

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان و نگرانی مادران

دکتر حمید پورشریفی^۱، بهرام پیمان‌نیا^۲ و دکتر مجید محمودعلیلو^۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۸

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۷/۲۷

چکیده

مقدمه: گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک نقش مهمی در کاهش مشکلات روانشناختی کودکان دارد. هدف پژوهش حاضر اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان و نگرانی مادران آنها بود.

روش: روش پژوهش آزمایشی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. نمونه شامل مادرانی بود که بر اساس مصاحبه‌ی تشخیصی، فرزندان آنها دارای علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای بودند. از بین آنها ۳۰ مادر به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای گردآوری داده‌ها از فهرست رفتاری کودک و پرسشنامه‌ی نگرانی اهواز استفاده شد. برنامه‌ی گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک در ۱۰ جلسه برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. قبل از اجرای درمان پیش‌آزمون و بعد از آن پس‌آزمون به عمل آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و نگرانی مادران اثربخش بوده است ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج تلویحات مهمی در توجه به گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک در کاهش مشکلات روانشناختی کودکان و مادران آنها دارد.

کلیدواژه‌ها: گروه درمانی، رابطه‌ی والد-کودک، نافرمانی مقابله‌ای، نگرانی

شبه‌ی ارجاع‌دهی به این مقاله: پورشریفی، حمید، پیمان‌نیا، بهرام، و محمودعلیلو، مجید. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان و نگرانی مادران. دوفصلنامه‌ی روانشناسی بالینی کودک و نوجوان. (۱)، ۱۲۲-۱۰۳.

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

۲. نویسنده‌ی مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان (bpeymannia@yahoo.com)

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

مقدمه

در جامعه‌ی امروز کودکان با چالش‌های فراوانی روبرو می‌شوند؛ به گونه‌ای که در حال حاضر بیش از یک پنجم کودکان، مبتلا به اختلال در سلامت روان هستند و این نابهنجاری، عملکرد آن‌ها را مختل کرده است (مریکانگاس، بورستین، سوانسون، اون‌وولی، سوندسن؛ ۲۰۱۰). هارلود^۱ (۲۰۰۴) باور دارد که کودکانی که به طور مزمن در معرض تعارضات خصمانه و حل نشده‌ی والدین قرار دارند دچار مشکلات هیجانی جدی می‌شوند (برک^۲؛ ۱۳۸۷). بر اساس نظر دیویس و لیندزی^۳ (۲۰۰۴)، این مشکلات هیجانی شامل درونی کردن مشکلات (مخصوصاً در میان دختران) مانند احساس نگرانی، اضطراب، افسردگی، ترس و سعی در اصلاح رابطه‌ی والدین و برونی کردن مشکلات (مخصوصاً در میان پسران)، مانند رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه بوده و نیز شامل اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۴ است (برک، ۱۳۸۷). اختلال نافرمانی مقابله‌ای، یکی از مشکلات شایع رفتاری دوره‌ی کودکی است که به وسیله‌ی نافرمانی، خصومت و عدم سازگاری مخصوصاً با بزرگسالانی که مراجع قدرت هستند، مشخص شده و با مشکلات رفتاری، تحصیلی و اجتماعی پیوند خورده است (بورک، هیپول و لیپر^۵؛ ۲۰۱۰). شیوع این اختلال در برخی مطالعات در کودکان دبستانی ۲/۶ تا ۱۵/۶ درصد گزارش شده است. همچنین در مطالعات بالینی بین ۲۸ تا ۶۵ درصد از کودکان ارجاعی به درمانگاه‌های روانی را

1. Merikangas, Burstein, Swanson, Avenevoli & Swendsen

2. Harolld

3. Berk

4. Davis

5. oppositional defiant disorder

6. Burke, Hipwell & Loeber

کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشکیل می‌دهند (بویلان، ویلانکورت، بویل و ساتماری، ۲۰۰۷).

بسیاری از کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای، در آینده از ملاک‌های اختلال سلوک از جمله درگیری‌های خشونت‌آمیز شدید و جنایی، مواجهه با قانون و سوء مصرف مواد مخدر برخوردار خواهند بود (لوبر، بورک و پار دینی، ۲۰۰۹). همچنین ویتکویتز، کینگ، مک‌ماهون، وو، لوک و ییمین^۳ (۲۰۱۳) نشان دادند که اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مقابل دیگر اختلالات برونی‌سازی شده، دارای ساختار و ابعاد پیچیده‌تری است. انجمن روانپزشکی آمریکا^۴ (۲۰۱۳) ملاک‌های تشخیصی این اختلال را بهینه‌سازی کرده به نحوی که بتوان در میان بزرگسالان علائم نافرمانی مقابله‌ای را تشخیص داد؛ به عنوان مثال: اضافه شدن ژست‌های مستبدانه^۵ در بزرگسالان به عنوان یک ملاک جدید (تامی، بری، مارکوس، کریستوفر، باری و کوکارو، ۲۰۱۳). بر همین اساس، مطالعات بسیاری نشان می‌دهد که اگر اختلال نافرمانی مقابله‌ای درمان نشود، تا بزرگسالی امتداد می‌یابد. همچنین این اختلال نسبتاً در میان بزرگسالانی که به بیش‌فعالی مبتلا هستند، مشاهده می‌شود (تامی و همکاران، ۲۰۱۳).

نتایج پژوهش‌های انجام شده در مورد عوامل به وجود آورنده‌ی اختلالات برونی‌سازی شده نشان می‌دهد که بین عوامل به وجود آورنده‌ی اختلالات کودک و نوجوان، تعامل نامناسب والد - کودک در ایجاد تمام اختلال‌های کودک و نوجوانان نقش اساسی دارد و این نقش، در رفتارهای پر خاشگروانه و تضادورزی

7. Boylan, Vaillancourt, Boyle & Szatmari

2. Lober, Burke & Pardini

3. Witkiewitz, King, McMahon, Wu, Luk & Bierman

4. American Psychology Association

5. authority figures

6. Tammy, Barry, Marcus, Christopher, Barry & Coccaro

بیشتر است (گیمپل و هالند، ۲۰۰۲؛ به نقل از دادستان، ۱۳۸۸). از سوی دیگر، تعارضات والد-کودک، می‌تواند منبع مهمی برای تنش و نگرانی والدین باشد. در تعریف نگرانی گفته شده است که نگرانی، جنبه‌ی شناختی مهم اضطراب بوده و شامل مرور ذهنی مکرر خطرات یا مشکلات احتمالی، بدون رسیدن به یک راه حل رضایت‌بخش است (براتون و لندرث، ۱۹۹۵). همچنین بورکوچ و رومر^۳ (۱۹۹۵)، نگرانی را زنجیره‌ای از افکار و تجسم‌ها تعریف می‌کنند که دارای بار عاطفی منفی و به طور نسبی غیرقابل کنترل هستند. در واقع فرایند نگرانی، نوعی تلاش برای حل مسئله‌ای است که عمدتاً با پیشامدهای زندگی روزمره همچون سلامت، مسائل مالی، خانوادگی و شغلی رابطه دارد. پژوهش‌های تراموتو، سوده، هایاشی، ساتی و اوراشیما^۴ (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که اضطراب مادر، با مشکلات کودکان به‌ویژه اختلال‌های برونی‌سازی شده رابطه دارد. در پژوهش‌های دیگری، الندیک و هورش^۵ (۲۰۰۹) و دیلاونی، اوکیل و مورن^۶ (۲۰۰۵) نشان دادند اضطراب والدین، نافرمانی و تضادورزی کودک را در پی دارد. در ایران نیز نتایج پژوهش رحیم‌زاده، پوراعتماد، سمیعی کرانی و زاده‌محمد (۱۳۸۷) حاکی از اضطراب بالای مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان بهنجار است. مهار بیش از حد توسط والدین مضطرب، نه تنها فضای مناسبی برای رشد و بالندگی کودک فراهم نخواهد کرد، بلکه موجب احساس بی‌ارزشی و مشکلات متعدد هیجانی و رفتاری در کودک خواهد شد (بار^۷، ۲۰۰۶).

1. Gimble & Haland

2. Bratton & Landreth

3. Borkovec & Roemer

4. Teramoto, Soede, Hayashi, Saito & Urashima

5. Ollandick & Horsch

6. Delaunay, Ouakil & Mouren

7. Bar

روش‌های درمانگری که در زمینه‌ی درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان به کار می‌رود، معمولاً بر اساس رویکردهای مختلف روانشناسی تدوین می‌شود. طبق نظر پیازه^۱، کودکان تا قبل از سن یازده سالگی توانایی شناختی برای تفکر انتزاعی را ندارند و تجربیات خود را در بازی نشان می‌دهند (برک، ۱۳۸۷). همچنین لندرت^۲ (۲۰۰۲) معتقد است بازی به عنوان مناسب‌ترین شیوه‌ی سازگار با کودک است که والدین و دیگر مراقبان با استفاده از آن می‌توانند احساسات، انگیزه‌ها، ادراکات، افکار و رفتارهای کودک را درک کنند. پژوهش‌های بسیاری نیز نشان می‌دهد بازی، اولین شیوه‌ای است که کودکان به واسطه‌ی آن خود را ابراز کرده و با جهان پیرامون خود منطبق می‌شوند. کودکان از طریق بازی، ارتباط و تعلق خاطر ایجاد کرده و در ابعاد مختلف پیشرفت می‌کنند (اسمیت و هارت^۳، ۲۰۱۱؛ لندرت، ۲۰۱۲).

گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد - کودک در واقع نوعی از فرزنددرمانی^۴ و خانواده درمانی با محوریت والدین توأم با بازی درمانی است. این روش بر اساس اصول متمرکز بر بهبود رابطه‌ی والد و کودک از طریق بازی بوده و بر این فرض استوار است که بهبود این رابطه، موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک گردیده و سلامت روان والد و کودک را تضمین می‌کند (یوئن^۵؛ لندرت و باگرلی^۶، ۲۰۰۲). از سوی دیگر، یکی از جنبه‌های خاص درمان این است که به جای تأکید بر تغییر رفتار کودک، تلاش می‌شود تا ادراک کودک در مورد والدین و رابطه‌ی والد - کودک تغییر کند. در این رویکرد، رفتار به عنوان

1. piaget

2. Landreth

3. Smith & Hart

4. Filial Therapy

5. Yuen

6. Baggerly

عملکرد ادراک ملاحظه می‌شود؛ بنابراین، تغییر در ادراک باعث تغییر در رفتار خواهد گردید. علاوه بر این، برخلاف سایر نمونه‌های آموزش والدین که راهبردهایی برای تغییر کودک تجویز می‌کنند، این رویکرد، بر تغییر والد از طریق افزایش سودمندی و کارآمدی والدین تمرکز می‌نماید و با ارائه‌ی درمان گروهی، موجب تسهیل شکستن موانع دفاعی و انزوای والدین می‌گردد. در واقع تفاوت اساسی گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک با بازی درمانی در این است که در گروه درمانی بر رابطه‌ی بین والد با کودک تأکید می‌شود، درحالی‌که بازی درمانی متمرکز بر رابطه‌ی بین مشاور یا بازی‌درمانگر با کودک است (لندرت و براتون، ۲۰۰۶). در مورد اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک، کورنی^۱ و براتون (۲۰۱۳) نشان دادند که گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک، موجب ارتقای کارکردهای خانواده‌ها و افزایش انعطاف‌پذیری والدین، انسجام، ارتباط و رضایتمندی خانواده‌ها در ارتباط با فرزندانشان می‌شود. در پژوهش دیگری، شلی^۲ (۲۰۰۸) نشان داد گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک باعث کاهش علائم اختلالات برون‌ریزی شده کودکان و استرس والدین کم‌درآمد سیاه‌پوست آمریکا با توجه به ویژگی‌های فرهنگی آن‌ها می‌شود. همچنین پژوهش سالیوان^۳ (۲۰۱۱) حاکی از اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک در کاهش علائم استرس والدین دارای فرزندان اتیسم با عملکرد بالا بود. توفام، وامپلر، تیتوس و رولینگ^۴ (۲۰۱۱) بیان کردند که گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک، موجب کاهش استرس والدین و علائم کودکان دارای مشکلات عاطفی و هیجانی است. در نهایت، پژوهش کیدرون^۵

1. Cornee

2. Sheely

3. Sullivan

4. Tophen, Wampler, Titus & Rolling

5. Kidron

لندرت (۲۰۱۰) نشان داد گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک نه تنها سطح استرس والدین را کاهش می‌دهد، بلکه منجر به تعاملات همدلانه‌ی والدین با کودکان و پذیرش بیشتر آن‌ها می‌شود. در مجموع، پژوهش‌های آکگون (۲۰۱۰)، لندرت (۲۰۱۲)، ادوارد، سالیوان، منی و کاتر (۲۰۱۰)، سویننس، ونستکیست، گوسنز، دوریز و نیمیس^۳ (۲۰۰۸) اثر بخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک را در اختلالات برون‌ریزی شده‌ی کودکان تأیید کرده‌اند.

با توجه به پیامدهای نامطلوب اختلال نافرمانی مقابله‌ای از جمله رفتارهای پر خاشگرانه و تضادورزی در حال و آینده و عوارض مربوط به مصرف دارو در روان‌پزشکی اطفال از یک سو و هزینه‌های بالای روان‌درمانی کودکان و فقدان پژوهش در مورد تعیین اثر بخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان در کشور از سوی دیگر، در این پژوهش این سؤال مطرح است که «آیا گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان و نگرانی در مادران آنها موثر است یا خیر؟».

روش

روش تحقیق: این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. بر اساس این روش، گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک، به عنوان متغیر مستقل و نافرمانی مقابله‌ای کودکان و نگرانی مادران، به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد.

شرکت کنندگان در پژوهش: جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی این پژوهش، دانش‌آموزان پسر ۸ ساله‌ی دبستان‌های شهر اهواز بوده است. نمونه‌ها از بین مادران

1. Akgun

2. Edwards, Sullivan, Meany & Kantor

3. Soenens, Vansteenkiste, Goossens, Duriez & Niemiec

۳۰۰ دانش‌آموز مقطع دوم ابتدایی طی دو مرحله به روش تصادفی ساده انتخاب شد. در مرحله‌ی اول، مادران کودکانی انتخاب شدند که در فهرست رفتاری کودک، نمرات فرزندان آن‌ها بالاتر از نقطه‌ی برش مواد اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۶۴-t) بود. با توجه به این نکته که مادران، فهرست رفتاری کودک در مورد وجود علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان و نگرانی را خود تکمیل کرده‌اند و در مصاحبه‌ی ساختار یافته شرکت کرده‌اند؛ لذا نمونه‌ی آماری پژوهش حاضر را فقط مادران تشکیل دادند. همچنین وجود اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان توسط دو نفر از اساتید روانشناسی مورد تأیید قرار گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل توان ذهنی بهنجار و عدم سابقه‌ی روان‌پزشکی کودکان و نیز حداقل تحصیلات دیپلم برای مادران و عدم جدایی پدر و مادر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه‌ی مادر در جلسات مشاوره‌ی گروهی و عدم حضور کودک در مدرسه تا پایان دوره‌ی درمان بود.

ابزارهای گردآوری داده‌ها: در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از

ابزارهای زیر استفاده شد:

الف - مصاحبه‌ی ساخت‌مند: مصاحبه‌ی ساخت‌مند یا ساختاری، نوعی مصاحبه‌ی تشخیصی است که در آن درمانگر سؤالاتی را مطرح می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه، برخلاف مصاحبه‌ی غیرساخت‌مند موضوعات مورد بحث طبق برنامه‌ی از پیش تعیین شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه‌کننده، به چگونگی بحث جهت می‌دهد. در این پژوهش، به منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بر اساس معیارهای DSM-IV-TR، مصاحبه‌ی تشخیصی ساخت‌مند، توسط پژوهشگر از مادران کودکان انجام شد.

ب- سیاهه‌ی رفتاری کودک (CBCL): ابزار مورد استفاده در این پژوهش، فرم‌های سیاهه‌ی رفتاری کودک (CBCL) نظام مبتنی بر ارزیابی تجربه آخنباخ^۱ (ASEBA) است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) که برای افراد ۱۸-۶ ساله به کار می‌رود. نظام مبتنی بر ارزیابی تجربه‌ی آخنباخ دارای سه فرم است که عبارتند از: CBC، خود گزارش دهی جوانان^۲ (YSR) و فرم گزارش معلم^۳ (TRF) که به ترتیب توسط والدین، کودک و معلم پاسخ داده می‌شوند. در این پژوهش، از فرم والد (CBCL) استفاده گردید. این سیاهه را باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هر کسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می‌شناسد، تکمیل کند. تعداد این سؤالات ۱۱۳ مورد است و پاسخ‌دهنده، بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته، هر سؤال را به صورت صفر= نادرست؛ ۱= تا حدی یا گاهی درست؛ و ۲= کاملاً یا غالباً درست، درجه‌بندی می‌کند. این سیاهه دارای سه قسمت است که عبارت‌اند از: الف) مقیاس‌های شایستگی و کنش‌وری سازشی؛ ب) مقیاس‌های مبتنی بر تجربه؛ ج) مقیاس‌های مبتنی بر راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (مشکلات عاطفی، مشکلات جسمانی، مشکلات اضطرابی، مشکلات مربوط به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، مشکلات رفتار مقابله‌ای و مشکلات سلوک) که قادرند مجموعه‌ای از مشکلات فرد را اندازه‌گیری نمایند (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). ضرایب کلی اعتبار فرم CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از پایایی بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطقی سؤالات و استفاده از تحلیل کلاس سؤالات)، روایی ملاکی (با

1. Child Behavior Checklist

2. Achenbach System of Empirically Based Assessment

3. Rescorla

4. Youth Self- Report

5. Teacher's Report Form

استفاده از مصاحبه‌ی روان‌پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس CSI-4) و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایزگذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). همچنین در ایران، مینایی (۱۳۸۵) دامنه‌ی ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های مبتنی بر تجربه‌ی آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۷) را ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ برآورد کرده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها نیز با استفاده از روش بازآزمایی با یک فاصله‌ی ۵ الی ۸ هفته بررسی شد و دامنه‌ی ثبات زمانی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمد. به طور کلی یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که هر سه فرم مقیاس مبتنی بر تجربه‌ی آخنباخ، از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردارند و با اطمینان می‌توان از آن‌ها برای سنجش اختلالات عاطفی در کودکان و نوجوانان ۶ الی ۱۸ سال استفاده کرد (مینایی، ۱۳۸۵).

پرسشنامه‌ی نگرانی اهواز: این پرسشنامه توسط نجاریان، تقوایی و شکرکن (۱۳۷۶) تهیه و برای جامعه‌ی دانشجویی اعتباریابی شده است. فرم نهایی این پرسشنامه از ۲۰ ماده تشکیل شده و خصوصیات روان‌سنجی آن رضایت‌بخش است. پرسشنامه‌ی نگرانی اهواز بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی اوقات=۳ و اغلب=۴) نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره‌ای که در آن به دست می‌آید، برابر با ۸۰ است. نجاریان و همکاران (۱۳۷۶) ضرایب پایایی بازآزمایی این آزمون را برای شرکت‌کنندگان دختر ۰/۶۵ و برای شرکت‌کنندگان پسر برابر با ۰/۸۰ و برای کل برابر با ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. همچنین محققان مزبور، ضرایب روایی این پرسشنامه را با پرسشنامه‌ی اضطراب عمومی (نجاریان، عطاری و مکوندی، ۱۳۷۴) برابر با ۰/۷۶ و با آزمون افسردگی بک برابر با ۰/۷۵ گزارش نموده‌اند (نجاریان و همکاران، ۱۳۷۶). همچنین نجاریان و

1. Ahvaz Worry Inventory

همکاران (۱۳۷۶)، ضریب همبستگی پرسشنامه‌ی نگرانی اهواز را با زیر مقیاس شکایات جسمانی SCL-90-R برابر با ۰/۳۳ گزارش کرده‌اند.

روند اجرای پژوهش: پس از انتخاب نمونه، مادران تحت مصاحبه‌ی

تشخیصی ساخت‌یافته‌ی مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی ویراستار چهارم قرار گرفتند. مادرانی که وجود نشانه‌های اختلال در کودکان آنها تأیید شد، به عنوان نمونه‌ی اصلی پژوهش انتخاب شدند. در نهایت ۳۰ نفر انتخاب‌شده و در دو گروه کنترل و آزمایش (n=۱۵) قرار گرفتند. سپس پرسشنامه‌ی نگرانی اهواز در اختیار مادران قرار داده شد تا پاسخ دهند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه‌ی ۲ ساعته به مدت ۷۰ روز در جلسات گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک که به صورت هفتگی برگزار شد، شرکت نمودند. در طول این مدت افراد گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند و تنها در فهرست انتظار قرار گرفتند. در نهایت از دو گروه، پس آزمون به عمل آمد. داده‌های به دست آمده با نرم افزار SPSS و با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

شیوه‌ی مداخله: در این پژوهش گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک

(لندرت و براتون، ۲۰۰۶) در ۱۰ جلسه به شرح زیر اجرا شد:

جلسه‌ی اول: اجرای پیش‌آزمون، معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار و قوانین حاکم بر گروه، ارائه توضیحی مختصر در مورد گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک، بیان اهداف و مفاهیم ضروری و نیز آموزش مهارت پاسخ‌دهی انعکاسی.

جلسه‌ی دوم: ایجاد جوی حمایت‌کننده و تسهیل ارتباط بین والدین، آماده‌سازی والدین برای اجرای جلسات بازی در منزل به وسیله‌ی مرور پاسخ‌دهی

انعکاسی، آشناسازی والدین با اصول پایه‌ی جلسات بازی و اهمیت ایجاد ساختار برای جلسات بازی، انتخاب اسباب‌بازی و زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی با کودک، ایفای نقش و نشان دادن مهارت‌های اساسی جلسات بازی.

جلسه‌ی سوم: توضیح در مورد بایدها و نبایدهای جلسه‌ی بازی، ایفای نقش بایدها و نبایدهای جلسه‌ی بازی و ارائه فهرست فرایند جلسه‌ی بازی به والدین همراه با رهنمودهای تکمیلی.

جلسه‌ی چهارم: بررسی گزارش والدین از جلسه‌ی بازی با کودکان، نقد فیلم ویدئویی تهیه‌شده توسط والدین از جلسات بازی مخصوص کودکان، آموزش مهارت تنظیم محدودیت A-C-T به روش سه مرحله‌ای در مورد چرایی و اهمیت وضع قوانین و محدودیت‌ها و ایفای نقش مهارت تنظیم محدودیت.

جلسه‌ی پنجم: بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط‌شده توسط آنان، مرور مهارت تنظیم محدودیت و تمرین آن به صورت ایفای نقش.

جلسه‌ی ششم: بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط‌شده توسط آنان، تهیه‌ی پوستری از بایدها و نبایدهای جلسات بازی، آموزش مهارت دادن حق انتخاب به کودک.

جلسه‌ی هفتم: بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط‌شده توسط آنان، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها، آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده عزت نفس، ایفای نقش مهارت‌های تنظیم محدودیت، پاسخ‌دهی انعکاسی و پاسخ‌های سازنده‌ی عزت نفس.

جلسه‌ی هشتم: بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط‌شده توسط آنان، آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش مربوط به آن.

جلسه‌ی نهم: بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط‌شده توسط آنان، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌های آموخته‌شده، آموزش مهارت تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن.

جلسه‌ی دهم: بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط‌شده توسط آنان، مرور اصول پایه‌ی گروه‌درمانی رابطه‌ی والد-کودک و مهارت‌های آموخته‌شده، آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه‌ی بازی و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نافرمانی مقابله‌ای کودکان و نگرانی مادران را در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های کنترل و آزمایش

گروه دوره	متغیرها	کنترل		آزمایش	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	نافرمانی مقابله‌ای	۵/۱۰	۱/۴۰	۵/۶۰	۱/۵۵
پس‌آزمون		۵/۷۵	۱/۶۹	۳/۲۳	۱/۳۳
پیش‌آزمون	نگرانی مادر	۵۱/۸۸	۳/۲۲	۵۴/۱۲	۴/۰۴
پس‌آزمون		۵۵/۴۳	۴/۱۹	۴۱/۱۰	۳/۳۸

جدول ۲ نتایج آزمون لوین برای بررسی شرط برابری واریانس‌های گروهی را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه در جدول مقدار F برای هیچیک از متغیرها معنادار نبود ($P > ۰/۰۵$)؛ بنابراین مفروضه‌ی همگنی واریانس داده‌ها برقرار بود. همچنین رسم شیب رگرسیون برای هر متغیر نشان داد که خطی نبودن شیب رگرسیون نیز

رعایت شده است. از سوی دیگر، بررسی نرمال بودن توزیع نافرمانی مقابله‌ای با $Z = ۰/۴۹$ و نگرانی والدین با $Z = ۰/۶۱$ با استفاده از آزمون کولموگروف و اسمیرنوف معنادار نبود، بر این اساس می‌توان استنباط کرد که هر دو متغیر پژوهش از توزیع نرمال برخوردار هستند. بنابراین می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده نمود.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات درون گروهی

متغیر	F	DF	DF	معناداری
نافرمانی مقابله‌ای	۱/۶۷	۱	۲۸	۰/۳۹
نگرانی والدین	۲/۹۸	۱	۲۸	۰/۴۶

با توجه به نتایج جدول ۳ می‌توان بیان کرد که گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مؤثر بوده است. ضریب اتا نشان می‌دهد که گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک ۲۸ درصد از کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای در کودکان را تبیین می‌کند. همچنین شرکت در گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک موجب کاهش نگرانی مادران شده است و با توجه به ضریب اتا، گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک ۳۳/۴ درصد از کاهش نگرانی مادر را تبیین می‌کند. بنابراین با توجه به جدول میانگین‌ها می‌توان گفت که نمرات علائم نافرمانی مقابله‌ای و نگرانی مادران در پس‌آزمون کاهش معناداری داشته است؛ به این معنی که گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک بر علائم نافرمانی مقابله‌ای کودکان و نگرانی مادران آنها اثربخش بوده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه‌ی نافرمانی مقابله‌ای و نگرانی مادران در دو گروه آزمایش و کنترل با حذف اثر پیش‌آزمون

متغیر	منع تغییرات	مجموع محذورات	F	p	ضریب اتا
نافرمانی مقابله‌ای	اثر پیش‌آزمون	۲۸/۶۳	۲/۵۲	۰/۳۱	۰/۱۸
	اثر گروه	۶/۷۳	۱۰/۴۳	۰/۰۰۳	۰/۲۸
نگرانی والدین	اثر پیش‌آزمون	۹۵/۵۳	۱/۱۹	۰/۱۲	۰/۲۵
	اثر گروه	۱۳/۴۰	۴/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳

بحث و نتیجه‌گیری

در حال حاضر بسیاری از عوامل مؤثر در بروز اختلالات کودکان بر مبنای پژوهش‌های متعدد شناخته شده‌است که از جمله مهم‌ترین آن‌ها، می‌توان به ناتوانی والدین در تعامل با کودک و نیز مشکلات روان‌شناختی والدین [به‌ویژه مادر] اشاره کرد. به همین دلیل، روش درمانی که بتواند تعامل والد و کودک را مورد هدف قرار دهد و مشکلات روان‌شناختی آن‌ها را بهبود بخشد، از روش‌های مؤثر در درمان اختلالات کودکان است. یکی از بهترین روش‌های درمانی، گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک است. در همین راستا پژوهش حاضر به منظور تعیین اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و نگرانی مادران در کودکان دبستانی ۸ ساله انجام شد. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، بین میانگین گروه‌های آزمایشی و کنترل در اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معناداری به لحاظ آماری در پس‌آزمون وجود داشت و می‌توان گفت که استفاده از روش گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک باعث کاهش معنادار اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده‌است.

این یافته‌ها، با نتایج پژوهش‌های براتون و لندرت (۲۰۱۰)، تیو و لندرت، جونیر و سولت (۲۰۰۲)، براتون و لندرت (۱۹۹۵)، شلی (۲۰۰۸)، سالیوان (۲۰۱۱)، آکگون (۲۰۱۰)، فولی و هیگدان^۲ (۲۰۰۶) و (سویننس و همکلاران، ۲۰۰۸) همخوان است. یافته‌های این پژوهش، به طور قابل توجهی حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات درمانی به مادران، از قبیل گوش دادن، انعکاسی، محدودیت‌گذاری درمانی، شناسایی و پاسخ‌دهی به احساسات کودکان، بازی درمانی کودک محور و نیز دادن حق انتخاب به کودکان از سوی والدین، سبب می‌شود که کودکان احساسات و هیجانات خود را به صورتی قابل قبول ابراز نمایند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که ویگوتسکی^۳ معتقد است که وقتی بزرگسالان به کودکان کمک می‌کنند تا بر فعالیت‌ها تسلط یابند، ارتباط بین آن‌ها، بخشی از تفکر کودک می‌شود. هنگامی که کودکان ویژگی‌های اساسی این گفتگوها را درونی می‌کنند، می‌توانند از زبان درونی خود برای هدایت افکار و اعمال خویش استفاده کرده و مهارت‌های تازه‌ای را کسب کنند (برک، ۲۰۰۶). بر این اساس والدین، به عنوان عامل درمانی، در جلسات درمانی می‌آموزند که چگونه محیطی گرم و صمیمی در خانه ایجاد نموده، رابطه‌ای غیرقضاوتی، نامشروط و اصیل با فرزند خود برقرار کنند و از این طریق، باعث ایجاد احساس ایمنی در کودک خود گردند. همچنین تمرین این مهارت‌ها توسط والدین در بازی با کودکان، موجب رشد منبع کنترل درونی کودکان می‌گردد (لندرت و براتون، ۲۰۰۶). نباید فراموش کرد که کودکان، از بازی برای بیان احساسات و افکارشان، کشف علایق خود و کسب احساس کنترل بر روی محیط استفاده

1. Tew, Landreth, Joiner & Solt

2. Foley, Higdon & White

3. Vigotski

می‌کنند. علاوه بر این، بازی می‌تواند به منظور رشد و توسعه‌ی مهارت‌های حرکتی، شناختی، زبانی و حل مسئله به کار برده شود به گونه‌ای که فرصت آگاهی یافتن از محیط را به کودک بدهد. سرانجام اینکه بازی با والدین و بازی با وسایل بازی متنوع، می‌تواند مهارت‌های اجتماعی کودکان و توانایی آنان را در همدلی با دیگران افزایش دهد (مینی، ۲۰۱۱). در مجموع، طبیعی به نظر می‌رسد که با بهبود رابطه‌ی مادر و کودک و افزایش مهارت‌های کودکان با استفاده از بازی‌درمانی کودک محور، شاهد کاهش رفتارهای تضادورزانه در کودکان بود، که این نتایج، با یافته‌های پژوهش حاضر قابل تبیین است.

دیگر یافته‌ی پژوهش نشان داد که بین میانگین گروه‌های آزمایشی و کنترل در نگرانی مادران، تفاوت معناداری به لحاظ آماری در پس‌آزمون وجود دارد و استفاده از روش گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک باعث کاهش معنادار نگرانی مادران در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این نتایج، با پژوهش‌های قبلی (کورنت و براتون، ۲۰۱۳؛ ادوارد و همکاران، ۲۰۱۰؛ شلی، ۲۰۰۸؛ لی و لندرت، ۲۰۰۳؛ کیدرون و لندرت، ۲۰۱۰) همخوان است. فضای خشن خانواده و عدم رابطه‌ی مناسب مادر و کودک، باعث بروز و افزایش رفتار تضادورزی و غیرمطیعانه در کودکان می‌گردد. از سوی دیگر تعارض‌های حل نشده میان مادر و کودک موجب نگرانی مادران می‌شود. باید توجه داشت که بسیاری از مادران، خود را به خاطر مشکلات کودکان مقصر دانسته و یا برعکس اعتقاد دارند که فرزندانشان به صورت ارادی راهی را برای اذیت و آزار آنها انتخاب کرده‌اند؛ لذا این مادران دچار احساس گناه، نگرانی و خشم می‌شوند (ساندرز، ۲۰۰۶). بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که با بهبود رابطه‌ی والد-کودک و شیوه‌ی تعامل مادر با کودک، کاهش نگرانی مادر را به همراه داشته باشد.

مادران به طور معمول، اولین مراقبت‌کنندگان کودکان هستند و اولین نیاز هر کودکی، محبت مادری است. مادرانی که صادقانه به کودکان خود مهر می‌ورزند، باعث شکل‌گیری رابطه‌ی محبت‌آمیز می‌شوند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم انجام پیگیری و اندازه‌ی پایین نمونه‌ی آماری و همچنین بررسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ۸ ساله‌ی پسر اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌شود چنین پژوهش‌هایی به صورت همزمان در سایر دوره‌های تحول و در جامعه‌ی آماری دختران با حجم نمونه‌ی بالا مدنظر قرار گیرد. در مجموع نتایج این پژوهش، تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک بر کاهش علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان و نگرانی مادران آنان را مورد تأیید قرار داده است. با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود که خانواده‌ها را با ویژگی‌های کودکان آشنا نموده و به آن‌ها شیوه‌ی مناسب تعامل والد-کودک را آموزش داد، مخصوصاً در خانواده‌هایی که دارای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند؛ زیرا این روش، علاوه بر تأثیر بر کودکان، بر مشکلات خانواده از جمله نگرانی‌های مربوط به فرزندان تأثیر گذار خواهد بود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد بوده است. بدین وسیله پژوهشگران، از تمامی مادران و کودکان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر مراتب قدردانی خود را اعلام می‌نمایند.

منابع

- برک، لورا. (۱۳۸۷). *روانشناسی رشد ۱*. (ترجمه یحیی سید محمدی). ویراست دوازدهم. تهران: انتشارات رشد.
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۹). *روانشناختی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی*. جلد اول. تهران: انتشارات سمت.

رحیم‌زاده، سعید، پوراعتماد، حمیدرضا، سمیعی کرانی، صادق، و زاده‌محمدی، علی. (۱۳۸۷). ارزیابی سلامت روانی والدین کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و پیشنهاد شیوه‌های مداخله‌گری، فصلنامه‌ی روانشناسی ایرانی، ۱۶، ۳۶۶-۳۵۵.

نجاریان، بهمن، تقوایی، داوود، و شکرکن، حسن (۱۳۷۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس نگرانی اهواز برای سنجش نگرانی دانشجویان. فصلنامه‌ی علمی- پژوهشی علوم انسانی دانشگاه الزهراء. ۷ (۲۴): ۱۳۲-۱۲۱.

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families. ISBN 0-938565-73-7.
- Akgun, E., Yesilyaprak, B. (2010). Effectiveness of training program in improving mother child relationship through play. *Journal of Faculty Educational Sciences*, 43, 123-147.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (DSM-5)*. 5th ed. 745-799. Arlington, Washington: Publishers.
- Bar, S. (2006). Psychologically controlling parenting and adolescent psychosocial adjustment: Antecedents, mediating factors, and longitudinal dynamics. *Katholieke Universiteiten Leuven*, 23, 384-398.
- Borkovec, T. D., & Roemer., L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 484-494.
- Bratton S, Landreth, G. (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy*, 4, 61-80.
- Bratton., S. C., Landreth., G. L., & Lin., Y. D. (2010). *Child parent relationship therapy: A review of controlled outcome research*. In J. N. Baggerly, D. C. Ray & S. C. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice* (pp. 267-293). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Burke, J.D., Hipwell, A.E., & Loeber. R. (2010) Dimension of Oppositional Defiant Dis-order as predictors of depression and Conduct Disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 49, 484-492.

- Corneet., N. & Bratton, S.C. (2013). *Examining the impact of child parent relationship therapy (CPRT) on family functioning*. Dissertation Prepared for the Degree of doctor of philosophy, University of North Texas.
- Delaunay, A., Ouakil, D.P., & Mouren, M. (2005). Oppositional defiant disorder and family tyranny: Towards individuation of clinical subtypes. *Annales Medico-Psychologiques*, 166, 335-342.
- Edwards., A.N., Sullivan, M.J., Meany, W. K., Kantor, R. K. (2010). Child Parent Relationship Training: Parents' Perceptions of Process and Outcome. *International Journal of Play Therapy*, 19, 159-173.
- Foley, Y.C., Higdon, C., Whit, J.F. (2006). A qualitative study of filial therapy: Parent's Voices. *International Journal of Play Therapy*, 15, 37-64.
- Sullivan, J. (2011). *Parents of children with high-autism: experiences in child-parent relationship therapy (CPRT)*. Dissertation Prepared for the Degree of doctor of philosophy, university of North Texas.
- Kidron, M., & Landreth., G. (2010). Intensive child parent Relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of play therapy*, 19, 64-78.
- Landreth, G. L. (2002). *Play Therapy: The art of the relationship*. 2nded. New York: Routledge.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. (3rd edn), 80-93. New York, NY: Routledge Publishers.
- Landreth, G. L., Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*, 50-112. New York, NY: Routledge Publishers.
- Lee, M., Landreth, G. (2003). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*, 12, 67-85.
- Loeber, R., Burke, J. D., & Pardini, D. A. (2009) Development and Etiology of Disruptive and Delinquent Behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 291-310.
- Meany, W. K. (2011). *Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary aged children*. Dissertation Prepared for the Degree of doctor of philosophy, university of North Texas.
- Merikangas, K. H., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989.
- Ollandick, H. T., & Horsch, L. M. (2009). Fears in clinic-referred children: Relations with child anxiety sensitivity, maternal overprotection and maternal phobic anxiety. *Infant Behavior & Development*, 29, 230-242.