

تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی

بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان

لیلا شیرجنگ^۱، امیرهوشنگ مهریار^{۲*}، حجت‌اله جاویدی^۳، سیدابراهیم حسینی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۳۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان است. این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کودکان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش استان فارس است. بر این اساس، ۴۰ نفر به‌عنوان نمونه در سه گروه آزمایش (هر گروه ۱۰ نفر) و یک گروه کنترل (۱۰ نفر) به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مداخله طی ۱۳ جلسه برای کودکان و ۸ جلسه برای والدین ارائه شد. در این تحقیق جهت تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان، از مصاحبه بالینی و پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 (فرم والدین) استفاده شد. مرحله پیگیری با فاصله دو ماه پس از مداخله درمانی انجام شد. یافته‌ها بر اساس تحلیل کوواریانس و آزمون لون (LSD) نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان، والدین و والد-کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان تأثیر معناداری دارد. همچنین یافته‌ها در مرحله پیگیری نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین، کودکان و والد-کودک در کنترل نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان موثر بوده است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر بیانگر آن است که آموزش مهارت‌های اجتماعی سبب کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان می‌شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش مهارت‌های اجتماعی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، کودکان، والدین.

۱- دکتری روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۲- استاد گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۳- استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۴- دانشیار گروه زیست‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

* نویسنده‌ی مسئول مقاله، amirmehryar36@gmail.com

مقدمه

افزایش شیوع اختلالات رفتاری^۱ در کودکان در سال‌های اخیر، یکی از عوامل بروز نگرانی در مورد بهداشت روانی و تأثیر آن بر رشد و عملکرد کودکان شده است. بر این اساس، متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان به‌موقع این اختلالات تأکید می‌کنند. از آنجا که الگوهای رفتاری در بزرگسالی به‌دشواری تغییر می‌کند، تشخیص هرچه زودتر اختلالات رفتاری در کودکی یکی از جنبه‌های پیشگیرانه بهداشت همگانی است (Tiggs, 2010).

یکی از اختلال‌های شایع دوران کودکی و نوجوانی و از جمله دلایل ارجاع کودکان به کلینیک‌های روانشناسی و مشاوره، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۲ (ODD) است (Steiner & Rensing, 2007). این اختلال الگوی پایدار رفتارهای منفی کارانه، خصومت‌آمیز و گستاخانه در غیاب نقص جدی موازین اجتماعی یا حقوق دیگران است. اختلال نافرمانی مقابله‌ای، سومین اختلال شایع دوران کودکی است که بر اساس تعریف متن تجدیدنظر شده پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ (DSM-V)، «اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر مراجع قدرت است که حداقل ۶ ماه طول کشیده و با ۴ خصوصیت ویژه تشخیصی دیگر نیز همراه باشد». اختلال نافرمانی مقابله‌ای از جمله اختلالات رفتاری ایذایی^۴ است که در عملکرد آموزشی و اجتماعی کودک، اختلال ایجاد می‌کند (American Psychiatric Association, 2013).

در بسیاری از کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نقایص شناختی، اجتماعی و اختلال رفتاری همانند سایر انواع اختلال‌های رفتاری دیده می‌شود و همچنین یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روانپزشکی در بین مراجعان به مراکز درمانی روانشناسی و روانپزشکی است (Keenan, 2012). اختلال نافرمانی مقابله‌ای هرچند می‌تواند از ۳ سالگی شروع شود. ولی انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۵ (APA)، سن شروع این اختلال را از ۸ سالگی تا ۱۲ سالگی بیان کرده است (Ganji, 2016). بر اساس انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳) نرخ شیوع، این اختلال از ۲ تا ۱۱ درصد با میانگین تقریبی ۳/۳ درصد برآورد شده است. همچنین قابل ذکر است که برآورد نرخ شیوع، به عواملی از قبیل منابع جمع‌آوری اطلاعات که از طریق والدین، معلمان یا خود کودک به‌دست آمده، نوع گزارش که مربوط به هم‌اکنون یا پس‌رویدادی است و همچنین داشتن ملاک‌های اختلال سلوک،

1 behavioral disorders

2 oppositional defiant disorder (ODD)

3 Diagnostic and statistical manual of mental disorder- fifth edition

4 disruptive behavior

5 American Psychiatric Association

بستگی دارد. با این وجود، نرخ اختلال نافرمانی مقابله‌ای ممکن است بسیار وابسته به جنس کودک باشد. تا قبل از نوجوانی، شیوع آن در پسران بیشتر از دختران گزارش شده است (Rey, 2012). عوامل مختلفی از جمله سن و جنس، با این اختلال مرتبط هستند و حدود نیمی از کودکانی که برچسب اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دریافت می‌کنند، به اختلال روانی دیگری نیز مبتلا هستند. در ۴۰ الی ۷۰ درصد موارد این اختلال با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی همبودی دارد. علاوه بر این اختلال توره نیز با این اختلال همبودی بالایی دارد (Greene & et al, 2013).

نظریه روان‌تحلیلی کلاسیک معتقد است که مناقشات یا تعارضات حل نشده، باعث قوی‌تر شدن یا افزایش رفتارهای چالش‌گرانه‌ای می‌شوند که صاحبان قدرت را هدف قرار می‌دهند. رفتارگرایان مشاهده کرده‌اند که در کودکان، مخالفت ورزی و نافرمانی ممکن است یک رفتار تقویت شده و یاد گرفته شده باشد که از طریق آن، کودک می‌خواهد بر صاحبان قدرت (والدین، معلمان) تسلط و کنترل یابد. برای مثال وقتی والدین از کودک می‌خواهند کاری را انجام دهد، قشقرق راه انداختن باعث می‌شود که از خواسته خود صرف‌نظر کنند و به این ترتیب، قشقرق راه انداختن به شدت تقویت می‌شود. علاوه بر آن، افزایش توجه والدین به کودک در طول قشقرق‌ها می‌تواند این رفتار را تقویت کند (sadouk & et al, 2015).

پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی^۱ در سال ۲۰۱۳، اختلال نافرمانی مقابله‌ای را الگویی از عصیان/ تحریک‌پذیری خلق، رفتار چالشی/ مقابله‌ای یا کینه‌جویانه معرفی کرده و ملاک‌هایی را برای آن تعیین کرده است. این ملاک‌ها با این توصیف است که افراد مبتلا، اغلب خلقشان پایین است، به‌آسانی پرخاشگر می‌شوند، اغلب عصبانی‌اند، با مراجع قدرت درگیرند و بحث می‌کنند، به‌صورت فعالانه‌ای نافرمان و لجباز هستند، اغلب به‌طور عمدی دیگران را ناراحت می‌کنند، دیگران را به خاطر بدرفتاری و اشتباه‌های خودشان سرزنش می‌کنند و غرض‌ورز و کینه‌جو هستند. همچنین در این مدت باید عملکرد اجتماعی فرد دچار مشکل شده و به‌صورت غیرطبیعی پایین آمده باشد. نشانه‌های این اختلال اغلب بخشی از یک الگوی تعاملی آسیب‌دیده در ارتباط با دیگران است. همچنین این کودکان توجهی به رفتارهای منفی‌گرایانه، کینه‌توزانه و پرخاشگرانه خود ندارند و در مقابل، رفتارهایشان را توجیهی برای خواسته‌ها و شرایط غیرمنطقی زندگی می‌دانند (American Psychiatric Association, 2013).

در تشخیص افتراقی اختلال نافرمانی مقابله‌ای باید اذعان داشت که این اختلال می‌بایست از اختلال نامنظمی خلقی اخلاک‌گرانه تفکیک شود؛ زیرا دو مورد از مشخصه‌های اصلی هردوی آنها عبارتند از تحریک‌پذیری دائم و انفجارهای خشم. طبق گزارش DSM-5، در صورت حضور اختلال

1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM.V)

نامنظمی خلقی اخلاک‌گرانه، نباید فرد را مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانست. اختلال سلوک و اختلال نافرمانی هر دو با مشکلات سلوکی که باعث می‌شود فرد با بزرگترها و بالادست‌ها (مثلا معلمان و سوپروایزرها) مشکل پیدا کند، مرتبط هستند. رفتارهای مشاهده شده در اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولا از رفتارهای اختلال سلوک شدت کمتری دارند و شامل پرخاشگری نسبت به انسان‌ها یا حیوانات، تخریب اموال دیگران یا دزدی و شیادی نمی‌شوند. علاوه بر آن اختلال نافرمانی مقابله‌ای شامل مشکلات ناشی از نامنظمی خلقی نیز است (مثلا خشم و تحریک‌پذیری) و هیچ‌کدام از اینها در تعریف اختلال سلوک قرار ندارند. اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی (ADHD)، معمولا با اختلال نافرمانی مقابله‌ای کاموربید است. برای تشخیص افتراقی اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اطمینان یافتن از این موضوع اهمیت دارد که آیا ناتوانی فرد در کنار آمدن با درخواست‌ها و دستورات دیگران صرفا به موقعیت‌هایی منحصر می‌شود که در آنها به تلاش و توجه مداوم نیاز است یا فرد ملزم است آرام یک جا بنشیند. اگر فرد صرفا در چنین موقعیت‌هایی نتواند آرام بنشیند و نافرمانی کند، احتمالا مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی است. اختلالات افسردگی و دوقطبی (با نام کلی اختلالات خلقی)، معمولا شامل عاطفه منفی و تحریک‌پذیری هستند. با این حال شدت، فراوانی انفجارهای خشم در افراد مبتلا به اختلال نامنظمی خلقی اخلاک‌گرانه (DMDD) در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شدیدتر است. بنابراین فقط تعداد اندکی از کودکان و نوجوانانی که سمپتوم‌های معیارهای لازم برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دارند، مبتلا به اختلال نامنظمی خلقی اخلاک‌گرانه نیز دیاگنوز خواهند شد. وقتی آشفتگی خلقی به اندازه کافی شدید است تا معیارهای لازم برای اختلال نامنظمی خلقی اخلاک‌گرانه برآورده شوند، نباید فرد را مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای دیاگنوز کرد. حتی اگر همه معیارهای اختلال نافرمانی مقابله‌ای برآورده شده باشند. اختلال انفجار خشم متناوب شامل سطوح بالای خشم است. با این حال افراد مبتلا به این اختلال نسبت به دیگران پرخاشگری بسیار جدی و خطرناک نشان می‌دهند و این نوع پرخاشگری در تعریف اختلال نافرمانی مقابله‌ای قرار ندارد. افراد مبتلا به معلولیت ذهنی را فقط زمانی می‌توان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز دیاگنوز کرد که نافرمانی کردن‌های آنها به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای شدیدتر از آن چیزی باشند که در سایر افراد هم‌سن و با همان شدت معلولیت ذهنی مشاهده می‌شود. اختلال نافرمانی مقابله‌ای باید از ناتوانی بعضی افراد در دنبال کردن دستورات به علت عدم فهم صحیح زبان تفکیک شود (مثلا ناشنوایی یا کم‌شنوایی ممکن است باعث شود فرد دستورات و گفته‌های دیگران را نشنیده و دیگران آن را دال بر لجاجت یا نافرمانی او بدانند). اختلال نافرمانی مقابله‌ای باید از نافرمانی و لجبازی ناشی از ترس فرد

مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از اینکه مبدا مورد قضاوت منفی دیگران قرار گیرد، تفکیک شود (sadouk & et al, 2015).

روش‌های درمانی موثر در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان عبارتند از:

۱) **آموزش مهارت‌های اجتماعی:** یکی از مهم‌ترین روش‌های درمانی که می‌تواند در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای سودمند باشد، آموزش مهارت‌های اجتماعی^۱ است. مهارت‌های اجتماعی بخش مهمی از حوزه رشد فردی است و کمبود آن در درازمدت ضربه شدیدی به کودک وارد می‌کند (Gharaei and Fathabadi, 2013). چنین مهارت‌هایی را به‌عنوان توانایی تعامل با دیگران در موقعیت اجتماعی معین به روش ویژه تعریف می‌کنند که از نظر اجتماعی مورد قبول جامعه بوده و یا ارزش‌گذاری شده‌اند که به‌طور همزمان هم از نظر شخصی و به‌طور عمده هم برای دیگران مفید است (Forrester, 2009). مهارت‌های اجتماعی ضعیف با مشکل‌های ارتباطی با همسالان، خانواده و معلم‌ها و بسیاری از مشکلات رفتاری و آسیب‌شناسی روانی شامل اختلال یادگیری، نارسایی هیجانی، افسردگی، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، فوبی اجتماعی، درخودماندگی، نشانگان آسپرگر و اسکیزوفرنی اوایل کودکی مرتبط است (Suleimani, Zahed Babelan, Farzaneh and Sotoudeh, 2011). افراد دارای مهارت‌های اجتماعی، رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که به پیامدهای مثبت روانی و اجتماعی نظیر رابطه موثر با دیگران و پذیرش توسط همسالان منجر می‌شود. آنها می‌توانند حالات هیجانی و عاطفی دیگران را درک کرده و در تنظیم عواطف خود تبحر بیشتری نشان دهند. در مقابل عدم کسب مهارت‌های اجتماعی لازم، منجر به بروز مشکلات روان‌شناختی نظیر برقراری ارتباط ناموفق با هم‌تایان، عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، انزوا، طرد شدن از سوی دیگران، اضطراب، افسردگی و پرخاشگری می‌شود.

۲) **آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی:** آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی شکلی از آموزش مهارت اجتماعی است که به‌جای مهارت‌های رفتاری آشکار، بر مهارت‌های حل مساله تاکید می‌کند و هدف آن تعدیل و سازش یافتگی فرآیندهایی است که در لایه‌های زیرین این رفتارهای منفی وجود دارد (Kim & et al, 2011). در تبیین اثربخشی روش آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای ابتدا باید به چند ویژگی اساسی این اختلال اشاره کرد. پژوهش‌هایی که در سال‌های اخیر درباره این افراد انجام شده، وجود نقص‌هایی را در مهارت‌های شناختی و اجتماعی آنها نشان داده است. این نقایص اغلب در حوزه کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجان، پردازش زبانی، پردازش اطلاعات اجتماعی، حل مساله و سازگاری، نمایان است. کودکان دچار این اختلال، معمولاً در روابط اجتماعی با والدین، معلم‌ها و همسالان مشکل دارند.

پژوهش‌ها نشان داده است که بسیاری از آنها فاقد مهارت‌های اجتماعی مناسب هستند و به‌ندرت از سوی همسالانشان پذیرفته می‌شوند. به‌علاوه این کودکان در شناخت مشکلات و به‌کارگیری راهبردهای حل مساله برای برطرف کردن آنها نقص دارند و در مقایسه با همسالان خود، راه‌حل‌های مثبت کمتری را به‌کار می‌برند. این نقایص می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در مدرسه، ایجاد و حفظ روابط مثبت با همسالان و جلب محبوبیت کودکان دیگر شده و پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ضداجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی باشد (Schaefer, 2009).

در نظریه یادگیری شناختی- اجتماعی بندورا^۱ (۲۰۰۱)، مهارت‌های اجتماعی یا حتی رفتارهای مقابله‌ای از قبیل نافرمانی و پرخاشگری برحسب تعامل چندجانبه بین تاثیرات شناختی، رفتاری و محیطی یاد گرفته می‌شوند. کودکان با توجه به مشاهده روابط اجتماعی همسن و سال‌ها و نیز بزرگسالان، رفتارهای اجتماعی را از طریق الگوبرداری از رسانه در قالب فیلم و کارتون، والدین و نیز همسال‌های هم‌جنس و رمزگردانی اطلاعات، مشاهده و سپس مرور ذهنی و بازآفرینی می‌آموزند (Abdi, 2008).

۳) بازی‌درمانی شناختی- رفتاری: بازی‌درمانی شناختی- رفتاری^۲ تاکید زیادی به درگیری کودک در درمان دارد و درمانگر با ارائه اقدامات لازم از نظر رشدی به کودک کمک می‌کند تا از درمان بهره‌مند شود. بازی‌درمانی شناختی- رفتاری، راهبردهایی را برای رشد انطباقی‌تر افکار و رفتارها فراهم می‌آورد و راهبردهای جدیدی برای مقابله با موقعیت‌ها و احساس‌ها آموزش می‌دهد و کودک قادر می‌شود شیوه‌های ناسازگارانه مقابله را با راه‌های سازگارانه‌تر جایگزین کند (Safari, Faramarzi and Abedi, 2012). بازی‌درمانی شناختی- رفتاری به کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمک می‌کند تا شیوه‌های سازگاری با محرک‌های تنش‌زا را یاد بگیرند و بنابراین مخالفت‌ها و نافرمانی‌های آنها کاهش یافته یا حذف می‌شود (McClintock, 2009).

۴) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ (ACT)، یک رویکرد درمانی است که از فرآیندهای پذیرش، تمرکز ذهنی تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار به‌منظور انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند و در واقع به شخص می‌گوید «آنچه خارج از کنترل شخصی است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد، متعهد باش». در واقع، سازه و مفهوم اساسی در نظریه تعهد/پذیرش، آن است که رنج‌ها و تاملات روان‌شناختی به‌وسیله اجتناب نمودن از تجارب، شناخت‌های در هم تنیده‌شده، شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و تطبیق

1 Bandura

2 cognitive behavioral play therapy

3 Acceptance and commitment therapy

نیافتن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌گردد (Hayes & Lillis, 2012). کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، معمولاً با بزرگ‌ترها جر و بحث می‌کنند، از کوره در می‌روند و خشمگین، رنجیده‌خاطر و زودرنج هستند. در مقابل خواسته‌ها و رفتار دیگران نافرمانی می‌کنند و زود عصبانی می‌شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با به‌کارگیری فنونی نظیر گسلش و پذیرش میزان آزارندگی، این موقعیت‌ها را برای کودکان کاهش می‌دهد و اگرچه مستقیماً محتوای افکار این کودکان را مورد هدف قرار نمی‌دهد، اما در نتیجه استفاده از فنون گسلش و پذیرش و نیز گفتگو پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم شناسایی و تصریح آنها، همگی منجر به کاهش عوامل زیربنایی رفتارهای نافرمانی، همانند اضطراب و خشم در این کودکان می‌شود (Radfar, Malazzani, and Kavei, 2016).

۵) آموزش والدینی بارکلی: آموزش و آگاهی والدین از نحوه برخورد صحیح با کودک خود و کسب آگاهی از موثرترین شیوه‌های فرزندپروری (روش مقتدرانه) و برخورد مناسب با کودک، نه تنها می‌تواند مشکلات رفتاری کودکان را کاهش دهد، بلکه در اثر آرامش روان آنان فرصت بهتری برای رشد و یادگیری در اختیار آنان قرار خواهد گرفت (Yarmohammadian, Ghaderi, Chavezifar, 2011).

در روش آموزش والدین، بر اساس تحقیقات بارکلی^۱ (۱۹۹۷) که بهترین روش مداخله برای کاهش رفتارهای نافرمانی در کودکان دارای علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای است، رشد نایافتگی‌ها و ناشایستگی‌های والدین، سطوح استرس والدین، نگرش‌های منفی والدین، نزاع و درگیری بین والدین کاهش یافته و به دنبال آن سطوح مهارت مدیریت رفتار کودک از طرف والدین و روش‌های انضباطی مثبت در والدین افزایش می‌یابد و در نتیجه رفتار نافرمانی در کودک کاهش می‌یابد (Sohrabi & et al, 2014).

۶) آموزش مدیریت والدین (PMT): آموزش مدیریت والدین به والدین می‌آموزد که رفتار کودک خود را در خانه تغییر دهند (McMahon & Forehand, 2003). فرض زیربنای آموزش مدیریت والدین این است که تعامل ناسازگارانه والدین-کودک، حداقل تا حدی علت بروز و تداوم رفتارهای پرخاشگرانه کودک است و اینکه تغییر شیوه رفتار والدین، به بهبود رفتار کودک منجر خواهد شد (Dishion & Kavanagh, 2003).

آموزش مدیریت والدین، قوت‌ها و محدودیت‌هایی دارد. در بعد مثبت، راهنماهای درمانی و محتواهای آموزشی بسیار عالی تهیه شده‌اند که کاربرد وسیع آنها را تسهیل کرده است. به‌علاوه، آموزش مدیریت والدین بیش از سایر روش‌های درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ارزیابی شده است.

این ارزیابی‌ها به‌دفعات، اثرات کوتاه‌مدت آموزش مدیریت والدین در ایجاد تغییر، هم در والدین و هم در رفتار کودک را اثبات کرده‌اند. به‌طوری که میانگین کودکانی که والدینشان در برنامه‌های آموزش مدیریت والدین شرکت کرده بودند، سازگاری بهتری نسبت به ۸۰ درصد کودکانی که والدینشان در این برنامه‌ها شرکت نکرده بودند از خود نشان دادند. روش آموزش مدیریت والدین علاوه بر تغییراتی که در کودک ارجاع شده برای درمان به وجود می‌آورد، به کاهش رفتارهای مشکل‌آفرین خواهر و برادرها و برطرف شدن فشار روانی و افسردگی والدین نیز می‌انجامد. آموزش مدیریت والدین در مورد والدین کودکان زیر دوازده سال موثرتر است و در مورد نوجوانان اثر کمتری دارد. اگرچه آموزش مدیریت والدین نتایج مثبت کوتاه‌مدتی را در پی دارد. اما تاثیر بلندمدت آن چندان روشن نیست (Kazdin, 1996). دیگر اینکه برخی خانواده‌ها به این نوع درمان پاسخ نمی‌دهند. آموزش مدیریت والدین انتظارات زیادی از والدین دارد؛ از جمله اینکه باید بر بعضی روش‌ها تسلط یابند و آنها را در خانه اجرا کنند. در جلسات مختلفی شرکت کرده و تماس تلفنی با درمانگر داشته باشند. برای خانواده‌هایی با منابع محدود، این انتظارات ممکن است آن قدر بزرگ باشد که قادر به ادامه درمان نباشند و به جلسات نیایند (Mash & Wolfe, 2008).

۷) آموزش رفتاری والدین: هدف آموزش رفتاری والدین، تغییر مشکلات ارجاعی کودک با بهبود آن دسته از مهارت‌های والدین است که بر تعامل‌های والدین-کودک تاثیر می‌گذارد. معمولاً برنامه‌ها از مجموعه‌ای از جلسات تشکیل می‌شود که هر یک اصلی از شرطی‌سازی کنشگر ویژه و روش‌های مرتبط با آن را پوشش می‌دهند. بنابراین، برنامه‌ها با جلساتی در مورد تقویت مثبت و استفاده از تشویق و ژتون‌ها آغاز می‌شود. درحالی‌که جلسات بعدی، بر خاموشی و بی‌توجهی، تنبیه خفیف و استفاده از محرومیت و جریمه کردن و فقدان محرومیت‌ها تاکید می‌کند. تمرین مهارت‌های فرزندپروری در خانه، در آموزش رفتاری والدین حیاتی است. از این رو جلسات با مرور تجربیات والدین، با مهارت‌های پوشش داده شده در هفته گذشته آغاز می‌شود. پس از آن، یک اصل جدید و روش مرتبط بیان می‌شود. مهارت‌ها با استفاده از نقش‌گذاری و در درون آموزش، با درمانگری که حمایت، بازخورد و مدل‌سازی را ارائه می‌دهد، تمرین می‌شوند. سرانجام تکالیفی برای تمرین مهارت‌ها در خانه مورد بررسی قرار می‌گیرد. بین جلسات، درمانگر در دسترس است تا والدین بتوانند به مشکلات در اجرای مهارت‌ها در خانه اشاره کنند؛ به‌علاوه وقتی برنامه به شکل گروهی ارائه می‌شود، والدین ممکن است بین جلسات از یکدیگر حمایت کنند (Matthews, and Lachman, 2010).

۸) **درمان تعاملی والدین-کودک^۱ (PCIT)**: درمان تعاملی والدین-کودک، برنامه‌ای است که برای درمان کودکان خردسال با DBDs (سنین ۲ تا ۷ سال) تهیه شده است. درمان تعاملی والدین-کودک بر اساس فردبه‌فرد ارائه شده است. دو ویژگی مهم درمان تعاملی والدین-کودک در مقایسه با دیگر برنامه‌ها، شرکت والدین و کودک با هم در تمام جلسات و آماده‌سازی توسط درمانگر، هنگامی است که والدین در حال بازی با کودک هستند. اگر یک آینه یک‌طرفه در دسترس باشد، آماده‌سازی با استفاده از یک «میکروفن مخفی در گوش»^۲ انجام می‌شود. اگر این کار امکان‌پذیر نبود، درمانگر درحالی‌که کنار والدین ایستاده است، با صدای آرام او را آماده می‌کند. بنابراین درمانگر با استفاده از رهنمودها، تقویت و اظهارنظرهای صحیح و درست، رفتار والدین را شکل می‌دهد (Matthews, and Lachman, 2010).

مهارت اجتماعی مجموعه توانمندی‌هایی است که موجب موفقیت در زندگی اجتماعی فرد می‌شود. هر فرد برای زندگی موفق در یک جامعه، علاوه بر مهارت‌های فردی به مهارت‌های دیگری نیاز دارد که از آن بنام مهارت‌های اجتماعی یاد می‌کنند. مهارت‌های اجتماعی، مجموعه رفتارهای اکتسابی است که از طریق مشاهده، مدل‌سازی، تمرین و بازخورد آموخته می‌شود و دارای ویژگی‌های زیر است و رفتارهای کلامی و غیرکلامی را دربر می‌گیرند و پاسخ‌های مناسب و موثر را در بردارند، بیشتر جنبه‌ی تعاملی داشته، تقویت اجتماعی را به حداکثر می‌رسانند و بر اساس ویژگی‌ها و محیطی که فرد در آن واقع شده است، توسعه می‌یابند و از طریق آموزش رشد می‌کنند. تعامل اجتماعی یا توانمندی‌های اجتماعی یعنی تعامل در جامعه، شناخت روحیه و احساسات درونی خود و دیگران و برخورد صحیح و متناسب با آنها. رشد انسان به‌خصوص در سال‌های اولیه‌ی زندگی بدون برخوردهای اجتماعی غیرممکن یا بسیار ضعیف است. برخورد با مسائل احساسی، تجربه و تجزیه و تحلیل این احساسات و عواطف مثل بیان یک خواسته، قبول کردن، راندن و طرد کردن، خندیدن، لمس کردن، عشق، دوستی، دعوا، آشتی، تفاهم، ماتم، سعادت مشترک و احساس امنیت از مقدمات ضروری برای فراگیری در زندگی عاطفی و اجتماعی هستند. اگر این تجارب تکامل نیابند، نه‌تنها توانایی‌های مشخص در ایجاد رابطه در رفتارهای اجتماعی را دچار خدشه می‌کنند بلکه موجب عقب‌ماندگی ذهنی و جسمی می‌شوند. غفلت‌های اجتماعی اگر به مدت طولانی ادامه داشته باشند، ضایعات جبران‌ناپذیری را به دنبال خواهند داشت (Abedi, Shahmiveh, 2016).

1 Parent-child interaction therapy (PCIT)

2 bug in the ear

گرشام و الیوت^۱ (۱۹۹۰) مهارت‌های اجتماعی به پنج طبقه تقسیم می‌کنند که هر یک به‌نوبه خود باعث تسهیل برقراری رابطه بین افراد و به‌خصوص کودکان می‌شود. این تقسیم‌بندی به‌قرار زیر می‌باشد.

۱- همکاری که رفتارهایی چون کمک به دیگران و شرکت در امور مختلف را شامل می‌شود.

۲- گفتار مناسب که رفتارهایی از قبیل تقاضا کردن و پاسخ دادن آشکار را شامل می‌شود.

۳- مسئولیت‌پذیری در رابطه با دیگران و حفظ وسایل شخصی.

۴- همدلی که رفتارهایی از قبیل احساس محبت و همدردی را شامل می‌شود.

۵- خویشتن‌داری که شامل رفتارهای از قبیل صبر کردن و تحمل کردن می‌باشد.

اهمیت مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان مهم‌ترین عامل اجتماعی شدن و سازگاری اجتماعی را نمی‌توان از نظر دور داشت و توجه به هوش اجتماعی، رشد اجتماعی و تربیت اجتماعی در کنار دیگر ابعاد رشد و حیطة‌های تعلیم و تربیت، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است (Matson & et al, 2014).

هدف از آموزش مهارت‌های اجتماعی آن است که کودکان، افکار و احساسات خود را بشناسند و آن شیوه‌هایی که به سهولت ارتباط متقابل اجتماعی کمک می‌نماید را اعمال کنند (Scott & Seglow, 2007).

از جمله پژوهش‌هایی که در زمینه کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان را بررسی کردند، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.

پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی دو روش درمانی پذیرش/تعهد و روش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نافرمانی مقابله‌ای در یک بیمارستان نظامی انجام شد و نتایج نشان داد که هر دو درمان پذیرش/تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی به طرز معنی‌داری در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر هستند و بین درمان‌ها تفاوت معنی‌داری به لحاظ اثربخشی وجود نداشت. بنابراین می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی را به‌عنوان درمانی موثر برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای معرفی کرد (Radfar & et al, 2016).

پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر افشای هیجانی نوشتاری در مشکلات بین فردی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد و نتایج نشان داد که افشای هیجانی نوشتاری می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد موثر در مداخلات روان‌شناختی مشکلات بین فردی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مدنظر قرار گیرد (Adineh and Hosni, 2016).

پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی روش واقعیت‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان پسر انجام شد و نتایج نشان داد که در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری در شدت نشانه‌هایی اختلال نافرمانی مقابله‌ای مشاهده شد. با توجه به یافته‌های این پژوهش، روش واقعیت‌درمانی، منجر به کاهش نشانه‌هایی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان می‌شود و می‌توان از آن به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر برای این گروه استفاده کرد (Chobdari, 2016).

پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر خودپنداره و حساسیت اضطرابی دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری انجام شد و نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش خودپنداره و کاهش حساسیت اضطرابی دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری مؤثر بوده است (Farhangi and Abdul Aliyan, 2016).

پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص انجام شد و نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی در افزایش به‌کارگیری راهبردهای هیجانی مثبت و بهبود مهارت اجتماعی مناسب، اطمینان به خود و رابطه با همسالان مؤثر بوده است (Sadri Demirchi and Ismaili Ghazi Volouei, 2016).

پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کیفیت دلبستگی و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد و نتایج نشان داد که آموزش متغیر مستقل بر مولفه‌های کیفیت دلبستگی و مهارت اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بوده است (Sadri & et al, 2016).

پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی برنامه آموزشی فرزند پروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی انجام شد و نتایج نشان داد که آموزش فرزند پروری مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به تفاوت معنادار آماری بین مراحل پیش و پس از آزمون در نمره کلی سلامت عمومی و تمام زیرمقیاس‌های آن یعنی نشانه‌های جسمانی، بی‌خوابی و اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی شد (Ghazanfari & et al, 2016).

پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان انجام شد و نتایج نشان داد که شدت نشانه‌های اختلال (نافرمانی مقابله‌ای) در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش معناداری داشته است. از این رو از برنامه آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی می‌توان به‌عنوان

برنامه‌ای مفید و موثر برای کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده کرد (et al, 2015) & Mohammadlu).

پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد و نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر بوده است (Ghodrati Mirkoohi & et al, 2015).

پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر علائم لجبازی-نافرمانی کودکان انجام شد و نتایج نشان داد که علائم اختلال لجبازی-نافرمانی به گزارش والد و به گزارش معلم در گروه آزمون بازی‌درمانی گروهی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش معنی‌داری داشت. همچنین بعد از دو ماه پیگیری نتایج هم‌چنان پابرجا بود (Murshid & et al, 2015).

پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی، روان‌شناختی و کاهش نشانه‌های کودکان اختلال سلوک انجام شد و نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک در دانش‌آموزان مبتلا شده است (Barghi irani & et al, 2015).

پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی گروه‌درمانی رابطه والد-کودک بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی انجام شد و نتایج نشان داد که گروه‌درمانی رابطه والد-کودک بر کاهش علائم اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی تأثیر معناداری دارد؛ اما بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی بی‌تأثیر است (Aliakbari & et al, 2015).

پژوهشی با عنوان بررسی و مقایسه مهارت‌های اجتماعی، بی‌حوصلگی و مشکلات خواب در دانش‌آموزان دارای اختلال توجه/بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی انجام شد و نتایج نشان داد که در مهارت‌های اجتماعی، بی‌حوصلگی و کیفیت خواب بین دانش‌آموزان نقص توجه/بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی تفاوت معناداری وجود دارد (Akbarzadeh & et al, 2014).

پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی آموزش کنترل تکانه بر تکانشگری و بهبود نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد و نتایج نشان داد که آموزش کنترل تکانه بر تکانشگری و کاهش نشانه‌های مرضی اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر بوده است. همچنین آموزش کنترل تکانه بر تکانشگری و کاهش نشانه‌های مرضی اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر بوده است. تحلیل داده‌ها نشان داد که در مرحله آزمون و پیگیری، بین دو گروه آزمایش و کنترل، در میزان

تکانشگری و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معنادار وجود دارد (Sharifi daramadi & et al, 2013).

پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی درمان تعامل والد کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد و نتایج نشان داد که درمان تعامل والد-کودک در شدت علائم نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمایش از نظر آماری کاهش معناداری پدید آورده است (Abbasi and Neshat Dost, 2013).

پژوهشی با عنوان بررسی و مقایسه اثربخشی برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی و آموزش حل مسئله اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ارزیابی والدین) انجام شد و نتایج نشان داد که آموزش برنامه یادگیری هیجانی و حل مساله اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر می‌باشد (Jamali Paghaleh, 2013).

هونگ^۱ و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که اجرای جلسات گروهی با هدف ارائه آموزش‌های مهارت‌های اجتماعی، تفاوت معناداری را در بین گروه‌های آزمایشی و گواه ایجاد کرده است (Huang & et al, 2015).

دنالت^۲ و دری^۳ در تحقیق خود نشان دادند که کار گروهی و آموزش مهارت‌های اجتماعی، مشکلات رفتاری را کاهش می‌دهد (Denault & Déry, 2014).

راتکلیف^۴ و همکاران (۲۰۱۴) در تحقیق خود نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی باعث افزایش مهارت‌های هیجانی-عاطفی و افزایش صلاحیت‌های اجتماعی و در کل افزایش سلامت روان افراد می‌شود (Ratcliffe & et al, 2014).

استامس و آسچر^۵ (۲۰۱۳) در تحقیق خود نشان دادند که با آموزش مهارت‌های اجتماعی، مشکلات روان‌شناختی و اضطراب اجتماعی کودکان کاهش یافت (Farhangi and Abdul Aliyan, 2016).

الیسن اوقلو^۶ و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که پس از آموزش مهارت‌های اجتماعی و مسائل رفتاری، مهارت اجتماعی کودکان ۶ ساله پیش‌دبستانی افزایش و مشکلات رفتاری آنها کاهش یافت (Alisinanoglo & et al, 2012).

1 Huang

2 Denault

3 Déry

4 Ratcliffe

5 Stams & Asscher

6 Alisinanoglo

ونووگت^۱ (۲۰۱۲) در تحقیق خود نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث تغییرات مثبت در مشکلات رفتاری کودکان می‌شود (VanVugt, 2012).

کیم و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که هر دو برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش والدین در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای کودکان و پرورش رفتارهای مثبت والدین موثر بوده است (Kim & et al, 2011).

ون واگنر^۲ معتقد است کودکانی که اختلال‌های نافرمانی، سلوک و یا اختلال استرس پس از سانحه برایشان تشخیص داده شده است، غالباً دچار مشکلات دل‌بستگی و دارای تاریخچه‌ای از بدرفتاری، غفلت یا آسیب‌های دوران اولیه کودکی می‌باشند (Vanwagner, 2018).

دالی^۳ و همکاران (۲۰۰۷)، در بررسی اثربخشی آموزش فنون درمان رفتاری به والدین بر کاهش علائم رفتاری به والدین بر کاهش علائم کودکان مبتلا به این اختلال به این نتایج دست یافتند که درمان رفتاری از مداخله‌های تأثیرگذار در مورد کاهش علائم این اختلال است (Daly, 2007).

با توجه به مطالب فوق‌الذکر، این سوال مطرح می‌گردد که آیا آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش نشانه‌های دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان موثر است؟

فرضیه‌های تحقیق

- ۱- آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان تأثیر معنی‌داری دارد.
- ۲- آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان تأثیر معنی‌داری دارد.
- ۳- آموزش مهارت‌های اجتماعی به والد و کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان تأثیر معنی‌داری دارد.

روش تحقیق

این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است، جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی کودکان دختر ۷ تا ۱۲ ساله دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش استان فارس است. برای تعیین نمونه مورد نظر از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است. بدین‌صورت که کودکان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش استان فارس به همراه مادر جهت

1 VanVugt
2 Vanwagner
3 Daly

شرکت در برنامه آموزشی(مداخله درمانی) فراخوانده شدند. حجم نمونه شامل ۴۰ نفر کودک دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود که همه افراد نمونه، در سه گروه آزمایش(۱۰ نفر در هر گروه) و ۱۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. در گروه آزمایش، ۱۰ نفر از کودکان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بدون حضور والد مادر، و ۱۰ نفر از مادران کودکان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ۱۰ نفر کودکان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به همراه مادرانشان، شرکت داده شدند. در تحقیق حاضر، آزمودنی‌ها پس از تکمیل پرسشنامه، داده‌های دموگرافیک(شامل سن کودک، پایه تحصیلی کودک، تحصیلات والدین، شغل والدین، سابقه بیماری اعصاب و روان در بین اعضای خانواده، سابقه طلاق والدین، وضعیت حیات والدین) و گزارش شرح حال بیمار (شامل سابقه مشکلات رفتاری در خانواده، وضعیت سلامت عمومی) و فرم رضایت‌نامه، به صورت نمونه‌گیری در دسترس در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. معیار ورود به مطالعه، تشخیص بالینی اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس مدارک موجود در پرونده سلامت کودک، سن ۷ تا ۱۲ سال، فقدان اختلالات رفتاری دیگر، تمایل به شرکت در مطالعه، توانایی خواندن و نوشتن، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، فقدان سابقه بحران (مرگ اعضاء خانواده) در شش ماه اخیر بود. معیار خروج از مطالعه، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات آموزشی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

مصاحبه بالینی

در تحقیق حاضر از فرم شرح حال و مصاحبه‌ی بالینی که توسط (Johari Fard, 2015) تهیه و تنظیم گردیده استفاده شده است. در این فرم مشخصات فردی، شکایت اصلی (C.C.)، تاریخچه (تاریخچه مشکل فعلی، تاریخچه اختلالات پیشین، تاریخچه شخصی گذشته (P.P.H.)، تاریخچه خانوادگی، موقعیت فعلی)، ارزیابی وضعیت روانی (M.S.E.) (توصیف کلی، خلق، ابراز عاطفی، تفکر، ادراک، هشیاری، جهت‌یابی، حافظه، قضاوت، بینش، اطلاعات عمومی و هوش)، سایر اقدامات تشخیصی موردنیاز (ارزیابی‌های جسمانی و پزشکی، مصاحبه با دوستان، خانواده، همکاران، آزمون‌های روان‌سنجی)، تشخیص نهایی بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-V و طرح درمانی پیشنهادی جهت بررسی اختلالات آورده شده است.

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4): پرسشنامه علائم مرضی کودکان از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی است که بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. نسخه‌ی اولیه‌ی پرسشنامه توسط اسپرافکین^۱ و همکاران در سال ۱۹۸۴ بر اساس طبقه‌بندی سومین و ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری

اختلال‌های روانی تهیه شده و به دنبال تجدیدنظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷، نسخه 3-CSI آن نیز ساخته شد. پرسشنامه علائم مرضی کودکان در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدیدنظر شد. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (4-CSI) دارای دو فرم والدین و معلمان است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سوال است و هر یک از عبارات مذکور، در مقیاس چهاردرجه‌ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. شیوه‌ی نمره برش غربال کننده و شیوه نمره برحسب شدت نشانه‌های مرضی. در تحقیق حاضر، با توجه به مشکلات رفتاری کودکان و بررسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در آنها، از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (فرم والدین) استفاده شده است. فرم والدین این پرسشنامه، از ۶۷ گویه تشکیل شده است. بر این اساس، اختلالات رفتاری کودکان شامل بیش‌فعالی و کاهش توجه، نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، افسردگی اساسی، افسرده خویی، هراس اجتماعی و اضطراب جدایی مورد بررسی قرار گرفته است. این نکته قابل ذکر است که سایر اختلالات (به‌غیر از اختلال نافرمانی مقابله‌ای) در این فرم، جهت سنجش تشخیص افتراقی اختلال نافرمانی مقابله‌ای با دیگر اختلالات مورد بررسی قرار گرفته‌اند. این پرسشنامه در طیف لیکرت (هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات، همیشه) طراحی شده و از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری شده است. پایایی پرسشنامه علائم مرضی کودکان در این تحقیق، با استفاده از آزمون پایایی سنجش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ برآورد شده است.

برنامه آموزشی مهارت‌های اجتماعی

این برنامه آموزشی با توجه به اهمیت آموزش مهارت‌های اجتماعی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش استان فارس اجرا شد. این برنامه آموزشی در ۱۳ جلسه آموزش کودکان و ۸ جلسه آموزشی والدین براکلی و طی ۶۰ دقیقه‌ای در مدت دو ماه برای کودکان و والدین مادر ارائه گردید.

جدول ۱- خلاصه برنامه آموزش مهارت اجتماعی کودکان (Zarei, 2008)

جلسه	اهداف	آموزش مهارت اجتماعی کودکان
جلسه اول	معارفه و ایجاد روابط صمیمانه با آزمودنی‌ها	<ul style="list-style-type: none"> - معرفی درمانگر و آزمودنی‌ها - بیان قوانین جلسات و توضیح روش آموزشی - بیان اهداف آموزشی توسط درمانگر - بیان شیوه آموزش مهارت‌های اجتماعی.
جلسه دوم	آموزش مهارت کنترل خشم	<ul style="list-style-type: none"> - خلاصه جلسه قبل - تعریف خشم و عصبانیت برای کودک - بیان مزایای کنترل خشم و سطوح خشم - بحث و گفتگو در مورد تجارب عصبانیت - الگوسازی یک موقعیت خشم آور و ایفای نقش آن - تشخیص علائم خشم توسط دیگر آزمودنی‌ها - ارائه تکلیف خانگی به منظور کنترل خشم
جلسه سوم	ادامه آموزش مهارت کنترل خشم	<ul style="list-style-type: none"> - خلاصه جلسه قبل و مرور تکالیف - آموزش یادگیری کاهش تنش بدن از طریق تکنیک‌های آرام‌سازی - ارائه تکلیف در راستای کنترل خشم
جلسه چهارم	ادامه آموزش مهارت کنترل خشم	<ul style="list-style-type: none"> - خلاصه جلسه قبل و مرور تکالیف - آموزش استفاده از تکرار عبارات انطباقی - ایفای نقش و اقدام عملی و حل مشکلی که سبب بروز خشم شده - ارائه تکلیف در راستای کنترل خشم
جلسه پنجم	آموزش مهارت شناخت احساس و همدلی	<ul style="list-style-type: none"> - خلاصه جلسه قبل و مرور تکالیف - آموزش استفاده از نمودار واژگان احساسی - ایفای نقش احساسات و بازخورد به آزمودنی‌ها - ارائه تکلیف در راستای کنترل خشم
جلسه ششم	ادامه آموزش مهارت شناخت احساس و همدلی	<ul style="list-style-type: none"> - خلاصه جلسه قبل و مرور تکالیف - آموزش شیوه‌های مختلف احساس - الگوسازی داستانی درباره همدلی توسط آزمونگر - ایفای نقش همدلی توسط آزمودنی‌ها - ارائه تکلیف در راستای همدلی
جلسه هفتم	آموزش مهارت فرمان‌برداری	<ul style="list-style-type: none"> - خلاصه جلسه قبل و مرور تکالیف - ارائه تعاریف فرمان‌برداری به آزمودنی‌ها - الگوسازی مهارت فرمان‌برداری توسط آزمونگر - ایفای نقش فرمان‌برداری

- ارائه تکلیف خانگی دستورات والدین	
- خلاصه جلسه قبل و مرور تکالیف - تمرین مهارت فرمان‌برداری - تکرار تکلیف خانگی جلسه قبل	جلسه هشتم ادامه آموزش مهارت فرمان‌برداری
- خلاصه جلسه قبل و مرور تکالیف - آموزش حل مسئله - الگوسازی روند حل مسئله برای آزمودنی‌ها - طرح سؤال در مورد مراحل حل مسئله و بحث و گفتگو در این زمینه - تکرار تکلیف خانگی مسئله گشایی	جلسه نهم آموزش مهارت مسئله گشایی
- خلاصه جلسه قبل و مرور تکالیف - بیان مشکلات فرضی توسط آزمونگر - ایفای نقش توسط آزمودنی‌ها - بحث و گفتگو در مورد نقش توسط آزمودنی‌های دیگر - تکرار تکلیف خانگی مسئله گشایی	جلسه دهم ادامه آموزش مهارت مسئله گشایی
- خلاصه جلسه قبل و مرور تکالیف - آموزش مهارت مسئولیت‌پذیری - الگوسازی مهارت مسئولیت‌پذیری توسط آزمونگر - تکرار تکلیف خانگی مسئولیت‌پذیری	جلسه یازدهم آموزش مهارت مسئولیت‌پذیری
- خلاصه جلسه قبل و مرور تکالیف - ایفای نقش مهارت مسئولیت‌پذیری توسط آزمودنی‌ها - تکرار تکلیف خانگی مسئولیت‌پذیری	جلسه دوازدهم ادامه آموزش مهارت مسئولیت‌پذیری
- خلاصه جلسه قبل و مرور تکالیف - نظرخواهی از آزمودنی‌ها در مورد آموزش و اهدای جوایز	جلسه سیزدهم خاتمه جلسات

جدول ۲- خلاصه برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی والدین بارکلی (Sohrabi & et al, 2014)

توضیح برای والدین در مورد دلایل ایجاد و بروز اختلالات رفتاری کودکان از جمله اختلال نافرمانی.
توجه مناسب به رفتارهای مطلوب کودک و بی‌توجهی به رفتارهای نامطلوب.
شرکت در بازی‌های کودک همراه با توجه مناسب بدون هیچ‌گونه سرزنش یا دستوری.
در صورتی که تمجید در کاهش رفتارهای نامطلوب اثر چندانی نداشت، استفاده از پاداش و تقویت.
استفاده از تنبیه ملایم مثل زمان محرومیت.
استفاده از زمان محرومیت برای رفتارهای دیگر.
به‌کارگیری تکنیک‌های اصلاح رفتار برای مشکلات رفتاری احتمالی در آینده.
بررسی استفاده از روش‌های مدیریت رفتار و ارزیابی مجدد ماهیت و میزان اختلال رفتاری مغل کودک در مرحله پس از درمان.

یافته‌های پژوهش

در این قسمت بر اساس هدف و فرضیات تحقیق به ارائه یافته‌ها پرداخته شده است. در تحقیق حاضر داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و شاخص‌های آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس و آزمون لون (LSD))، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. با توجه به ویژگی‌های مورد مطالعه که عبارتند از نمره پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 (فرم والدین)، در جدول ۳ شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار با توجه به سه گروه آزمایش (آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان، آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین، آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و والدین) و یک گروه کنترل ارائه می‌گردد.

جدول ۳- مقایسه شاخص‌های آماری اختلال نافرمانی مقابله‌ای به تفکیک گروه

مقیاس	گروه	شاخص	
		میانگین	انحراف معیار
اختلال نافرمانی مقابله‌ای	کنترل	۲۷۸۰	۱۰۱۳
	آزمایش اول (آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان)	۲۱۹۰	۱۰۱۹
	آزمایش دوم (آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین)	۱۷۳۰	۰۴۸
	آزمایش سوم (آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و والدین)	۱۱۶۰	۰۶۹

یافته‌ها در جدول ۳ نشان می‌دهد که بالاترین میانگین مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه کنترل است.

جدول ۴- برآورد پارامتر بین گروه آزمایش آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و کنترل

Partial η^2	سطح اطمینان ۰/۹۵		سطح معنی‌داری	t	خطای استاندارد	B	پارامتر
	حد بالا	حد پایین					
.96	37.80	33.11	۰/۰۰۰۱	30.64	1.15	35.46	عرض از مبدأ
.86	-.11	-.15	۰/۰۰۰۱	-15.07	.009	-.13	پیش‌آزمون
.65	-.05	-.09	۰/۰۰۰۱	-8.41	.009	-.07	گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان

یافته‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد که برآوردهای پارامتر بین گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و کنترل نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان دارای اندازه اثر $\text{Partial}\eta^2 = ۰/۶۵$ می‌باشد که حاکی از تاثیر این بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان است.

جدول ۵- برآورد پارامتر بین گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین و کنترل

Partial η^2	سطح اطمینان ۰/۹۵		سطح معنی‌داری	t	خطای استاندارد	B	پارامتر
	حد بالا	حد پایین					
.98	9.57	8.74	۰/۰۰۰۱	44.79	.20	9.16	عرض از مبدأ
.97	-.03	-.04	۰/۰۰۰۱	-39.76	.001	-.04	پیش‌آزمون
.94	-.17	-.19	۰/۰۰۰۱	-26.03	.007	-.18	گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین

یافته‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد که برآوردهای پارامتر بین گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین و کنترل نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان دارای اندازه اثر $\text{Partial}\eta^2 = ۰/۹۴$ می‌باشد که حاکی از تاثیر این بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان است.

جدول ۶- برآورد پارامتر بین گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و والدین و کنترل

Partial η^2	سطح اطمینان ۰/۹۵		سطح معنی‌داری	t	خطای استاندارد	B	پارامتر
	حد بالا	حد پایین					
.91	21.77	17.83	۰/۰۰۰۱	20.34	.97	19.80	عرض از مبدأ
.76	-.06	-.09	۰/۰۰۰۱	-11.01	.008	-.08	پیش‌آزمون
.75	.09	.06	۰/۰۰۰۱	10.74	.008	.08	گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و والدین

یافته‌ها در جدول ۶ برآوردهای پارامتر بین گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و والدین و گروه کنترل نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان دارای اندازه اثر $Partial\eta^2 = 0/75$ می‌باشد که حاکی از تاثیر این بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان است.

جدول ۷- مقایسه بین گروه‌های آزمایش و کنترل (آزمون LSD)

سطح معنی‌داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه (J)	آماره گروه (I)
۰/۰۰۰۱	۸۸	۷.۴۵*	گروه کنترل	گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان
۰/۰۰۰۱	۱.۴۴	۱۰.۷۷*	گروه کنترل	گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین
۰/۰۰۰۱	۶۳	۱۳.۶۵*	گروه کنترل	گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و والدین

یافته‌ها در جدول ۷ نیز نشان داد که بین گروه‌های آزمایش (گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان، گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین، گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و والدین) و گروه کنترل، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به طوری که تفاوت میانگین گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و والدین نسبت به دو گروه دیگر بیشتر است و این یافته بیانگر آن است که آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و والدین نسبت به ارائه این روش به هریک از آنها به تنهایی، در کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثرتر است.

جدول ۸- تعیین تأثیر عامل بین آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	آماره متغیر
۱.000	213.46	19029.64	3	57088.94	مدل تصحیح‌شده
.18	1.84	164.40	1	164.40	عرض از مبدأ
۰.۰۰۱	4.98	444.41	1	444.41	گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان
۱.000	15.20	1355.21	1	1355.21	گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین
۱.000	33.23	2962.97	1	2962.97	گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و والدین
		89.14	36	3209.30	خطا
			40	817461	کل
			39	60298.24	کل تصحیح‌شده

یافته‌ها در جدول ۸ نشان می‌دهد که نتایج تعیین تأثیر عوامل بین آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه برای متغیر پاسخ اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سطح ۰/۰۵ معنی‌داری است ($p < 0/05$)؛ بنابراین می‌توان اذعان داشت که آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و والدین می‌تواند سبب کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش استان فارس شود. از این رو می‌توان این روش را به‌عنوان یک روش درمانی موثر در درمان کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای قلمداد نمود.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان تأثیر معنی‌داری دارد. این یافته با تحقیقات (Radfar & et al, 2016)، (Adineh and Hosni, 2016)، (Chobdari, 2016)، (Farhangi and Abdul, 2016)، (Aliyan, 2016)، صدی دمیرچی و اسماعیلی قاضی ولوئی (۱۳۹۵)، صدی و همکاران (۱۳۹۵)، محمدلو و همکاران (۱۳۹۴)، (Murshid & et al, 2015)، (Barghi irani & et al, 2015)، (Akbarzadeh & et al, 2014)، (Huang & et al, 2015)، (Denault & , 2014)، (Déry, 2014)، (Ratcliffe & et al, 2014)، (Stams & Asscher, 2013)، (Alisinanoglo & et al, 2012)، (VanVugt, 2012)، و (Vanwagner, 2018) همسو

است. در تبیین یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان به مبانی نظری و پیشینه تحقیق اشاره داشت. از آنجا که کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، از رفتارهای تندخویانه، خشونت‌آمیز، مقابله‌ای و خودسرانه و نامتناسب با سن خود، اختلال در عملکرد شناختی، اجتماعی و رفتاری، اختلال در روابط میان فردی و اختلال در عملکرد آموزشی برخوردارند و نظر به اینکه مهارت‌های اجتماعی بر اساس ویژگی‌ها و محیطی که فرد در آن واقع شده است، توسعه می‌یابند و از طریق آموزش رشد می‌کنند و همچنین کسب مهارت‌های اجتماعی، با ایجاد تحول عاطفی و اجتماعی در کودکان، ظرفیت آنها را برای تمرکز بر فعالیت‌های تحصیلی، بهبود سلامت روان‌شناختی و کاهش مشکلات رفتاری افزایش می‌دهد و از سوی دیگر، نظر به اینکه آموزش مهارت‌های اجتماعی با به‌کارگیری رفتارهای آموخته شده از طریق مشاهده، مدل‌سازی، تمرین و بازخورد در جهت توانمندسازی فرد در برقراری رابطه اثربخش و خودداری از رفتارهای نامعقول اجتماعی و نیز همکاری و مشارکت با دیگران، کمک به هموعان، آغازگری در رابطه و قدردانی از دیگران، می‌کوشد تا مشکلات رفتاری کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای را کاهش دهد؛ می‌توان انتظار داشت که آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان تاثیر معنی‌داری داشته باشد.

یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان تاثیر معنی‌داری دارد. این یافته با تحقیقات (Ghazanfari & et al, 2016)، (Ghodrati Mirkoohi & et al, 2015)، (Jamali Paghaleh, 2013)، (Kim & et al, 2011)، و (Daly, 2007) همسو است. در تبیین یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان به مبانی نظری و پیشینه تحقیق اشاره داشت. از آنجا که افراد در دوران کودکی، بیشترین تعامل را با والدین خود دارند، قطعاً والدین می‌توانند، نقش تعیین‌کننده‌ای در بهبود اختلال‌های رفتاری فرزندان خود داشته باشند. بنابراین یکی از راه‌های موثر در درمان مشکلات رفتاری کودکان، آموزش والدین است. از سوی دیگر آموزش والدین بارکلی که بهترین روش مداخله برای کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان است، می‌تواند سبب کاهش رشد نایافتگی‌ها و ناشایستگی‌های والدین، کاهش سطوح استرس والدین، خنثی نمودن نگرش‌های منفی والدین و کاهش نزاع و درگیری بین والدین شود و سطوح مهارت مدیریت رفتار کودک از طرف والدین و روش‌های انضباطی مثبت در والدین را افزایش دهد و در نتیجه رفتار نافرمانی مقابله‌ای در کودک کاهش یابد. همچنین در آموزش مدیریت والدین (PMT)، تلاش می‌شود تا والدین با کسب مهارت‌های اجتماعی بتوانند کنترل بیشتری بر شرایط موجود و تعامل خود با کودک داشته باشند. از سوی دیگر مهارت‌های رشد خودپنداره بر اساس نظر بارب بیدکس و ساکاچوان (۲۰۰۲) در

طبقه‌بندی مهارت‌های اجتماعی، به بزرگسالان و والدین این امکان را می‌دهد که از طریق کشف استعدادها و توانایی‌های فرزندان خود (توانایی در یادگیری موسیقی، ورزش، هنر و غیره) و تشویق آنها، تمرکز بیشتری بر امور مثبت و رشد خودپنداره کودکان داشته باشند (Hargie, 1994)؛ از این رو، می‌توان انتظار داشت که آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان تاثیر معنی‌داری داشته باشد.

یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی به والد و کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان تاثیر معنی‌داری دارد. این یافته با تحقیقات (Aliakbari & et al, 2015) و (Abbasi and Neshat Dost, 2013) است. در تبیین یافته تحقیق حاضر می‌توان به مبانی نظری و پیشینه تحقیق اشاره داشت. از آنجا که ناتوانی والدین در مدیریت رفتار کودک و تعامل منفی والد-کودک از جمله عوامل موثر بر مشکلات رفتاری کودکان است و نظر به اینکه دارلینگ^۱ (۱۹۹۹) معتقد است که والدگری فعالیتی پیچیده و رفتاری اختصاصی است که با به‌کارگیری آن (به‌طور جداگانه و یا با جلب مشارکت یکدیگر)، می‌توان تغییر در رفتار، احساس و انتظارات کودک و همچنین سازگاری عاطفی و رفتاری در تمامی مراحل رشد کودک ایجاد نمود؛ می‌توان اذعان داشت که مشکلات رفتاری کودکان، بیشتر حاصل نحوه ارتباط والدین با کودک است تا عوامل ارثی و زیستی. لذا محققان نتیجه گرفته‌اند که بین سوء رفتار والدین و مشکلات رفتاری کودک، ارتباط وجود دارد و این ارتباط بسیار بااهمیت بوده و نشان‌دهنده این مطلب است که عامل خانواده و خصوصاً رفتار والدین در دوران کودکی، نقش مهمی در بروز مشکلات رفتاری در کودکی و بزرگسالی دارد. از سوی دیگر در درمان تعاملی والدین-کودک (PCIT) که با شرکت والدین و کودک با هم در تمام جلسات صورت می‌گیرد، تلاش می‌شود تا با استفاده از رهنمودها، تقویت و اظهارنظرهای صحیح و درست، رفتار والدین به بهترین شکل ممکن در ارتباط با کودک شکل گیرد. از این رو هدف درمانی در بخش تعامل کودک-محور، آموزش مهارت‌های لازم به والدین به‌منظور بروز رفتارهای کودک و در بخش تعامل والدین-محور، آموزش مهارت‌های فرزندپروری است. همچنین در تبیین اثربخشی روش آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای باید به این نکته توجه داشت که کودکان دچار این اختلال، دارای نقص‌هایی در مهارت‌های اجتماعی از جمله کارکردهای اجرایی، حل مساله و سازگاری اجتماعی در ارتباط با همسالان، والدین و معلمان هستند. از این رو این افراد به‌ندرت از سوی همسالان و والدین مورد پذیرش قرار می‌گیرند. از سوی دیگر بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (۲۰۰۱)، مهارت‌های اجتماعی برحسب تعامل چندجانبه بین

1 Darling

تأثیرات شناختی، رفتاری و محیطی آموخته می‌شوند و کودکان با توجه به مشاهده روابط اجتماعی همسالان و نیز بزرگسالان خود، رفتارهای اجتماعی را از طریق الگوبرداری از آنان می‌آموزند. با توجه به مطالب فوق‌الذکر، می‌توان انتظار داشت که آموزش مهارت‌های اجتماعی به والد و کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان تأثیر معنی‌داری داشته باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به احتیاط در تعمیم نتایج به سایر شهرها و سایر گروه‌ها برشمرد. در نهایت پیشنهاد می‌شود که آموزش مهارت‌های اجتماعی، توسط روان‌شناسان و مشاوران به‌منظور کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان در مدارس، مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌درمانی ارائه گردد و در پژوهش‌های آتی، تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی-اجتماعی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان مورد بررسی قرار گیرد.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. Washington, D.C.
- Adineh, Mina, and Hosna, Ja'far. (2016). The Effect of exposing thoughts on Interpersonal Problems in Children with Oppositional Defiant Disorder: Single Subject Study. *Methods and Models of Psychology*, the seventh year, No. 23, P. 1-18.
- Akbarzadeh, Davood, Hoveyda, Farnaz, and Ghalehgir and Asan, Nasrallah, and Mesrabadi, Javad. (2014). Comparison of social skills, impatience and sleep problems in students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and normal students. *Urmia Medical Journal*, (12) 25, P. 1067-1075.
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of DSM-5 Psychiatric Disorders*; Translation by Hamiyak Avadisnyans, Hasan Hashemiminabad and Davood Arabghahestani. Tehran: Roshd Publication.
- Abedi, Ahmad, and Shahmiveh Esfahani, Arezoo, and Momeni, Farzaneh, and Shahmiveh Esfahani, Yasaman. (2016). *Skills required for children to enter school*. Esfahan: Neveshteh Publication.
- Abbasi, Marzieh, and Neshat Dost, Hamid Taher. (2013). The Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy on Reduction of Oppositional Defiant Disorder Symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, (3) 5, P. 59-68.
- Abdi, beheshteh. (2008). Social skills and behavioral problems in Iranian pre-school children. *Quarterly Journal of Transformational Psychology*, Year 4, No. 16, P. 333-342.
- Ali Akbari, Noushafarin, and Abolqasemi, Abbas, and Atadokht, Akbar, and Nirumand somae, Behnam. (2015). The Effectiveness of Parent-Child Relationship Therapy on Increasing the Social Skills of Pre-School Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Personality and Individual Differences Quarterly*, (7) 4, P. 47-63.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guil Ford.
- Benjet, C., & Kazdin, A. E. (2003). Spanking children: the controversies, findings, and new directions. *Clinical psychology review*, 23, 197-224.

- Barghi Irani, Ziba, Bakhti, Mojtaba, and Beigiyan Kolehmarz, Mohammad Javad. (2015). The Effectiveness of Training Social Skills Based on Cognitive Process on Social Well-being, Emotional, Psychological and Reducing Symptoms of Children's Disorder. *Journal of Social Cognition*, (1) 4, P. 157-176.
- Bahamin, Masoumeh, Kourosniya, Maryam (2017). The Mediating Role of Loneliness in The Relationship Between Social Skills and Social Adjustment among Adolescents, *Psychological methods and models*, year 8, No. 3, p. 253-268.
- Choubdari, Asgar, Kazemi, Farangis, and Shahla, Pezeshk. (2016). Effectiveness of Reality Therapy Method on Reducing Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Male Students. *Quarterly Journal of Psychology of Exceptional Persons*, Year 6, No. 21, P. 137-154.
- Daly, B.P., Creed, T., Xanthopoulos, M., Brown, R.T. (2007). Psychosocial treatments for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology Review*, 17, 37-89.
- Darling, N. (1999). Parenting style and its correlates, ERIC digests. ERIC clearing house on elementary and early childhood education Champaign IL.
- Denault, A. S., & Déry, M. (2014). Participation in Organized Activities and Conduct Problems in Elementary School the Mediating Effect of Social Skills. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1063426614543950.
- Dishion, T. J., & Kavanagh, K. (2003). Intervening in adolescent problem behavior: A family-centered approach. New York: Guilford press.
- Forrester, M. A. (2009). The development of young children's social- cognitive skills (essays in developmental psychology). New York: Psychology press.
- Farhangi, Abdul Hassan, and Abdul Aliyan, Maryam. (2016). The Effectiveness of Social Skills Training on Self-Concept and Anxiety Sensitivity of Students with Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, Volume 5, No. 4, P. 43-58.
- Gresham, F.M., & Ellit, S.N. (1990). Social Skill Rating system Manual. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Ghazanfari, Firoozeh, Hosseini Ramaghani, Nasrin Sadat, and Moradiyani Giroud, Seyed Khadijeh, Mehrabi, Mahnaz, and Panahi, Hadi. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Parenting program on The General Health of Mothers Who Have Children With Oppositional Defiant disorder. *Urmia Medical Journal*, 27 (7), P. 629-641.
- Ghodrati Mirkoohi, Mehdi, and Sharifi daramadi, Parviz, and Abdollahi Bagherabadi, Qasim. (2015). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy, Based on Parents' Training on Oppositional Defiant Disorder Symptoms. *Exceptional Persons Quarterly*, Vol. 5, No. 22, P. 1-24.
- Gharaei, Nafiseh, and Fathabadi, Jalil. (2013). The Effectiveness of Puppet Play Therapy on Improving Social Skills in Pre-School Children Suffering Down Syndrome. *Quarterly Journal of Applied Psychology*. Year 7, No. 2, Successive 26, P. 25-40.
- Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). Acceptance and commitment therapy. American Psychological Association.
- Huang, Y., Chung, CH., Ou, H., Chen, R-F., Pan, Y-J., Liu, SH. (2015). Treatment effects of combining social skill training and parent training in

- Taiwanese children with attention deficit. *Journal of the Formosan Medical Association*, Volume 114, Issue 3, Pages 260-267.
- Harji, It, and Sanders, Christine, and Dixon, David. (2011). *Social skills in interpersonal communication*, translation by Khashayar Beigi and Mehrdad Firuzbakht. Tehran: Roshd Publications.
- Jamali Paghaleh, Somayeh, and Abedi, Ahmad, and Nazari Badie, Marzieh and Mirzaee Rad, Reza. (2013). The Comparison of the Effectiveness of Emotional Social Learning Program and Social Problem Solving Education on the Reduction of Oppositional Defiant Disorder Symptoms (Parental Assessment). *Clinical Psychology quarterly*, 12 (3), P. 43-70.
- Johari Fard, Reza. (2015). *The guide to the implementation of a chronicle form and clinical interview*. Ahvaz Islamic Azad University, Clinical Psychology Department.
- Kazdin, A. E. (1996). Combined and multimodal treatments in child and adolescent psychotherapy: Issues, challenges, and research directions. *Clinical psychology: science and practice*, 3, 69-100.
- Kim, M. J., Doh, H. S., Hong, J. S., & Choi, M. K. (2011). Social skills training and parent education programs for aggressive preschoolers and their parents in South Korea. *Child Youth Services*, 33(6): 838-845.
- McMahon, R. J., & Forehand, R. L. (2003). *Helping the noncompliant child: family-based treatment for oppositional behavior* (2nd Ed.). New York: Guilford.
- Matthews, Walter, and Lachman, John. (2014). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in childhood*, translated by Parviz Sharifi Daramadi, Mehdi Ghodrati, Mohammad Reza Shahi and Ziba Shakour Sefat Seddiqi, First Edition, Tehran: Avaya Noor Publications.
- Murshid, Narges, and Davoudi, Iran, and Babamiri, Mohammad. (2015). The Effectiveness of Group Therapy on The Symptoms of Oppositional Defiant Disorders Among Children. *Journal of Education and Public Health*, 2 (3), P. 12-18.
- Mesh, Eric. Jay, and Woolf, David A. (2017). *Child Psychology*; Translation by Mohammad Mozaffari Maki-Abadi and Asghar Foula Al-Din Adl, Tehran: Roshd Publications.
- Mohammadlu, Hadi, and Ghorbanian, Elham, and Khanbani, Mehdi. (2015). The Effectiveness of Teaching Social-Cognitive Skills on Reducing Symptoms of Students' Oppositional Defiant Disorders. *Quarterly Journal of Applied Psychology*, Vol. 9, No. 3, S. 35, P. 99-113.
- Ratcliffe, B., Wong, M., Dossetor, & Hayes, S. (2014). Teaching social-emotional skills to school-aged children with Autism Spectrum Disorder: A treatment versus control trial in 41 mainstream schools. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(12), 1722.
- Rey, J. M. (2012). *Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. IACAPAP, Geneva. Section D, D2.
- Radfar, Shokoofeh, and Molazamani, Fatemeh, and Kavei, Susan. (2016). Comparison of the Effectiveness of Two Adoption / Commitment Therapies and Dialectical

- Behavioral Therapy on Oppositional Defiant Disorder in a Military Hospital. *Quarterly Journal of Military Psychology*, Volume 7, No. 25, P. 5-19.
- Schaefer, C. E. (2009). Play therapy for preschool children. American Psychological Association (Ends). Vol. 1, American psychological association publication.
- Scott, N., & Seglow, J. (2007). Altruism. Open University Press.
- Steiner, H., & Rensing, L. (2007). "Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1):126-41.
- Saduk, Benjamin, and Saduk, Virginia, and Rues, Pedro. (2016). Summary of Psychology by Kaplan and Saduk (Behavioral Science / Clinical Psychiatry), translated by Mehdi Ganji. Tehran: Savalan Publication.
- Soleimani, Ismail, and Zahed Babelan, Adel and Farzaneh, Jebrael, and Sotoudeh, Mohammad Bagher. (2011). Comparison of emotional deficits and social skills in students with learning disabilities and normal. *Journal of Learning Disabilities*, Year 1, No. 1, P. 78-93.
- Sohrabi, Faramarz, and Asadzadeh, Hassan, and Arabzadeh Kupani, Zohreh. (2014). The Effect of Parental Education on the Reduction of Symptoms of Oppositional Defiant Disorder in Pre-school Children. *School Psychology Magazine*, Volume 3, No. 2, P. 82-103.
- Sharifi daramadi, Parviz, and Yegian Kolehmarz, Mohammad, and Padarand, Hafez. Gravand, Farshid. (2013). The Effectiveness of Impulse Control Training on Impulsivity and Improvement of Symptoms of Students with Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 5 (4), P. 42-29.
- Sadri Demirchi, Ismail, and Ismaili Ghazi Volouei, Fariba. (2016). The Effectiveness of Teaching Social-Emotional Skills on Cognitive Emotion Regulation and Social Skills of Children with Special Learning Disorders. *Journal of Learning Disabilities*, Volume 5, No. 4, P. 59-86.
- Sadri, Maryam, Zare Bahramabadi, Mehdi and Ghiasi, Mahnaz. (2016). The Effectiveness of Attachment-Based Treatment and Social Skills in Children with Oppositional Defiant Disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 3 (2), P. 21-30.
- Safari, Soheila, Faramarzi, Salar, and Abedi, Ahmad. (2012). The Effectiveness of Cognitive-behavioral Play Therapy on Reducing Symptoms of Oppositional Defiant Disorder in Students. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 4, No. 4, P. 1-11.
- Tiggs, P.L. (2010). Play therapy techniques for African American elementary school-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders. [Dissertation]. Capella University.
- VanVugt, E.S., Deković, M., Prinzie, P., Stams, G.J.J.M., & Asscher, J.J. (2012). Evaluation of a group-based social skills training for children with problem behavior, *Children and Youth Services Review*, In Press, Corrected Proof.
- Vanwagner, K. (2008). Attachment theory. Available online at:<http://www.psychologyAbout.Com.info/attachment>. Zarei, Asieh. (2008). The Effectiveness of Social Skills on Reducing Oppositional Defiant Disorder among 9-11 year-old male students in Mashhad. Master's Thesis, Allameh Tabataba'i University.

Yarmohamadian, Ahmad, Ghaderi, Zahra, Cgavoshifar, Nasim (1390).The Effectiveness of Parental Skills Training on 4to6-year-old Pre-school children's behavioral problems, Psychological methods and models, Year 2, No. 6, p.17-32.

