

مقایسه اثربخشی آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اصفهان

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۷/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۱۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۶/۲۶

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۴/۱۱

چکیده

هدف از انجام تحقیق حاضر مقایسه اثر بخشی آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. روش: تحقیق حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون پیگیری با گروه کنترل و به لحاظ هدف کاربردی بود. جامعه آماری این تحقیق مادران دارای کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند که به روش هدفمند ۶۰ نفر از آنان انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند. ابزار تحقیق پرسشنامه‌های علائم مرضی کودکان CSI-۴ بود. اندازه‌گیری‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون (پس از ۸ هفته مداخله‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین) و پیگیری (پس از ۳ ماه از تاریخ پس‌آزمون) انجام شد. داده‌های پژوهش به روش تحلیل واریانس چند متغیره و تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد آموزش تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین تاثیر معناداری بر نافرمانی مقابله‌ای کودکان، دارد ($P=0/001$). همچنین نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین اثر آموزش تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان ($P=0/130$) وجود دارد و تاثیر آموزش رفتاری والدین بیشتر از تاثیر آموزش تحمل آشفتگی بود. نتیجه‌گیری: بهتر است جهت کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان از پروتکل‌های آموزشی تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین استفاده شود.

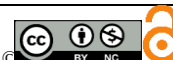
کلیدواژه‌گان: تحمل آشفتگی، آموزش رفتاری والدین، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

پریسا رضا اسکندری^۱، یوسف گرجی^{۲*}، طیه شریفی^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
۲. گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول: Yo.gorgi@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: رضا اسکندری، پریسا، گرجی، یوسف، و شریفی، طیه، (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اصفهان. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۳(۳)، ۱-۱۶.



Comparison of the Effectiveness of Distress Tolerance Skills Training and Parent Behavioral Training on Reducing Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Children With Oppositional Defiant Disorder in Isfahan

Submit Date: 2025/07/02

Revise Date: 2025/09/17

Accept Date: 2025/10/02

Publish Date: 2025/10/22

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of distress tolerance skills training and parent behavioral training on the symptoms of oppositional defiant disorder (ODD) in children diagnosed with ODD. This research was a quasi-experimental study with a pretest–posttest–follow-up design and a control group and was applied in nature. The statistical population included mothers of children aged 7 to 12 years with ODD living in Isfahan in 2023, from whom 60 participants were purposefully selected and randomly assigned to three groups of 20 each. The research instrument was the Child Symptom Inventory-4 (CSI-4). Measurements were conducted at the pretest stage, posttest stage (after 8 weeks of distress tolerance skills training and parent behavioral training interventions), and follow-up stage (3 months after the posttest). Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA) and repeated measures ANOVA with SPSS version 25. The results indicated that distress tolerance training and parent behavioral training had a statistically significant effect on reducing oppositional defiant behaviors in children ($p = .001$). Furthermore, the results revealed no statistically significant difference between the two interventions regarding their impact on ODD symptoms in children ($p = .130$). However, the effect size of parent behavioral training was greater than that of distress tolerance skills training. It is recommended to use educational protocols based on distress tolerance skills training and parent behavioral training to reduce ODD symptoms in children.

Keywords: *distress tolerance, parent behavioral training, oppositional defiant disorder*

HEALTH PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Parisa. Rezaeskandari¹, Yousef. Gorji^{2*},
Tayebeh. Sharifi¹

1. Department of Psychology, ShK.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

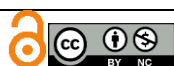
2. Department of Psychology, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.

*Corresponding
Yo.gorji@iau.ac.ir

Author's

Email:

How to cite: Rezaeskandari, P., Gorji, Y., Sharifi, T. (2025). Comparison of the Effectiveness of Distress Tolerance Skills Training and Parent Behavioral Training on Reducing Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Children With Oppositional Defiant Disorder in Isfahan. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 3(3), 1-16.



مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional Defiant Disorder; ODD) یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلال‌های برون‌نمود در دوران کودکی است که الگوی پایدار خلق تحریک‌پذیر، رفتار مجادله‌جویانه، کینه‌توزانه و نافرمانی مستمر در برابر اقتدار والدین و معلمان را نشان می‌دهد (American Psychiatric, 2022). این اختلال معمولاً در سنین پیش‌دبستانی و دبستانی تظاهر می‌یابد و شیوعی بین ۲ تا ۱۶ درصد در کودکان گزارش شده است (Lopez et al., 2024; Matthys & Lochman, 2017). پیامدهای ODD محدود به رفتارهای ناسازگارانه کودک نیست، بلکه با مشکلات عاطفی، تحصیلی، روابط همسالان، و افزایش خطر ابتلا به اختلالات شدیدتر مانند اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالی همراه است (George & Laitano, 2023; Gomez & Stavropoulos, 2019; Waldman et al., 2021).

مطالعات گسترده‌ای نشان می‌دهند که تعاملات منفی والد-کودک یکی از عوامل کلیدی در تداوم و تشدید نشانه‌های ODD است (Lin et al., 2020; Roubinov et al., 2016). سبک‌های فرزندپروری نامنظم، فقدان تقویت مثبت رفتار مطلوب و استفاده از تنبیه‌های ناپایدار، زمینه را برای رشد رفتارهای مقابله‌ای و پرخاشگرانه فراهم می‌سازد (Moharramzadeh et al., 2023; Morshedi et al., 2015). از سوی دیگر، سلامت روانی والدین، به‌ویژه مادران که اصلی‌ترین مراقب کودک هستند، تأثیر چشمگیری بر سازگاری رفتاری و هیجانی فرزندان دارد (Foroutan et al., 2018; Kheiri et al., 2018). در این میان، مادران کودکان مبتلا به ODD معمولاً دچار استرس والدینی، احساس ناتوانی و فرسودگی عاطفی می‌شوند و این وضعیت می‌تواند چرخه‌ای معیوب از تعارض و ناکارآمدی را در خانواده ایجاد کند (Aghili & Kashiri, 2022).

یکی از رویکردهای مبتنی بر شواهد در درمان ODD، آموزش رفتاری والدین (Parent Behavioral Training; PBT) است که بر اصول رفتاردرمانی شناختی استوار بوده و به والدین می‌آموزد چگونه رفتارهای مثبت کودک را تقویت و رفتارهای ناسازگارانه را مدیریت کنند (Fawadi, 2023; Ghodrati Mirkouhi et al., 2016). برنامه‌های آموزش والدین باعث می‌شوند والدین با درک محرک‌ها و پیامدهای رفتارهای نامطلوب کودک، از شیوه‌های توجه مثبت، تحسین کلامی، سیستم پاداش‌دهی و تکنیک‌های انضباطی مؤثر بهره‌گیرند (Salagi et al., 2023; Tatleri et al., 2023). تحقیقات نشان داده‌اند که اجرای این برنامه‌ها نه تنها نشانه‌های ODD را کاهش می‌دهد بلکه کیفیت رابطه والد-کودک را بهبود می‌بخشد و سازگاری خانوادگی را تقویت می‌کند (Cova et al., 2020; Dahiya et al., 2022). برای نمونه، آموزش مدیریت والدین از راه دور در محیط‌های روستایی و شهری نیز موفق به بهبود رفتار کودک و افزایش خودکارآمدی والدین شده است (Dahiya et al., 2022).

در کنار مداخلات رفتاری، آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی (Distress Tolerance Skills; DTS) به عنوان بخشی از رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است (Veilleux, 2019). تحمل آشفتگی توانایی فرد در ماندن و ادامه دادن عملکرد در شرایط هیجانی دشوار بدون انجام رفتارهای تکانشی یا آسیب‌زا است و درک و افزایش این ظرفیت می‌تواند از تشدید واکنش‌های منفی والدین و انتقال تنش به کودکان جلوگیری کند (Gholizadeh & Haroon Rashidi, 2024; Safikhni Gholizadeh et al., 2024). هنگامی که والدین، به‌ویژه مادران، می‌آموزند در مواجهه با رفتارهای چالش‌برانگیز فرزند خود واکنش‌های هیجانی شدید را کنترل کنند، قادر خواهند بود پاسخ‌های آرام، منطقی و مؤثر ارائه دهند که زمینه را برای اصلاح رفتار کودک مهیا می‌کند (Dashtban Zadeh Nushabadi et al., 2024; Mottaqian et al., 2024). همچنین، تحمل آشفتگی با تنظیم هیجان و ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ارتباط مستقیم دارد و می‌تواند از تبدیل ODD به اختلالات شدیدتر پیشگیری کند (Aghili & Kashiri, 2022; Foroutan et al., 2018). مرور پژوهش‌های داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهد که آموزش رفتاری والدین و مداخلات هیجانی مانند تکنیک‌های تحمل آشفتگی هر دو در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثر هستند. به عنوان مثال، پژوهش تاتلاری و همکاران (Tatleri et al., 2023) نشان داد که بازی درمانی

مبتنی بر رابطه والد-کودک و آموزش مدیریت والدین در کاهش نشانه‌های ODD و افزایش تاب‌آوری کودکان تفاوت معناداری ندارند و هر دو مفید هستند. سلگی و همکاران (Salagi et al., 2023) نیز بر ماندگاری اثر آموزش‌های والدگری بر کیفیت روابط والد-کودک تأکید کرده‌اند. فوادی (Fawadi, 2023) در مطالعه‌ای داخلی اثربخشی مثبت و پایدار آموزش والدین در کاهش علائم نافرمانی را گزارش کرد. در حوزه بین‌المللی نیز کووا و همکاران (Cova et al., 2020) با بررسی برنامه‌های آموزشی والدین در شیلی دریافتند که این مداخلات منجر به کاهش معنادار مشکلات رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی می‌شود.

در همین راستا، پژوهش‌های جدید به اهمیت ترکیب رویکردهای رفتاری با آموزش‌های عاطفی و مهارت‌های تنظیم هیجان تأکید دارند. برای مثال، تحقیقات نشان داده‌اند که مادرانی که آموزش تحمل پریشانی دریافت می‌کنند، در مواجهه با تعارض‌های خانوادگی و رفتارهای چالش‌برانگیز فرزندان کمتر واکنش تکانشی دارند و بهتر می‌توانند راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه به کار گیرند (Safikhni Gholizadeh et al., 2024; Veilleux, 2019). همچنین آموزش مهارت‌های رفتاری و شناختی به والدین می‌تواند سطح استرس و فشار روانی آن‌ها را کاهش دهد (Foroutan et al., 2018; Kheiri et al., 2018) و مانع از تداوم چرخه تعارضات والد-کودک شود (Moharramzadeh et al., 2023).

اگرچه پژوهش‌های متعددی به بررسی اثربخشی برنامه‌های آموزشی والدین و مداخلات عاطفی پرداخته‌اند، مقایسه مستقیم و نظام‌مند این دو رویکرد در بستر فرهنگی ایران و در جمعیت مادران کودکان دبستانی با ODD هنوز محدود است. بسیاری از تحقیقات یا صرفاً بر آموزش والدین تمرکز کرده‌اند (Fawadi, 2023; Ghodrati Mirkouhi et al., 2016) یا صرفاً مهارت‌های هیجانی مانند تحمل آشفتگی را مورد ارزیابی قرار داده‌اند (Aghili & Kashiri, 2022; Veilleux, 2019). از سوی دیگر، سبک‌های فرزندپروری سنتی و تفاوت‌های فرهنگی ممکن است بر میزان کارآمدی این مداخلات تأثیرگذار باشند و تعمیم یافته‌های جهانی به زمینه بومی ایران نیازمند بررسی دقیق است (Chiarenza et al., 2018; Lopez et al., 2024).

پژوهش حاضر با هدف پر کردن این خلأ علمی و کاربردی، اثربخشی دو رویکرد «آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی» و «آموزش رفتاری والدین» را در کاهش نشانه‌های ODD در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله بررسی می‌کند.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل است. همچنین پژوهش به لحاظ هدف کاربردی است. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت چندمرحله‌ای انجام شد. در گام نخست، با استفاده از مقیاس غربالگری علائم مرضی کودکان (DSM-IV، نسخه والدین) که به صورت الکترونیکی در اختیار مدارس شهر اصفهان قرار گرفت و سپس مصاحبه بالینی با افرادی که نمره بالا در اختلال نافرمانی گرفته بودند، کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در شهر اصفهان شناسایی شدند (نمونه‌گیری هدفمند). سپس از میان مادران این کودکان، افرادی که تمایل به همکاری در پژوهش داشتند، به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. در نهایت، تعداد ۶۰ نفر از این مادران به روش تصادفی ساده در سه گروه مساوی:

۱. گروه آزمایش آموزش تحمل آشفتگی (۲۰ نفر)
۲. گروه آزمایش آموزش رفتاری والدین (۲۰ نفر)
۳. گروه کنترل (۲۰ نفر)

تخصیص داده شدند.

استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده در مرحله تخصیص به گروه‌ها به پژوهشگر این امکان را داد که هر یک از مادران واجد شرایط، شانس برابر برای قرار گرفتن در هر یک از گروه‌ها داشته باشند. این امر باعث کاهش احتمال سوگیری، افزایش اعتبار درونی پژوهش و ایجاد همسانی نسبی بین گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای مداخله‌گر احتمالی شد.

انتخاب تعداد ۲۰ نفر برای هر گروه نیز با هدف حفظ تجانس و دستیابی به توان آماری مناسب صورت گرفت تا بتوان تفاوت‌های میان گروه‌ها را به‌طور معنادار بررسی کرد. تقسیم کل نمونه (۶۰ نفر) به سه گروه مساوی، این امکان را فراهم آورد که تأثیر هر دو نوع مداخله (تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین) با گروه کنترل مقایسه شود و نتایج معتبر و قابل استنادی حاصل گردد.

برای ورود به پژوهش، معیارهای زیر در نظر گرفته شد:

- تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودک بر اساس مقیاس غربالگری علائم مرضی کودکان (DSM-IV، نسخه والدین) و کسب نمره ۵ و بالاتر در این مقیاس.

- دامنه سنی کودک بین ۷ تا ۱۲ سال.

- سلامت جسمی و روانی مادر؛ به‌طوری که مادر مبتلا به مشکلات جسمانی یا اختلالات روان‌شناختی جدی (مانند اعتیاد، افسردگی شدید و...) نباشد.

- رضایت آگاهانه مادر برای شرکت در جلسات آموزشی و تکمیل ابزارهای پژوهش به‌صورت داوطلبانه.

- عدم دریافت مداخلات درمانی مشابه (مانند آموزش‌های والدگری یا درمان‌های رفتاری) و یا داروهای روان‌پزشکی مرتبط با اختلال نافرمانی مقابله‌ای توسط کودک یا مادر در طول دوره پژوهش.

ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش به شرح زیر تعیین شد:

- غیبت بیش از یک جلسه در جلسات مداخله.

- تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها یا ابزارهای سنجش به‌گونه‌ای که داده‌های لازم برای تحلیل فراهم نشود.

- عدم همکاری کافی والدین در فرآیند آموزش یا اجرای تکالیف خانگی.

ابزار تحقیق، پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 بود که از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روانپزشکی است که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 همانند نسخه‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سؤال است و هر یک از عبارات مذکور، در مقیاس چهار درجه‌ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات، و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود. در این پژوهش از سوالات ۱۹ تا ۲۶ پرسشنامه علائم مرضی کودکان برای غربالگری کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده شده است که پایایی آن ۰/۹۰ تعیین شده است. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. شیوه نمره برش غربال‌کننده و شیوه نمره بر حسب شدت نشانه‌های مرضی. در اکثر پژوهش‌ها به علت کارآمدی و اطمینان بیشتر، روش غربال‌کننده مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پژوهش نیز از روش نمره غربال‌کننده استفاده شد (هرگز = ۰، گاهی = ۰، اغلب = ۱، بیشتر اوقات = ۱) و کودکانی که نمره ۵ و بالاتر گرفتند دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده شدند. در این روش، شیوهی نمره‌گذاری با جمع زدن تعداد عباراتی که با گزینه‌های اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده‌اند، به دست می‌آید. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش تنصیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آمد (۲۷). روایی محتوایی پرسشنامه CSI-4 در پژوهش محمد اسماعیل (۱۳۸۳) پایایی چک لیست والدین از طریق بازآزمایی ۰/۹۰ تعیین شده است.

این مداخله بر پایه الگوی آموزش والدینی بارکلی (۲۰۱۳) طراحی و در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در ابتدای کار، جلسه پیش‌پرسش به اجرای آزمون‌های پایه و آشنایی والدین با اصول آموزش رفتاری اختصاص داشت. جلسه اول به آموزش والدین در شناسایی علل رفتارهای متمرذانه و امکان تغییر عوامل خانوادگی مولد نافرمانی پرداخت. در جلسه دوم، والدین با مهارت‌های «توجه مثبت» برای تشویق رفتارهای

مطلوب و نادیده گرفتن افتراقی رفتارهای منفی کودک آشنا شدند. جلسه سوم به افزایش پیروی کودک و ارتقای بازی و فعالیت مستقل اختصاص یافت و والدین تمرینات خانگی برای دستورات روشن و نظارت بر رفتار کودک انجام دادند. در جلسه چهارم، نظام ژتونی و امتیازدهی به عنوان روش تقویت رفتار مثبت آموزش داده شد و والدین فهرست رفتارهای هدف و پاداش‌ها را تهیه کردند. جلسه پنجم بر محروم‌سازی ایمن و سایر روش‌های انضباطی متمرکز بود تا والدین بتوانند به شکل ساختاریافته با بدرفتاری‌ها برخورد کنند. در جلسه ششم، والدین یاد گرفتند چگونه تکنیک محروم‌سازی را به دیگر رفتارهای نامطلوب تعمیم دهند و موانع اجرای صحیح آن را رفع کنند. جلسه هفتم به مدیریت رفتار کودکان در مکان‌های عمومی با استفاده از راهبرد چهارمرحله‌ای «بلند فکر کردن و پیش‌اندیشی» اختصاص یافت. در جلسه هشتم والدین برای مواجهه با مشکلات رفتاری آینده آماده شدند و آموختند چگونه از مهارت‌های کسب‌شده در موقعیت‌های جدید استفاده کنند. در نهایت، جلسه نهم به توان‌افزایی، مرور تمام تکنیک‌های آموزش داده‌شده، ارزیابی پیشرفت، اصلاح خطاها و برنامه‌ریزی برای تداوم یا توقف سیستم‌های خانگی و نیاز احتمالی به درمان‌های مکمل اختصاص یافت.

این مداخله با الهام از منابع معتبر رفتاردرمانی دیالکتیک (لینهان، ۲۰۱۵) و ترجمه فارسی کتاب «تحمل پریشانی: نظریه، پژوهش و کاربردهای بالینی» (زولنسکی و همکاران، ۲۰۱۱) و تأیید متخصصان حوزه سلامت روان تدوین شد و طی ۸ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای برگزار گردید. جلسه مقدماتی به اجرای پیش‌آزمون و معرفی اهداف برنامه اختصاص داشت. در جلسه اول، شرکت‌کنندگان مهارت «توجه‌برگردانی» را آموختند تا در شرایط تنش‌زا تمرکز خود را به فعالیت‌های لذت‌بخش یا مفید معطوف کنند. جلسه دوم با تمرکز بر شناسایی عوامل ایجاد آشفتگی و مقایسه واکنش‌های فردی با دیگران به کشف شیوه‌های آرام‌سازی خلاقانه پرداخت. جلسه سوم به «خودآرام‌سازی با حواس پنجگانه» از طریق دیدن مناظر آرامش‌بخش، شنیدن موسیقی، بوهای مطبوع، لمس آرام‌بخش و نوشیدنی‌های آرام‌کننده اختصاص یافت. در جلسه چهارم، فنون «بهبود لحظه» و تمرکز بر زمان حال آموزش داده شد تا افراد از درگیری ذهنی با گذشته و آینده رها شوند. جلسه پنجم به معنا درمانی و یافتن اهداف شخصی برای افزایش ظرفیت تحمل رنج پرداخت. در جلسه ششم، «معنویت‌درمانی» و استفاده از نیروی ایمان و دعا برای تحمل شرایط دشوار تمرین شد. جلسه هفتم به ارزیابی روش‌های تخلیه هیجان و جایگزینی رفتارهای سازگارانه پرداخت و در نهایت، جلسه هشتم بر تحلیل سود و زیان تحمل و عدم تحمل آشفتگی و درک پیامدهای هر دو حالت تمرکز داشت تا افراد با پذیرش هیجانات دشوار و استفاده از مهارت‌های آموخته‌شده به سازگاری بهتر برسند.

آموزش‌ها به صورت الکترونیکی در بستر فضای مجازی انجام شد. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی برای توصیف و دسته‌بندی اطلاعات از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی چون فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد برای ارائه وضعیت متغیرهای پژوهش استفاده شد. در سطح استنباطی نیز پس از بررسی پیش فرض توزیع نرمال داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، در صورت تایید پیش فرض نرمال بودن داده‌ها، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. لازم به ذکر است کلیه تجزیه و تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS 25 در سطح معناداری $\alpha = 0.05$ انجام شد.

یافته‌ها

آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) برای متغیر وابسته نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای اولین یافته‌های تحقیق حاضر، اطلاعات فردی نمونه‌های پژوهش (سن و تحصیلات) است. نتایج در جدول شماره ۲ درج شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه تحقیق

متغیر	آماره	تعداد	درصد
سن	کمتر از ۳۰ سال	۱۵	۲۵
	۳۰ تا ۳۵ سال	۲۰	۳۳/۳

۳۰	۱۸	۳۶ تا ۴۰ سال
۱۱/۷	۷	بالتر از ۴۰ سال
۲۳/۳	۱۴	دپلم و پایین تر
۴۸/۳	۲۹	کارشناسی
۲۸/۳	۱۷	کارشناسی ارشد و بالاتر

پس از توصیف متغیرهای تحقیق و بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها که در جدول ۳ گزارش شده، فرضیه تحقیق، مورد آزمون قرار گرفت.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیر نافرمانی مقابله‌ای

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		(میانگین+انحراف استاندارد)	(میانگین+انحراف استاندارد)	(میانگین+انحراف استاندارد)
نافرمانی	آموزش رفتاری والدین	۶/۲۵ ± ۱/۲۹۲	۵/۶۵ ± ۱/۲۶۸	۴/۳۰ ± ۱/۱۷۴
مقابله‌ای	تحمل آشفتگی	۶/۳۵ ± ۱/۰۸۹	۵/۴۰ ± ۱/۲۷۳	۴/۵۵ ± ۱/۰۵۰
	کنترل	۶/۱۰ ± ۱/۱۶۵	۶/۰۵ ± ۱/۰۹۹	۵/۸۵ ± ۰/۹۸۸

فرضیه تحقیق: بین میزان اثربخشی آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون کرویت موجلی

اثرات بین گروهی	آماره موجلی	کای	اسکوئر	درجه آزادی	سطح	اپسیلون	کرانه پایین
		تقریبی			معناداری	گرین-هوس-گیسر	هوی-فلت
زمان	۰/۹۸۳	۰/۹۵۱	۲		۰/۶۲۱	۰/۹۸۳	۱/۰۰۰

در جدول زیر تأثیرگذاری آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مشخص شده است. با توجه به تأیید فرض کرویت در آزمون قبل، برای بررسی اثرات درون گروهی از سطر اول (کرویت فرض شده) استفاده می‌شود. مطابق با ستون مربوط به سطح معناداری برای همه آماره‌های آزمون اثرات درون گروهی، فرض صفر رد شده و تأثیر درون گروهی آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان به خوبی مشخص می‌شود.

جدول ۴. تأثیرگذاری آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین روی متغیر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان

منبع	نوع	مجموع	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	مربع اتای جزئی
	مربعات						
زمان	کرویت فرض شده	۸۳/۳۷۸	۲	۴۱/۶۸۹	۱۴۱/۳۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۳
	گرین هوس-گیسر	۸۳/۳۷۸	۱/۹۶۷	۴۲/۳۹۱	۱۴۱/۳۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۳
	هوی-فلدت	۸۳/۳۷۸	۲	۴۱/۶۸۹	۱۴۱/۳۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۳
	کران پایین	۸۳/۳۷۸	۱	۸۳/۳۷۸	۱۴۱/۳۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۳
زمان × گروه	کرویت فرض شده	۳۶/۹۸۹	۴	۹/۲۴۷	۳۱/۳۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴
	گرین هوس-گیسر	۳۶/۹۸۹	۳/۹۳۴	۹/۴۰۳	۳۱/۳۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴
	هوی-فلدت	۳۶/۹۸۹	۴	۹/۲۴۷	۳۱/۳۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴
	کران پایین	۳۶/۹۸۹	۲	۱۸/۴۹۴	۳۱/۳۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴

در جدول زیر روند تغییرات میانگین در نوبت‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است. مطابق با نتایج این جدول الگوی مربعی را برای روند تغییرات میانگین می‌توان پذیرفت.

جدول ۵. روند تغییرات میانگین نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای قبل و بعد از آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری

والدین						
منبع: آموزش	نوع مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	مربع اتای جزئی
زمان	خطی	۱	۸۳/۳۳۳	۲۵۰/۶۶۰	۰/۰۰۱	۰/۸۱۵
	مربعی	۱	۰/۰۴۴	۰/۱۷۳	۰/۶۷۹	۰/۰۰۳
زمان × گروه	خطی	۲	۳۸/۷۱۷	۱۸/۳۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰
	مربعی	۲	۰/۲۷۲	۰/۱۳۶	۰/۵۹۲	۰/۰۱۸

جدول زیر به بررسی اثرات بین گروهی نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداخته است. با توجه به نتایج به دست آمده اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بین گروه‌های پژوهش در نوبت‌های اندازه‌گیری باهم تفاوت دارند ($p = ۰/۰۰۲$).

جدول ۶. آزمون اثرات بین گروهی نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای

منبع	مجموع مربعات نوع سوم	درجه آزادی	مجذور میانگین	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات جزئی اینتا
ثابت	۵۲۲۷/۲۲۲	۱	۵۲۲۷/۲۲۲	۱۵۱۶/۵۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۶۴
گروه	۴۸/۳۱۱	۲	۲۴/۱۵۶	۷/۰۰۸	۰/۰۰۲	۰/۱۹۷
خطا	۱۹۶/۴۶۷	۵۷	۳/۴۴۷			

در ادامه برای تعیین تفاوت بین نوبت‌های اندازه‌گیری پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر گزارش شده است. همانطور که در ستون سطح معناداری مشاهده می‌شود، میانگین نمرات نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پیش آزمون تفاوت معناداری با نمرات پس آزمون ($p = ۰/۰۰۱$) و پیگیری ($p = ۰/۰۰۱$) دارد و میانگین نمرات نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پس آزمون و پیگیری پایین تر از میانگین نمرات نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پیش آزمون می‌باشد که نشان می‌دهد نمرات اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پس آزمون و پیگیری کاهش معناداری نسبت به پیش آزمون داشته است. همچنین میانگین نمرات نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پس آزمون با گروه پیگیری ($p = ۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری دارد و میانگین نمرات نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیگیری پایین تر از میانگین نمرات نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پس آزمون می‌باشد که نشان می‌دهد نمرات اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پیگیری کاهش معناداری نسبت به پس آزمون داشته است. این نتایج نشان از ماندگاری اثربخشی آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پیگیری می‌باشد.

جدول ۷. مقایسه‌های نمرات نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نوبت‌های اندازه‌گیری با اصلاح بونفرونی

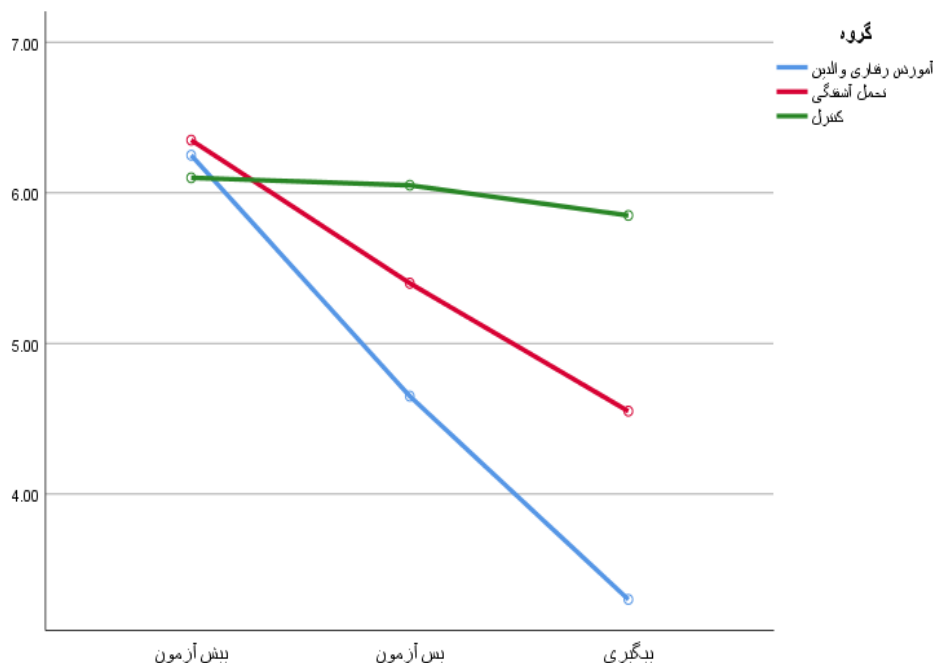
متغیر	گروه (I)	گروه (J)	میانگین تفاوت‌ها- (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
نشانه‌های اختلال	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۸۶۷	۰/۰۹۵	۰/۰۰۱
نافرمانی مقابله‌ای	پیش آزمون	پیگیری	۱/۶۶۷	۰/۱۰۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۸۰۰	۰/۰۹۷	۰/۰۰۱

همچنین برای تعیین تفاوت بین گروه های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴-۱۳ گزارش شده است. همانطور که در ستون سطح معناداری مشاهده می-شود، میانگین نمرات گروه آموزش رفتاری والدین تفاوت معناداری با گروه کنترل دارد ($p = 0/001$) و میانگین نمرات گروه آموزش رفتاری والدین پایین تر از میانگین نمرات گروه کنترل می باشد که نشان می دهد نمرات اختلال نافرمانی مقابله ای در گروه آموزش رفتاری والدین کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است اما میانگین نمرات گروه آموزش رفتاری والدین با گروه تحمل آشفتگی ($p = 0/130$) و گروه تحمل آشفتگی با گروه کنترل ($p = 0/300$) تفاوت معناداری ندارد.

جدول ۸. مقایسه های دوتایی نمرات نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای با اصلاح بونفرونی

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	میانگین تفاوت ها-I (J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
نشانه های اختلال	آموزش رفتاری والدین	تحمل آشفتگی	-0/700	0/339	0/130
نافرمانی مقابله ای	آموزش رفتاری والدین	کنترل	-1/267	0/339	0/001
	تحمل آشفتگی	کنترل	-0/567	0/339	0/300

در نمودار ۱ روند تغییرات میانگین متغیر نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای ارائه شده است. مطابق این نمودار مقدار نمرات نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در گروه کنترل در سطح بالایی قرار دارد و اما در گروه های آموزش تکنیک های تحمل آشفتگی و آموزش رفتاری والدین مقادیر نمرات نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در پس آزمون و پیگیری کاهش معناداری پیدا می کند که مقدار کاهش در گروه آموزش رفتاری والدین بیشتر است.



شکل ۱. روند تغییرات نمرات نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله «آموزش تکنیک های تحمل آشفتگی» و «آموزش رفتاری والدین» به طور معناداری در کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای (ODD) در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مؤثر بوده اند، اما تفاوت معناداری میان دو روش مشاهده نشد.

این یافته از یک سو بیانگر آن است که هر دو رویکرد درمانی قابلیت کاهش رفتارهای چالش برانگیز و ناسازگارانه کودکان را دارند و از سوی دیگر نشان می‌دهد که پایه‌های نظری و فرایندهای تغییر در این دو نوع آموزش تا حدی مشابه است و در نهایت به نتایج رفتاری نزدیک به هم منجر می‌شود. این همگرایی با مدل‌های مفهومی اختلال ODD که تعامل هیجان، شناخت و رفتار والدین و کودک را در ایجاد و تداوم نشانه‌ها دخیل می‌دانند همخوانی دارد (American Psychiatric, 2022; Matthys & Lochman, 2017).

نتایج حاضر با بخشی از پژوهش‌های پیشین همسو است. تاتلاری و همکاران گزارش کردند که بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و آموزش مدیریت والدین هر دو در کاهش علائم ODD و افزایش تاب‌آوری مؤثر بوده و تفاوت معناداری میان آن‌ها مشاهده نشد (Tatlari et al., 2023). یافته‌های سلگی و همکاران نیز نشان داد که آموزش مدیریت والدین و آموزش مبتنی بر رابطه والد-کودک هر دو سبب بهبود روابط والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری شدند، هرچند آنان میزان ماندگاری اثر برنامه مدیریت والدین را در برخی شاخص‌ها بیشتر یافتند (Salagi et al., 2023). همچنین فوادی نشان داد که آموزش رفتاری والدین به طور معناداری نشانه‌های نافرمانی و لجبازی را در کودکان کاهش می‌دهد (Fawadi, 2023). این نتایج هم‌راستا با داده‌های بین‌المللی است؛ به‌طور مثال کووا و همکاران در مطالعه‌ای بر روی والدین کودکان پیش‌دبستانی در شیلی نشان دادند که آموزش‌های والدینی نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری دارند (Cova et al., 2020) و داهیا و همکاران نیز گزارش کردند که حتی مداخلات والدگری از راه دور می‌توانند در بهبود رفتارهای کودکان و افزایش شایستگی والدین مؤثر باشند (Dahiya et al., 2022).

از منظر نظری، اثربخشی هر دو رویکرد به پیوند آن‌ها با اصول رفتاردرمانی شناختی و مدل‌های تنظیم هیجان برمی‌گردد. آموزش رفتاری والدین به مادران می‌آموزد چگونه تقویت مثبت رفتارهای مطلوب، نادیده گرفتن افتراقی رفتارهای منفی و استفاده از تکنیک‌های انضباطی سازنده را جایگزین الگوهای ناکارآمد قبلی کنند (Ghodrati Mirkouhi et al., 2016; Moharramzadeh et al., 2023). این امر باعث ایجاد ساختاری پایدار و قابل پیش‌بینی در خانه می‌شود که برای کودکان دارای ODD که حساس به ناکامی و تغییر هستند، آرامش‌بخش است (George & Laitano, 2023; Lopez et al., 2024). از سوی دیگر، آموزش تحمل آشفتگی به مادران کمک می‌کند در مواجهه با رفتارهای تحریک‌برانگیز فرزند واکنش تکانشی نداشته باشند، هیجانات شدید را تحمل کنند و از راهبردهای خودآرام‌سازی و تغییر تمرکز بهره‌گیرند (Aghili & Kashiri, 2022; Veilleux, 2019). این مهارت‌ها مانع از انتقال اضطراب و خشم به کودک و تشدید چرخه تعارض می‌شود و به والدین اجازه می‌دهد در شرایط دشوار ارتباطی، آرام و منطقی باقی بمانند (Gholizadeh & Haroon Rashidi, 2024; Safikhni Gholizadeh et al., 2024).

یافته‌های حاضر همچنین اهمیت مداخلات چندوجهی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در پژوهش دشتبان‌زاده نوش‌آبادی و همکاران مطرح شد، ترکیب مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک با آموزش‌های هدفمند می‌تواند کیفیت تعاملات را ارتقاء دهد و نشانه‌های ODD را کاهش دهد (Dashtban Zadeh Nushabadi et al., 2024). برنامه حاضر نیز با فراهم کردن دو مسیر متفاوت—بهبود هیجان‌تنظیمی والدین از طریق تحمل آشفتگی و بهبود مدیریت رفتاری والدین—نشان داد که هر دو راه می‌تواند به نتایج بالینی مشابهی منجر شود. این هم‌پوشانی از نظر کاربردی ارزشمند است زیرا درمانگر می‌تواند بر اساس نیازهای خاص خانواده (شدت استرس والدینی یا مشکلات رفتاری کودک) یکی از دو مسیر را انتخاب یا ترکیب کند.

در عین حال، این مطالعه با برخی نتایج متناقض نیز روبه‌رو است. به‌عنوان نمونه، سلگی و همکاران در برخی شاخص‌ها اثربخشی مدیریت والدین را بالاتر از سایر مداخلات دانستند (Salagi et al., 2023). تفاوت در سن کودکان، شدت نشانه‌ها، و بافت فرهنگی می‌تواند این اختلاف را توضیح دهد. در پژوهش حاضر تمرکز بر مادران کودکان ۷ تا ۱۲ سال بود، در حالی که در برخی مطالعات دیگر دامنه سنی متفاوت و ترکیب جنسیتی والدین متنوع بوده است. همچنین ممکن است نوع تکنیک‌های آموزش داده شده و کیفیت اجرای جلسات، مانند نظارت بر انجام تکالیف خانگی، در تفاوت نتایج نقش داشته باشد (Moharramzadeh et al., 2023).

از نظر بالینی، نتایج حاضر بر لزوم توجه به ظرفیت تحمل هیجانی والدین تأکید دارد. همان‌طور که ویلکس و همکاران نشان داده‌اند، تحمل آشفته‌گی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های کلیدی واکنش‌های رفتاری ناسازگارانه در شرایط استرس‌زا است (Veilleux, 2019). افزایش این مهارت در مادران می‌تواند چرخه تعارض و ناکامی متقابل را بشکند و تعاملات مثبت ایجاد کند. همچنین رویکرد رفتاری به والدین ابزارهای ساختاریافته‌ای مانند سیستم ژتونی، پاداش‌دهی و محروم‌سازی ایمن ارائه می‌دهد که به شکل مستقیم رفتارهای کودک را هدف قرار می‌دهد (Fawadi, 2023; Ghodrati Mirkouhi et al., 2016). این دو مسیر مکمل می‌توانند به صورت منعطف در محیط خانواده اجرا شوند و نتایج پایداری ایجاد کنند.

از منظر پیشگیری، آموزش مادران در هر دو حوزه می‌تواند از مزمن‌شدن اختلال و انتقال آن به سطوح شدیدتر پیشگیری کند. همان‌طور که جورج و لایتانو هشدار داده‌اند، عدم مداخله به‌موقع ممکن است ODD را به اختلال سلوک و سپس به اختلالات شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالی تبدیل کند (George & Laitano, 2023). تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان و اصلاح الگوهای فرزندپروری می‌تواند مسیر رشد کودک را به سمت سازگاری اجتماعی و هیجانی مطلوب تغییر دهد.

در مجموع، نتایج این مطالعه بر دو اصل اساسی تأکید می‌کند: نخست آنکه برای کاهش علائم ODD لزوماً نیاز به مداخلات پیچیده و چندلایه نیست و آموزش‌های هدفمند در دو محور هیجانی و رفتاری می‌تواند اثربخش باشد. دوم آنکه همپوشانی اثر این دو مداخله، امکان انتخاب انعطاف‌پذیر و متناسب با شرایط خانواده را برای متخصصان بالینی فراهم می‌سازد.

این پژوهش محدودیت‌هایی دارد که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرد. نخست، نمونه‌گیری صرفاً از مادران انجام شد و پدران و سایر مراقبان در مطالعه حضور نداشتند، در حالی که نقش آنان در تعامل والد-کودک و مدیریت رفتار کودک اهمیت دارد. دوم، دامنه سنی محدود (۷ تا ۱۲ سال) تعمیم نتایج به نوجوانان یا کودکان کم‌سن‌تر را دشوار می‌کند. سوم، روش نمونه‌گیری هدفمند و انتخاب شرکت‌کنندگان از یک شهر و عمدتاً از یک بافت فرهنگی خاص (اصفهان) ممکن است تنوع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را پوشش ندهد. چهارم، داده‌ها بر اساس ابزارهای خودگزارشی مادران گردآوری شد که در معرض سوگیری پاسخ‌دهی و تمایل به ارائه تصویر مطلوب از خود هستند. پنجم، مدت زمان و تعداد جلسات آموزشی محدود بود و ممکن است برای ایجاد تغییرات پایدار در برخی خانواده‌ها کافی نباشد. همچنین میزان مشارکت و انگیزه مادران در اجرای تکالیف خانگی و پیگیری توصیه‌های آموزشی متفاوت بوده و می‌تواند بر نتایج اثر گذاشته باشد.

پژوهش‌های آتی می‌توانند با استفاده از طرح‌های طولی و پیگیری‌های بلندمدت پایداری اثر این مداخلات را در گذر زمان ارزیابی کنند. همچنین گسترش نمونه به پدران، مراقبان دیگر و خانواده‌های با ساختار متفاوت (تک‌والد، خانواده گسترده) می‌تواند شناخت کامل‌تری از تأثیر مداخلات فراهم کند. مقایسه اثر ترکیب دو رویکرد (آموزش تحمل آشفته‌گی + آموزش رفتاری والدین) با اجرای منفرد هر کدام می‌تواند درباره هم‌افزایی بالقوه این دو روش شواهد جدید ارائه دهد. به‌کارگیری روش‌های چندمنبعی برای جمع‌آوری داده‌ها مانند گزارش معلمان و مشاهده بالینی مستقیم، و نیز در نظر گرفتن عوامل فرهنگی و اجتماعی در طراحی بسته‌های آموزشی برای خانواده‌های ایرانی و غیرایرانی، پیشنهاد می‌شود.

مراکز مشاوره و مدارس می‌توانند از هر دو مداخله به عنوان ابزارهای کارآمد در برنامه‌های پیشگیری و درمانی برای کودکان دارای ODD استفاده کنند. انتخاب نوع آموزش می‌تواند متناسب با نیاز خانواده‌ها باشد؛ خانواده‌هایی با مشکلات هیجانی بیشتر از آموزش تحمل آشفته‌گی و خانواده‌هایی با چالش‌های مدیریتی و رفتاری از آموزش والدین بهره‌مند شوند. همچنین طراحی دوره‌های آموزشی ترکیبی و انعطاف‌پذیر، استفاده از فناوری‌های نوین برای ارائه آنلاین جلسات، و فراهم کردن حمایت‌های روان‌شناختی جانبی برای والدین می‌تواند به بهبود اثربخشی و دسترسی بیشتر کمک کند. ادغام این برنامه‌ها در سیستم آموزشی و بهداشت روان کودک نیز می‌تواند از بروز اختلالات رفتاری شدیدتر پیشگیری نماید.

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده ها

داده ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Oppositional Defiant Disorder (ODD) is one of the most prevalent disruptive behavior disorders in childhood, defined by persistent irritability, argumentative and defiant behaviors, and vindictiveness toward authority figures (American Psychiatric, 2022). The global prevalence of ODD is estimated to range from 2% to 16% among school-age children (Lopez et al., 2024; Matthys & Lochman, 2017), and its early emergence is associated with a cascade of adverse outcomes including academic underachievement, interpersonal conflicts, peer rejection, and an increased risk of later conduct disorder and antisocial personality traits (George & Laitano, 2023; Gomez & Stavropoulos, 2019; Waldman et al., 2021). Within the family system, negative parent-child interactions—such as inconsistent discipline, harsh punishment, and low positive reinforcement—have been identified as key predictors of the onset and maintenance of ODD (Lin et al., 2016; Roubinov et al., 2020).

Parent-focused interventions, particularly behavioral parent training (BPT), have long been recognized as evidence-based treatments for disruptive behavior disorders. BPT equips parents with strategies to increase positive reinforcement, implement consistent consequences, and establish structured home environments (Ghodrati Mirkouhi et al., 2016; Moharramzadeh et al., 2023). Empirical studies show that parent training improves child compliance, reduces aggression, and enhances parent-child relationship quality (Cova et al.,

2020; Salagi et al., 2023; Tatleri et al., 2023). Additionally, research highlights that telehealth and context-adapted delivery of parent training can be effective even in underserved populations (Dahiya et al., 2022). Parallel to behavioral approaches, distress tolerance (DT) skills—derived from dialectical behavior therapy—have gained attention as protective factors against emotional dysregulation. DT refers to the capacity to endure aversive emotional states without resorting to impulsive or maladaptive responses (Veilleux, 2019). Parents with low DT may react to a child's oppositional behaviors with anger or inconsistency, exacerbating coercive cycles. Enhancing DT among caregivers can interrupt this cycle by fostering patience, emotional awareness, and adaptive coping strategies (Aghili & Kashiri, 2022; Gholizadeh & Haroon Rashidi, 2024; Safikhni Gholizadeh et al., 2024). Prior research suggests that interventions targeting DT can improve emotional regulation and interpersonal functioning among adults under stress (Dashtban Zadeh Nushabadi et al., 2024; Foroutan et al., 2018; Mottaqian et al., 2024).

Although BPT and DT skills training are both theoretically and empirically grounded, direct comparisons of their efficacy in reducing ODD symptoms are scarce, particularly within non-Western cultural contexts where parenting practices and stress profiles may differ (Chiarenza et al., 2018; Lopez et al., 2024). The current study aimed to compare the effectiveness of distress tolerance skills training and parent behavioral training in reducing ODD symptoms in children aged 7–12 years, thereby informing culturally sensitive and flexible intervention choices for clinicians and families.

Methods and Materials

This research adopted a quasi-experimental pretest–posttest–follow-up design with a control group. The statistical population comprised mothers of children aged 7 to 12 years diagnosed with ODD in Isfahan, Iran, during 2023–2024. Sixty participants were recruited purposively and randomly assigned to three groups ($n = 20$ each): distress tolerance training, parent behavioral training, and control. Inclusion criteria required a confirmed ODD diagnosis based on the Children's Symptom Inventory-4 (CSI-4), maternal psychological stability, and no concurrent psychological or pharmacological interventions.

Interventions were delivered across eight weekly 60-minute sessions for the DT group, based on dialectical behavior therapy manuals emphasizing attention-shifting, self-soothing through sensory channels, meaning-making, spirituality, and emotion regulation strategies. The BPT group received nine 60-minute sessions of structured behavioral parent training grounded in Barkley's manual, including positive attention, differential reinforcement, token economies, time-out, and behavior management in public contexts. The control group received no active intervention during the study period.

Data collection utilized the parent-report version of the CSI-4 for ODD symptoms at three time points: baseline (pretest), post-intervention (eight weeks), and follow-up (three months post-intervention). Statistical analyses were performed with SPSS v25 using multivariate analysis of variance (MANOVA) and repeated measures ANOVA to evaluate within- and between-group effects, with significance set at $\alpha = 0.05$.

Findings

Descriptive analyses revealed comparable demographic characteristics across groups, with mothers primarily aged 30–40 years and varied educational backgrounds. Baseline ODD symptom scores did not differ significantly between groups.

Repeated measures ANOVA indicated a significant main effect of time on ODD symptoms, reflecting overall improvement from pretest to posttest and follow-up. Both distress tolerance and parent behavioral training groups exhibited substantial reductions in ODD symptom severity immediately after the intervention and maintained gains at three-month follow-up, whereas the control group showed no meaningful change.

Multivariate testing (Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace, and Roy's Largest Root) consistently rejected the null hypothesis, confirming significant intervention effects. Bonferroni post hoc analyses revealed that ODD symptom means at posttest and follow-up were significantly lower than pretest in both treatment

groups. Additionally, although the parent behavioral training group showed numerically greater symptom reduction than the distress tolerance group, the between-group difference was not statistically significant. Effect size estimates (partial eta squared) indicated strong within-group effects for time ($\eta^2 \approx 0.71$) and moderate interaction effects between time and group ($\eta^2 \approx 0.52$), supporting the clinical relevance of both interventions. The follow-up data confirmed the sustainability of treatment outcomes over three months.

Discussion and Conclusion

The present study demonstrated that both distress tolerance skills training and parent behavioral training are effective, durable interventions for reducing oppositional defiant symptoms in children. The lack of a statistically significant difference between the two methods suggests that each targets critical mechanisms underpinning ODD—emotional dysregulation and coercive parent-child interactions—albeit through distinct but complementary pathways.

These findings align with previous research showing the broad efficacy of parent-focused behavioral training in improving child compliance and reducing disruptive behaviors (Fawadi, 2023; Ghodrati Mirkouhi et al., 2016; Salagi et al., 2023; Tatleri et al., 2023). Similarly, the effectiveness of distress tolerance training supports the growing body of evidence emphasizing the role of parental emotion regulation in managing child psychopathology (Aghili & Kashiri, 2022; Safikhni Gholizadeh et al., 2024; Veilleux, 2019). Enhancing parents' capacity to endure aversive emotional states may disrupt the negative reinforcement cycles that maintain oppositional behavior (Dashtban Zadeh Nushabadi et al., 2024; Gholizadeh & Haroon Rashidi, 2024).

Importantly, the cultural context of parenting in Iran underscores the value of flexible, accessible interventions. While Western models of BPT have been validated extensively, integrating distress tolerance training may resonate with families facing heightened emotional stress and stigma related to behavioral disorders (Chiarenza et al., 2018; Lopez et al., 2024). This adaptability may facilitate engagement and adherence, particularly when delivered virtually or in community settings (Cova et al., 2020; Dahiya et al., 2022).

Clinically, these findings encourage practitioners to consider both behavioral and emotional regulation components when designing family-based interventions. For families struggling with high parental stress or reactivity, DT skills may be prioritized; conversely, for those needing structured behavior management strategies, BPT remains essential. The comparable efficacy of both approaches also suggests the potential for integrative or stepped-care models that personalize treatment pathways based on family profiles.

In conclusion, this study expands the evidence base for culturally sensitive, parent-focused interventions for ODD. Both distress tolerance skills training and parent behavioral training proved effective in improving child outcomes and sustaining gains over time. These results support offering multiple, evidence-based avenues for families and mental health providers to address oppositional behavior early, preventing its escalation into more severe disorders and fostering healthier parent-child dynamics.

فهرست منابع

References

- Aghili, M., & Kashiri, S. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on intolerance of uncertainty, tolerance of turmoil and sexual function in betrayed women. *Journal of Neuroscience Shafai Khatam*, 10(3), 57-67. <https://doi.org/10.52547/shefa.10.3.57>
- American Psychiatric, A. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5)*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Chiarenza, G. A., Villa, S., Galan, L., Valdes-Sosa, P., & Bosch-Bayard, J. (2018). Junior temperament character inventory together with quantitative EEG discriminate children with attention deficit hyperactivity disorder combined subtype from children with attention deficit hyperactivity disorder combined subtype plus oppositional

- defiant disorder. *International Journal of Psychophysiology*, 130, 9-20. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2018.05.007>
- Cova, F., Rincón, P., Bustos, C., Streiner, D., King, M., Saldivia, S., & et al. (2020). Randomized cluster trial of a parenting program in Chile: Key mediators in the decrease in behavior problems in preschool children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(2), 320-332. <https://doi.org/10.1177/1359104519864124>
- Dahiya, A. V., Ruble, L., Kuravackel, G., & Scarpa, A. (2022). Efficacy of a telehealth parent training intervention for children with autism spectrum disorder: Rural versus urban areas. *Evidence Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 7(1), 41-55. <https://doi.org/10.1080/23794925.2021.1941431>
- Dashtban Zadeh Nushabadi, S., Neshat-Doust, H. T., Akrami, N., & Mehrabi, H. A. (2024). Comparing the effectiveness of a therapeutic package for oppositional defiant disorder based on parents' lived experiences and parent-child relationship-based play therapy on parent-child interaction quality and symptoms of children with oppositional defiant disorder. *Clinical Psychology Studies*, 15(54), 61-75. https://journals.atu.ac.ir/article_17468.html&ved=2ahUKEwiD-pu4t4eKAXVz5glHHaYpL-UQFnoECB0QAQ&usq=AOwAw1DnJG6MJvz1Qdhp-Nkomif
- Fawadi, F. (2023). The effectiveness of parent behavioral training program on reducing symptoms of oppositional defiant disorder in first and second grade elementary school students in Behbahan city.
- Foroutan, S., Heydari, A., Asgari, P., & Ebrahimi Moghadam, H. (2018). The effectiveness of occupational analytic psychotherapy on improving depression and communication skills in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Science*, 17(69), 611-617. https://psychologicalscience.ir/browse.php?a_id=264&sid=1&slc_lang=en
- George, M., & Laitano, J. (2023). *Interventions Available to Children and Adolescents Oppositional Defiant Disorder: A Scoping Review*. California State University, San Bernardino. <https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/1679/>
- Ghodrati Mirkouhi, M., Sharifi Daramadi, P., & Abdollahi-Baghrabadi, G. (2016). The effectiveness of cognitive-behavioral parenting training on symptoms of oppositional defiant disorder in children. *Quarterly Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 5(20), 109-123.
- Gholizadeh, S., & Haroon Rashidi, H. (2024). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Oppositional Defiant Behavior and Self-Control in Students with Substance-Dependent Parents. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 18(71), 139-164. <https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.18.71.139>
- Gomez, R., & Stavropoulos, V. (2019). Oppositional Defiant Disorder Dimensions: Associations with Traits of the Multidimensional Personality Model among Adults. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 777-792. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09663-y>
- Kheiri, H., Salehi, I., & Soltani, R. (2018). The effect of stress management training on marital satisfaction and parental stress in mothers of children with behavioral problems. *Child Mental Health*, 4(4), 3-13.
- Lin, X., Li, L., Heath, M. A., Chi, P., Xu, S., & Fang, X. (2016). Multiple levels of family factors and oppositional defiant disorder symptoms among Chinese children. *Family Process*, 57(1), 195-210. <https://doi.org/10.1111/famp.12269>
- Lopez, J., Daniels, W., & Joshi, S. (2024). Oppositional Defiant Disorder: Clinical Considerations and When to Worry. *Pediatrics in review*, 45(3), 132-142. <https://doi.org/10.1542/pir.2022-005922>
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2017). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118972519>
- Moharramzadeh, S., Taher, M., Aghaei, H., & Khanzadeh, A. (2023). The effectiveness of anger management and parenting training on response inhibition in students with oppositional defiant disorder. *Journal of Exceptional Children*, 22(4), 117-130.
- Morshedi, N., Davoudi, I., & Babamiri, M. (2015). The effectiveness of group play therapy on symptoms of stubbornness-disobedience in children. *Educ Community Health*, 2(3), 12-18. <https://doi.org/10.20286/jech-02032>
- Mottaqian, A., Poshneh, K., Alizadeh, H., & Tajalli, P. (2024). Effectiveness of the democratic parenting education program on social interest and symptoms of oppositional defiant disorder in children. *Journal of Disability Studies*, 14(10), 1-13. https://jdisabilstud.org/browse.php%3Fa_id%3D3344%26sid%3D1%26slc_lang%3Dfa%26ftxt%3D0&ved=2ahUKEwjVz4_quYeKAXWAnf0HHbgvNYAQFnoECBsQAQ&usq=AOwAw2UuLv4BHSBJUCw0-8xvU8U
- Roubinov, D. S., Boyce, W., & Bush, N. (2020). Informant-specific reports of peer and teacher relationships buffer the effects of harsh parenting on children's oppositional defiant disorder during kindergarten. *Development and Psychopathology*, 32(1), 163-174. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001499>
- Safikhni Gholizadeh, m., Haroon Rashidi, H., & Kazemian Moghadam, k. (2024). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Oppositional Defiant Behavior and Self-Control in Students with Substance-Dependent Parents. *etiadpajohi*, 18(71), 139-164. <http://etiadpajohi.ir/article-1-2972-en.html>

- Salagi, R., Bagheri, F., & Ahadi, H. (2023). Comparing the persistence of parent-child relationship education with parent management training on improving parent-child relationships (case study: children with oppositional defiant disorder). *Quarterly Scientific Journal of Educational Research*, 18(73), 1-24.
- Tatlari, F., Hakimi-Rad, E., Kashani, V., & Ebrahimpour, M. (2023). Comparing the effectiveness of play therapy education based on the parent-child relationship and parent management program education in reducing symptoms of oppositional defiant disorder and improving the resilience of these children in elementary school. *Disability Studies*, 13, 1-11.
- Veilleux, J. C. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical psychology review*, 71, 78-89. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.003>
- Waldman, I. D., Rowe, R., Boylan, K., & Burke, J. D. (2021). External validation of a bifactor model of oppositional defiant disorder. *Molecular Psychiatry*, 26(2), 682-693. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0294-z>