل یا مداخله بوده است.

٤ بحث

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر بیانگر این است که آموزش روش‌های مدیریت رفتاری بر کاهش استرس والدگری مادران کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارای تأثیر معنی‌داری بوده است و برنامهٔ آموزشی حاضر توانسته استرس فرزندپروری مادران دارای کودکان با نافرمانی مقابله‌ای را کاهش دهد (p <۰/۰۱). این یافته با یافتهٔ پژوهش‌های کین (۲۳)، جانستون و هامرسن (۲۰۰۸) و جانستون و جاسی (۲۰۰۷) در زمینهٔ آموزش مدیریت رفتاری به والدینِ دارای کودکان با اختلالات رفتاری و رشدی منطبق می‌باشد (۲۵-۲۳).

پژوهش های متعددی درزمینهٔ رفتارهای برونی‌شده (۲۶،۲۷) و کودکان مبتلا به سایر انواع مشکلات رفتاری (۲۸) وجود دارد که نشان می‌دهد مادران دارای فرزند با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و سایر مشکلات رفتاری، نسبت به سایر والدین سطوح بالاتری از استرس فرزندپروری را تجربه می‌کنند. این میزان استرس خیلی زود در والدین

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.38.9]

ظاهر می‌شود و به‌صورت مزمن در آن‌ها باقی می‌ماند. فوسوم بیان می‌کند که افزایش سطح استرس با ایجاد اختلال‌هایی در روابط والد ـ فرزندی، مهارت‌های فرزندپروری و مشکلات روانی والدین همراه است. به‌طورکلی استرس فرزندپروری از ویژگی‌های والدین، کودک، محیط و تعاملات میان این عوامل به‌وجود می‌آید که با مداخلات رفتاری و روان‌شناختی می‌توان از میزان این استرس و مشکلات تنیدگی کاست (۲۹). کاهش استرس والدگری در این مقیاس نشان‌دهندهٔ این موضوع است که محتویات برنامهٔ آموزشی توانسته است احساس کارآمدی والدین در قبال برخورد با مشکلات رفتاری کودکشان و هم‌چنین مدیریت مناسب موقعیت‌های تنش‌زا را افزایش دهد (۳۰).

هم‌سو با نتیجهٔ پژوهش حاضر، در مورد اثربخشی آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران برای افزایش عملکرد رفتاری کودکان، بسیاری از پژوهشگران (۲۴،۲۵،۳۱) بر اثربخشی این روش در افزایش عملکرد رفتاری کودکان با اختلالات رفتاری تأکید کرده‌اند. پژوهش‌های پیشین، رابطهٔ بین رفتارهای والدین و مشکلات رفتاری کودکان را به اثبات رسانده‌اند. این پژوهش‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که مشکلات رفتاری کودکان به چگونگی رفتار والدینشان بستگی داشته است؛ هم‌چنین سبک‌های انضباطی نامنظم والدین، اختلال سلوک را در کودکان با مشکلات رفتاری ایجاد می‌کند. از این‌رو تغییر رفتار والدین و آموختن مهارت‌های توجهی (از قبیل گوش‌دادن و ارائهٔ توجه مثبت) در طی آموزش رفتاری والدین، به مادران کمک می‌کند، چگونگی توجه به کودک، بدون دخالت کردن و پرسیدن سؤال را فراگیرند. هم‌چنین والدین از طریق این آموزش‌ها دریافتند چگونه اظهارنظرهای مثبت خود و رفتارهای مطلوب کودکشان را افزایش یا تثبیت کنند (۳۰).

۵ نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده نشانگر تأثیر آموزش روش‌های مدیریت رفتار بر کاهش استرس والدگری و مشکلات رفتاری کودکان بود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.38.9]

References

1. Assocation AP. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-IV-TR. Arlingt VA Am Psychiatr Publ. 2000.
2. Frankel F, Feinberg D. Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. Child Psychiatry Hum Dev. 2002;33(2):125–146. [Link]
3. Kledzik AM, Thorne MC, Prasad V, Hayes KH, Hines L. Challenges in treating oppositional defiant disorder in a pediatric medical setting: A case study. J Pediatr Nurs. 2012;27(5):557–562. [Link]
4. Bussing R, Gary FA, Mills TL, Garvan CW. Cultural variations in parental health beliefs, knowledge, and information sources related to attention-deficit/hyperactivity disorder. J Fam Issues. 2007;28(3):291–318. [Link]
5. Finzi-Dottan R, Triwitz YS, Golubchik P. Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. Res Dev Disabil. 2011;32(2):510–519. [Link]
6. Bradley SJ. Affect regulation and the development of psychopathology. Guilford Press; 2003. [Link]
7. Gimpel GA, Peacock GG, Holland ML. Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the preschool and kindergarten years. Guilford Press; 2003. [Link]
8. Carr A. The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach. Routledge; 2015. [Link]
9. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. Clin Psychol Rev. 2006;26(1):86–104. [Link]
10. Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2006;37(3):188–205. [Link]
11. Huang H-L, Chao C-C, Tu C-C, Yang P-C. Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychiatry Clin Neurosci. 2003;57(3):275–281. [Link]
12. Raikes HA, Thompson RA. Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. Infant Ment Health J. 2005;26(3):177–190. [Link]
13. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: An introduction. Longman Publishing; 1996. [Link]
14. Barkley RA. Defiant Children: A Clinician s Manual for Assessment and Parent Training. 2nd. N Y Guilford. 1997. [Link]
15. Krulik T, Turner-Henson A, Kanematsu Y, Al-Ma'aitah R, Swan J, Holaday B. Parenting stress and mothers of young children with chronic illness: A cross-cultural study. J Pediatr Nurs. 1999;14(2):130–140. [Link]
16. Dadsetan P, Ahmadi AA, Hasanabadi HR. Parenting stress and general health: A research on the relation between parenting stress and general health among housewife-mothers and nurse-mothers with young children. Journal Iranian Psychologist. 2006; 2(7): 20-30. [Persian] [Link]
17. Tajeri B. Stress, religion attitude and awareness of mothers with mental retarded child and their relation to child acceptance. [Thesis]. [Tehran]: Tehran Psychiatric Inistituation;1990. [Persian] [Link]
18. Murray DW, Bussing R, Fernandez M, Hou W, Garvan CW, Swanson JM, et al. Psychometric properties of teacher SKAMP ratings from a community sample. Assessment. 2009;16(2):193–208. [Link]
19. Wigal SB, Gupta S, Guinta D, Swanson JM. Reliability and validity of the SKAMP rating scale in a laboratory school setting. Psychopharmacol Bull. 1998;34(1):47-53.[Link]
20. Gorji Y. Comparison apply and effectiveness behavior modification method by parent and teachers and mixed this in decline ADHD symptoms.[Thesis]. [Tehran]: Allameh Tabatabaee University;2004. [Persian] [Link]
21. Amiri M. Effect of Training Mothers Based on Adler-Dreikurs' Approach on Positive and Negative Symptoms of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Except Hum Psychol. 2014;3(12):1–26. [Persian][Link]
22. Minaee E. Normalization of measurement systems based on experience Eschenbach. [Tehran]: Press the Education of Exceptional Children; 2009. [Persian] [Link]
23. Keen D, Couzens D, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. Res Autism Spectr Disord. 2010;4(2):229–241. [Link]
24. Johnston C, Hommersen P, Seipp C. Acceptability of behavioral and pharmacological treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: Relations to child and parent characteristics. Behav Ther. 2008;39(1):22–32. [Link]
25. Johnston C, Jassy JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;16(2):74-79. [Link]
26. Da Fonseca D, Cury F, Santos A, Sarrazin P, Poinso F, Deruelle C. How to increase academic performance in children with oppositional defiant disorder? An implicit theory effect. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2010;41(3):234–237. [Link]
27. Petty CR, Monuteaux MC, Mick E, Hughes S, Small J, Faraone SV, et al. Parsing the familiality of oppositional defiant disorder from that of conduct disorder: A familial risk analysis. J Psychiatr Res. 2009;43(4):345–352.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.38.9]

[Link]
28. Mazzucchelli TG, Sanders MR. Preventing behavioural and emotional problems in children who have a developmental disability: A public health approach. Res Dev Disabil. 2011;32(6):2148–2156. [Link]
29. Fossum S, MoRCH W-T, Handega ard BH, Drugli MB, Larsson BO. Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. Scand J Psychol. 2009;50(2):173–181. [Link]
30. Ghanbari S, Nadali H, Moosavi S. Relationship between parenting styles and internalizing symptoms in children. Int J Behav Sci. 2009;3(2):167–172. [Link]
31. Hauth-Charlier S, Clement C. Behavioral parent training programs for parents of children with ADHD: Practical considerations and clinical implications. Prat Psychol. 2009;15(4):457–472.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.38.9]