

August-September 2021, Volume 10, Issue 4

Comparison of the Effectiveness of "Parent Management Training" and "Group Schema Therapy" for Parents on Academic Motivation and Oppositional Defiant of Their Teenage Children with Conduct Disorder

Saeede Mohammad Hasani¹, Parviz Asgari^{2*}, Alireza Heidarie²,
Parvin Ehtesham Zadeh²

1- Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Corresponding author: Parviz Asgari, Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Email: askary47@yahoo.com

Received: 14 Dec 2020

Accepted: 15 July 2021

Abstract

Introduction: Improving the parent-child relationship through appropriate interventions has an effective role in reducing emotional and behavioral problems in adolescents. The aim of this study was to compare the effectiveness of "Parent Management Training" and "Group Schema Therapy" for Parents on academic motivation and oppositional defiant of their teenage children with conduct disorder.

Methods: The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design with control group. The statistical population of the study included all parents of adolescent girls and boys 13 to 16 years old with conduct disorder in Ahvaz in the academic year 2020. Using the convenience sampling method, 60 of them were selected and one of their parents was randomly divided by random number table into two intervention groups and one the control group (20 people in each group). Demographic questionnaire, "Academic Motivation Scale" and "Oppositional Defiant Behavior Inventory" were used to collect data. The validity of the instruments was reported based on the content validity by qualitative method and the reliability by Kappa agreement coefficient method and internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. The intervention groups (parents) underwent "Parental Management Training" (9 sessions of 60 minutes) and "Group Schema Therapy" (8 sessions of 90 minutes), but the control group did not receive any intervention. The questionnaires were completed by their teenage children in the pre-test and post-test stages. Data analysis was performed using SPSS. 22.

Results: Both "Parent Management Training" and "Group Schema Therapy" interventions in parents were effective in increasing academic motivation and reducing oppositional defiant in their teenage children with conduct disorder ($P < 0.01$). Also, "Parent Management Training" has a greater effect on increasing the academic motivation of their teenage children with conduct disorder than "Group Schema Therapy" ($P < 0.01$).

Conclusions: "Parent Management Training" and "Group Schema Therapy" to parents are effective interventions to increase academic motivation and reduce the oppositional defiant in adolescents with conduct disorder. To improve the academic performance of these adolescents, the implementation of the mentioned interventions on their parents is recommended.

Keywords: Parent Management Training, Group Schema Therapy, Conduct Disorder, Academic Motivation & Oppositional Defiant.

مقایسه اثربخشی «آموزش مدیریت والدین» و «طرحواره درمانی گروهی» به والدین بر انگیزه تحصیلی و نافرمانی مقابله ای فرزندان نوجوان آن ها با اختلال سلوک

سعیده محمدحسینی^۱، پرویز عسگری^{۲*}، علیرضا حیدرئی^۲، پروین احتشام زاده^۲

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: پرویز عسگری، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
ایمیل: askary47@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۲۳

چکیده

مقدمه: بهبود رابطه والد-فرزند از طریق مداخلات مناسب نقش موثری در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان دارد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی "آموزش مدیریت والدین" و "طرحواره درمانی گروهی" به والدین بر انگیزه تحصیلی و نافرمانی مقابله ای فرزندان نوجوان آن ها با اختلال سلوک می باشد.

روش کار: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه والدین نوجوانان دختر و پسر ۱۳ الی ۱۶ سال دارای اختلال سلوک شهر اهواز در سال تحصیلی ۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۶۰ تن از آن ها انتخاب و یکی از والدین آن ها به صورت تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی در ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ تن) قرار گرفتند. گردآوری داده ها با پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس انگیزه تحصیلی" (Academic Motivation Scale) و "سیاهه رفتار نافرمانی مقابله ای" (Oppositional Defiant Behavior Inventory) انجام شد. روایی ابزارها بر اساس روایی محتوا به روش کیفی، پایایی به روش ضریب توافق کاپا و همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد. گروه های مداخله (والدین) تحت "آموزش مدیریت والدین" (۹ جلسه ۶۰ دقیقه ای) و "طرحواره درمانی گروهی" (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. ابزارها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون توسط فرزندان نوجوان آن ها تکمیل شد. تحلیل داده ها با نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته ها: هر ۲ مداخله "آموزش مدیریت والدین" و "طرحواره درمانی گروهی" در والدین بر افزایش انگیزه تحصیلی و کاهش نافرمانی مقابله ای فرزندان نوجوان آن ها با اختلال سلوک اثربخش بودند ($P < 0/01$). همچنین "آموزش مدیریت والدین" نسبت به "طرحواره درمانی گروهی"، تأثیر بیشتری بر افزایش انگیزه تحصیلی فرزندان نوجوان آن ها با اختلال سلوک داشته است ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: "آموزش مدیریت والدین" و "طرحواره درمانی گروهی" به والدین از مداخلات موثر بر افزایش انگیزه تحصیلی و کاهش نافرمانی مقابله ای در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک است. جهت بهبود عملکرد تحصیلی این نوجوانان اجرای مداخلات ذکر شده بر روی والدین آن ها توصیه می شود.

کلیدواژه ها: آموزش مدیریت والدین، طرحواره درمانی گروهی، اختلال سلوک، انگیزه تحصیلی، نافرمانی مقابله ای.

كيفيت كار آن ها در مدرسه و چگونگى اجتناب يا استقبال از تكاليف محسوب مى شود (۷).

اختلال ديگرى كه در نوجوانى و به دنبال اختلال سلوك ايجاد مى شود و با هم همبودى بالايى دارند، اختلال نافرمانى مقابله اى (oppositional defiant) است. اختلال نافرمانى مقابله اى، از مشكلات رفتارى شايع برونى سازى شده در اين دوران محسوب مى شود. اين اختلال، نشان بارزى از رفتارهاى خصومت آميز بر ضد مراجع قدرت است كه با سطح رشدى نوجوان متناسب نيست و در تحصيل و اجتماع آن ها را با مشكل مواجهه خواهد نمود (۸). اين افراد در كلاس درس و در روابط با همسالان مشكل دارند. نافرمانى در كودكى تنها با لجاجت همراه است در حالى كه در نوجوانى با شدت بيشترى صورت مى گيرد و اغلب موجب ايجاد مشكلات آموزشى و خانوادگى مى شود (۹)، به طورى كه با شدت بيشترى جر و بحث مى كنند، در برابر مخالفت با عقايدشان زود کنترل خود را از دست مى دهند، زودرنج هستند و تندخو، ديگران را به طور مكرر مى رنجانند، با والدين خود به مقابله مى پردازند، احترام دوستان و معلمان را نيز از دست مى دهند و موجب دورى از درس و شكست هاى پى درپى شده و از سوى ديگران طرد مى شوند (۱۰).

نوجوانان داراى اختلال سلوك اغلب در روابط با والدين خود، به ويژه مادران، با مشكل مواجهه هستند. از انتظارات والدين سر باز مى زنند و رفتارهاى خصومت آميز از خود بروز مى دهند. اين عوامل موجب مى شود والدين آن ها از روش هاى سخت تنبيه ي و بسيار سختگيرانه استفاده كنند و يا بيش از حد به رفتارهاى آن ها واكنش نشان داده و موجب تقويت مثبت در آن ها شده و باعث مى شوند فرزندان نوجوان آن ها بيشتر به سوى رفتارهاى پرخاشگرانه و نافرمانى روى آورده و به نقض قوانين جامعه پردازند (۱۱). مطالعات انجام شده درباره نوجوانان نشان مى دهد كه والديگرى مستبدانه و بدون توجه مناسب به رفتارهاى مطلوب نوجوانان و وجود رفتارهاى تنبيهى، خطر بروز رفتارهاى پرخاشگرانه و تضادورزانه را در نوجوانان با اختلال نافرمانى مقابله اى افزايش مى دهد (۱۲).

رابطه بين رفتارهاى والدين با مشكلات رفتارى نوجوانان در پژوهش هاى پيشين تأييد شده است. والدين و نوجوانان اغلب در چرخه معيوب ارتباطى قرار مى گيرند و آموزش والدين در زمينه روش هاى مديريت رفتار به جاى تمرکز بر آنچه نوجوانان انجام مى دهند، نخستين مرحله توقف اين چرخه

نوجوانى دوره اى از تحول است كه تغييرات گسترده اى را در حيطه هاى شناختى، عاطفى و رفتارى افراد به وجود مى آورد. اين تغييرات ناخواسته جسمى و اجتماعى - فرهنگى، موجب تحميل فشارهاى زيادى به نوجوانان مى شود. در اين شرايط مشكلات رفتارى بسيارى در نوجوانان بروز مى كند كه دليل عمده و شايع مراجعه آن ها به كلينيك هاى درمانى محسوب مى شوند (۱). از آنجاى كه الگوهاى رفتارى و هيجانى در بزرگسالى به سختى دستخوش تغيير مى شود، درمانگران بر اهميت تشخيص و درمان زود هنگام مشكلات سلامت روانى در كودكان و نوجوانان تأكيد مى كنند (۲). يكي از اختلالات شايع اين دوران، اختلال سلوك (conduct disorder) است. تشخيص اختلال سلوك در نوجوانان، به يك الگوى تكرارى و مداوم از رفتار اشاره دارد كه به نقض هنجارهاى اجتماعى و حقوق ديگران منجر مى شود (۳). وجود ۳ نوع از رفتارهاى نامتناسب با سن مانند تهديد ديگران، ايجاد ترس و وحشت در ديگران، دير به خانه برگشتن، قلدرى و فرار از مدرسه در نوجوانان، در طى يك سال گذشته، نشان از وجود اختلال سلوك در آن ها است (۴). علائم اين اختلال با گذشت زمان، اغلب شدت مى يابد و منجر به درگيرى با مراجع قانونى خواهد شد. از اين رو، بسيارى از مبتلايان به اين اختلال فرصت شركت به موقع در جلسات درمانى را از دست مى دهند. زيرا درگيرى با مراجع قانونى، مزيد بر علت شده و درمان مشكل اين اختلال را با سختى بيشترى همراه خواهد نمود. همچنين، ميزان شيوع اين اختلال در پسران بيشتر از دختران و در افراد ۸ تا ۱۶ ساله، ۱۳ درصد گزارش شده است (۵).

نوجوانان مبتلا به اختلال سلوك در زمينه تحصيل با مشكلات زيادى روبه رو مى شوند و به سبب افت تحصيلى پى درپى و ساير مشكلات رفتارى كه دارند از ادامه تحصيل انصراف مى دهند (۳). بنا بر اين، افزايش انگيزه تحصيلى اين نوجوانان جهت پيشگيرى از ترك تحصيل، از اهميت بالايى برخوردار است و از مشكلات بعدى آن ها پيشگيرى مى كند. انگيزه تحصيلى (educational motivation) از موضوعات مهم در بهبود عملکرد نوجوانان مبتلا به اختلال سلوك است. انگيزه تحصيلى به فرايندهاى درونى گفته مى شود كه فعاليتها را تحريك مى كنند و با هدف دستيابى به دستاوردهاى تحصيلى خاص تداوم مى يابند (۶). انگيزه تحصيلى دانش آموزان به عنوان عامل پيش بينى كننده

کمک شایانی نماید (۲۱). برخی از این طرحواره‌ها، به ویژه آن دسته از طرحواره‌ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار اولیه شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات بعدی را در افراد شکل دهند (۲۲). پژوهش‌های بسیاری به اثربخشی این درمان اشاره داشته‌اند. برای مثال، در پژوهش همتی ثابت و همکاران نتایج نشان داد که "طرحواره درمانی گروهی" در کاهش پرخاشگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان مؤثر است (۲۳). نتایج پژوهش گلی و همکاران نشان داد که "طرحواره درمانی گروهی" در گروه مداخله باعث افزایش میانگین مؤلفه‌های پرخاشگری در نمره پس آزمون در دانشجویان شده است (۲۴). لذا بر اساس آنچه گفته شد و با توجه به فقدان مقایسه ۲ مداخله مورد مطالعه بر انگیزه تحصیلی و نافرمانی مقابله‌ای در والدین نوجوانان دارای اختلال سلوک، انجام این پژوهش ضروری می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش "آموزش مدیریت والدین" و "طرحواره درمانی گروهی" به والدین بر انگیزه تحصیلی و نافرمانی مقابله‌ای فرزندان نوجوان آن‌ها با اختلال سلوک انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل یکی از والدین دارای نوجوان مبتلا به اختلال سلوک مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانش‌آموزی اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲ شهر اهواز بود که تعداد ۶۰ تن از آن‌ها پس از تشخیص ملاک‌های تشخیصی اختلال سلوک در فرزندان نوجوان آن‌ها به وسیله مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5 توسط یک روانشناس بالینی به عنوان نمونه انتخاب شدند. احراز نمره برش کمتر از ۸۰ از ۱۶۵ در "مقیاس انگیزه تحصیلی" و نمره برش بیشتر از ۲۰ از ۵۴ در "سیاهه نافرمانی مقابله‌ای، فاصله سنی (سال) بین ۱۳ تا ۱۶ سال، عدم مصرف داروهای روانپزشکی به عنوان معیارهای ورود در نظر گرفته شدند. عدم شرکت حداقل ۲ جلسه از مجموع جلسات به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شده بود. پس از تشخیص اختلال سلوک و معیارهای ورود والدین آن‌ها پدر یا مادر) به صورت تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی در ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۲۰ تن).

معیوب است (۱۳). بنابراین، به درمان‌های روان‌شناختی از قبیل روش‌های اصلاح رفتار و آموزش رفتاری والدین به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد بسیار مورد توجه است (۱۴). "آموزش مدیریت والدین" یا روش‌های مدیریت رفتاری به والدین می‌آموزد که با شناخت پیشامدها و پیامدهای رفتارهای نامناسب نوجوانان خود، نظارت بر این رفتارها، نادیده انگاشتن و استفاده از روش‌های تنبیهی مثبت همچون محروم کردن و جریمه کردن، رفتارهای نوجوانان خود را تغییر دهند. از سوی دیگر، رفتارهای مناسب را با توجه مثبت، تحسین کلامی و انواع پاداش‌ها تقویت کنند تا به رفتارهای دلخواه دست یابند (۱۵). این مداخله‌ها مراقبان و والدین به خصوص مادران را در برنامه‌های آموزشی درگیر می‌کند و به آن‌ها روش‌هایی را می‌آموزد که بتوانند نوع تعاملاتشان را با نوجوانان تغییر دهند (۱۶). پژوهش‌های بسیاری به اثربخشی "آموزش مدیریت والدین" اشاره داشته‌اند. برای مثال، در پژوهشی، زینالی و همکاران نشان دادند که "آموزش مدیریت والدین" نقش مؤثری بر کاهش علائم اختلال سلوک و پرخاشگری نوجوانان داشته است (۱۷). Bearss و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که "آموزش مدیریت والدین" در کاهش پرخاشگری نوجوانان آن‌ها مؤثر بوده است (۱۸). Helander و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که "آموزش مدیریت والدین"، در بهبود عملکرد و رفتار کودکان و نوجوانان دارای اختلالات رفتاری مؤثر بوده است (۱۹). Kazdin و همکاران به این نتیجه دست یافتند که آموزش مدیریت رفتاری به والدین در تغییر رفتار نوجوانان مشکل‌دار مؤثر بوده است (۲۰).

روش درمانی دیگری که برای والدین وجود دارد، "طرحواره درمانی گروهی" (Group Schema Therapy) است. "طرحواره درمانی گروهی"، تحولی بنیادین در شناخت درمانی است که توسط Yang و با الهام از رویکرد شناخت درمانی بر اساس نظریهٔ دلبستگی به وجود آمد. به طور کلی، طرحواره‌ها از جمله متغیرهای زیربنایی هستند که از توان تبیینی بالایی برخوردارند، چرا که بسیاری از پردازش‌های شناختی، راهبردهای مقابله و سبک زندگی افراد تحت تأثیر این درمان زیربنایی قرار دارد. بنابراین، طرحواره‌ها نقش مهمی در تداوم و تشدید مشکلات روان‌شناختی مزمن خواهند داشت و تغییر دادن یا تعدیل طرحواره‌های ناسازگار در فرایند روان درمانی می‌تواند به بهبود وضعیت زندگی افراد

۹۵-۹۶ اجرا کردند. نتایج روایی ملاکی همبستگی نمره این مقیاس با پیشرفت تحصیلی دانشجویان ('Students Academic Achievement) را ۰/۷۸ نشان داد. پایایی به روش ضریب تصنیف و به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق ۰/۷۷ و ۰/۸۵ حاصل شد (۲۷).

"سیاهه رفتار نافرمانی مقابله‌ای" (Oppositional Defiant Behavior Inventory) توسط Harada و همکاران در سال ۲۰۰۴ با ۱۸ عبارت در کشور ژاپن ساخته شد. این ابزار توسط والدین یا مراقبین تکمیل می‌شود. هر عبارت در طیف لیکرت ۴ عامل با گزینه‌های "به ندرت، یک بار یا کمتر در ماه=صفر"، "بعضی وقت‌ها، یک بار در هفته=۱"، "اغلب، ۲ یا ۳ بار در هفته=۲"، "همیشه، ۴ بار در هفته یا بیشتر=۳" نمره گذاری می‌شود. نمره در دامنه صفر تا ۵۴ قرار می‌گیرند. و نمره برش در این آزمون ۲۰ می‌باشد. هر چه نمره در این ابزار بیشتر باشد، نشان دهنده شدت رفتار نافرمانی مقابله‌ای است (۲۸). نمره کمتر از ۱۰، نمره ۱۰ الی ۱۹ و نمره بیشتر از ۲۰ به ترتیب نشان دهنده سطوح خفیف، متوسط و شدید در این ابزار است (۲۸).

Harada و همکاران این ابزار را در ۹۸ کودک و نوجوان ژاپنی اجرا کردند، روایی ملاکی "سیاهه رفتار نافرمانی مقابله‌ای" بر اساس ملاک‌های DSM-IV مورد بررسی قرار گرفت و ضریب توافق آن ۰/۶۶ محاسبه شد، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۹۲ و ثبات با محاسبه باز آزمایی در همین نمونه با فاصله ۳ هفته ۰/۸۲ حاصل شد (۲۸).

در ایران در مطالعه حمید و همکاران "سیاهه رفتار نافرمانی مقابله‌ای" ترجمه و برای بررسی روایی ملاکی از "مقیاس افسردگی کودکان و نوجوانان" (Children and Adolescent Depression Scale) و "سیاهه اضطراب" (Anxiety Inventory) استفاده شد که ضریب همبستگی بین آن‌ها در ۱۰۰ تن از دانش آموزان شهر اهواز به ترتیب ۰/۴۹ و ۰/۲۷ محاسبه شد که نشان دهنده روایی همگرای این ابزار است. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۸۴ و ضریب تصنیف ۰/۶۷ گزارش شد (۲۹).

در مطالعه دیگری جمالی پاقعه و همکاران روایی محتوا به روش کیفی "سیاهه رفتار نافرمانی مقابله‌ای" را بر اساس نظر ۵ تن از روانشناسان دانشگاه اصفهان مورد بررسی و تایید قرار داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه

برای جمع آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شده است: پرسشنامه جمعیت شناختی جهت شناسایی زمینه جمعیت شناختی والدین و فرزندان نوجوان آن‌ها شامل سن (بر حسب سال)، جنسیت و پایه تحصیلی/تحصیلات استفاده شد. "مقیاس انگیزه تحصیلی" (Academic Motivation Scale): این مقیاس اولین بار توسط Harter در سال ۱۹۸۱ در ۱۸ عبارت طراحی شد (۲۵)، هر عبارت آن ۲ قطب انگیزه درونی و بیرونی را در انتهای یک پیوستار اندازه گیری می‌کند (۲۵). سپس این مقیاس در سال ۲۰۰۵ توسط Lapper و همکاران (۲۵) مورد بازنگری قرار گرفت و به ۳۳ عبارت در مقیاس طیف لیکرت ۵ درجه ای (=۱ هیجوقت تا ۵= تقریباً همیشه) تغییر یافت. این مقیاس ۲ زیر مقیاس انگیزه درونی (internal motivation) با ۱۶ عبارت، (شامل عبارت‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳) و انگیزه بیرونی (external motivation) با ۱۷ عبارت (شامل عبارت‌های ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳) را اندازه گیری می‌کند که مجموع نمره این ۲ مولفه نشان دهنده انگیزه تحصیلی است، دامنه تغییرات در این مقیاس بین ۳۳ و ۱۶۵ است و نمره برش آن ۸۰ می‌باشد. نمره بالاتر از نمره برش نشان دهنده انگیزه تحصیلی بالا است و برعکس (۲۵). نمره کمتر از ۴۵، ۴۵ الی ۷۹ و بیشتر از ۸۰ به ترتیب نشان دهنده سطوح کم، متوسط و زیاد در انگیزه تحصیلی است (۲۵).

Harter و همکاران "مقیاس انگیزه تحصیلی" را در ۷۹۷ دانش آموز مقطع ابتدایی کشور آمریکا اجرا کردند و روایی سازه آن را به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی کردند و ۲ عامل انگیزه درونی و انگیزه بیرونی به ترتیب با بار عاملی ۰/۶۳ و ۰/۵۸ شناسایی شدند. همچنین ثبات به روش باز آزمایی در ۲۰۸ تن از همان دانش آموزان با فاصله ۶ هفته را ۰/۷۴ گزارش کردند (۲۵).

در ایران "مقیاس انگیزه تحصیلی" توسط بحرانی در سال ۱۳۸۸ ترجمه شد و در ۱۹۸ دانش آموز مقطع راهنمایی شهر شیراز اجرا شد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و ۲ عامل انگیزه درونی و انگیزه بیرونی شناسایی شد. همچنین ثبات به روش آزمون مجدد در ۶۳ تن از دانش آموزان پسر مقطع راهنمایی شهر شیراز با فاصله ۲ هفته برای انگیزه درونی ۰/۸۶ و انگیزه بیرونی ۰/۷۲ برآورد کردند (۲۶). امیدیان و همکاران "مقیاس انگیزه تحصیلی" را در ۳۰۰ دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز در سال تحصیلی

نمونه حاضر مناسب می باشد. بسته "آموزش مدیریت والدین" (PMT) (Parent Management Training) توسط Kazdin و همکاران در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است و در مراکز درمانی به والدین آموزش داده می شود تا آن را در منزل و محیط زندگی به اجرا در آورند و گزارش نتایج جلسات هر هفته را پیش از آموزش برنامه های هفته بعد ارائه کنند (۲۰). این بسته آموزشی در مطالعات پیشین مورد استفاده قرار گرفته است و روایی محتوا آن بر اساس نظر متخصصان روانشناسی مورد تایید قرار گرفته است (۱۵). در مطالعه حاضر نیز روایی محتوا به روش کیفی توسط ۴ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز مورد تایید قرار گرفته است. "آموزش مدیریت والدین" طی ۹ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۶۰ دقیقه ای بر روی گروه مداخله اول اجرا شد.

ضریب آلفا کرونباخ در ۴۵ دانش آموز ۰/۹۳ و ثبات با محاسبه بازآزمایی بافاصله ۲ هفته ۰/۹۴ بدست آمد (۳۰). در پژوهش حاضر، "مقیاس انگیزه تحصیلی" و "سیاهه رفتار نافرمانی مقابله ای" در اختیار ۴ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز قرار گرفت. و روایی محتوا به روش کیفی مورد تایید قرار گرفت. ضریب توافق کاپا بر اساس نظر ۴ تن از مدرسین دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز برای "مقیاس انگیزه تحصیلی" ۰/۸۶ و "سیاهه رفتار نافرمانی مقابله ای" ۰/۹۰ محاسبه شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۶۰ تن از شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون برای "مقیاس انگیزه تحصیلی" در زیرمقیاس های انگیزه درونی ۰/۷۷، بیرونی ۰/۷۰ و برای نمره کلی ۰/۸۶ و "سیاهه رفتار نافرمانی مقابله ای" در مرحله پیش آزمون ۰/۸۷ حاصل شد، با توجه به اینکه هر یک از ضرایب بیشتر از ۰/۷۰ است، همسانی درونی ابزارها در

"آموزش مدیریت والدین" از Kazdin و همکاران (۲۰)

جلسات	محتوا
اول	ارزیابی وضعیت اختلال سلوک و برقراری ارتباط با والدین و توضیح اهداف در این جلسه انجام شد.
دوم	آموزش انضباط اثربخش، آموزش وضع مقررات و شیوه های انضباطی از طریق آموزش تقویت مثبت و منفی و فن بی توجهی انجام شد.
سوم	آموزش کنترل القایی، جلب همکاری و پیشگیری از تعارض با فرزند از طریق فن آموزش استدلالی و منطقی رفتارهای مطلوب به والدین انجام شد.
چهارم	آموزش ایجاد انتظارات با هدف ایجاد انتظارات متناسب با سن برای والدین از طریق فن شناخت و بازسازی باورهای والدین در ارتباط با انتظارات انجام شد.
پنجم	قرارداد وابستگی با هدف کاهش اختلال های رفتاری نوجوان به واسطه استفاده از راهبرد قرارداد وابستگی با نوجوان در طی چند مرحله با بستن قراردادهای وابستگی در حضور نوجوان و والدین انجام شد.
ششم و هفتم	بازسازی شناختی با هدف شناخت و درمان باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد والدین در ارتباط با خود و نوجوانان بر اساس راهبرد بازسازی شناختی انجام شد.
هشتم و نهم	آموزش مهارت های ارتباطی و ارزیابی کلی جلسات با هدف اصلاح سبک های ارتباطی والدین با نوجوانان و رفع اشکالات با استفاده از فن آموزش سبک پاسخدهی کلامی کارآمد و مهارت گوش دادن فعال انجام شد.

گرفته است و روایی محتوا آن بر اساس نظر متخصصان روانشناسی مورد تایید قرار گرفته است (۲۳). در مطالعه حاضر نیز روایی محتوا توسط ۴ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز مورد تایید قرار گرفته است.

"طرحواره درمانی گروهی" بر اساس دستورالعمل طرحواره درمانی Yang و همکاران ۲۰۰۳ (۳۱) طی ۸ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه ای بر روی گروه مداخله اجرا شد. این بسته آموزشی در مطالعات پیشین مورد استفاده قرار

جلسه	شرح جلسه
اول و دوم	در این جلسات، سنجش، آموزش طرحواره درمانی، بیان دستورالعملها و قوانین کلی کار گروهی، توضیح مدل طرحواره درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنیها پرداخته شد. هدف از این دو جلسه مقدماتی این بود که شرکتکنندگان به ماهیت اختلال سلوک، پرخاشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای ریشه‌های تحولی آنها و همچنین سازو کار آنها پی ببرند. همچنین در پایان جلسه دوم، ماهیت اختلال سلوک طبق روش طرحواره درمانی فرمول بندی شد.
سوم، چهارم	در این جلسات معرفی، آموزش و به کارگیری روشهای شناختی چالش با طرحواره‌ها مانند آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره انجام شد. هدف از آموزش روشهای شناختی طرحواره درمانی این بود که آزمودنی‌ها با به کارگیری فنون شناختی بیاموزند که در مقابل طرحواره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرحواره را آزمون کنند و نادرست بودن آنها را درک کنند.
پنجم و ششم	در این جلسات روشهای هیجانی (تجربی) معرفی و آموزش داده شد تا شرکتکنندگان بتوانند به ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها در سطح هیجانی بپردازند: معرفی و انجام روشهای گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی در این جلسات با هدف کمک به شرکتکنندگان برای مبارزه با طرحواره‌ها در سطح هیجانی انجام شد، تا بیماران با استفاده از روشهای تجربی مثل تصویر سازی ذهنی و برقراری گفتگو، خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی‌شان ابراز کنند و چرخه تداوم طرحواره را در سطح هیجانی بشکنند.
هفتم و هشتم	در این جلسات آموزش و اجرای روشهای الگو شکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد: مثل تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و آماده کردن افراد برای ختم جلسات، انجام شد.

نوجوانان خود در جلسات مداخله حضور داشتند و "مقیاس انگیزه تحصیلی" و "سیاهه رفتار نافرمانی مقابله‌ای" توسط فرزندان نوجوان آن‌ها تکمیل شد، گروه کنترل نیز با شرایط یکسان با گروه‌های مداخله پیش آزمون و پس آزمون را تکمیل کردند، با این تفاوت که تا پایان مطالعه مداخلات "آموزش مدیریت والدین" و "طرحواره درمانی گروهی" را دریافت نکردند. برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام جلسات آموزشی و دریافت پس آزمون، والدین گروه کنترل "آموزش مدیریت والدین" را طبق بسته آموزشی دریافت کردند. با توجه به اینکه مداخلات "آموزش مدیریت والدین" و "طرحواره درمانی گروهی" در روزهای متفاوت اجرا می‌شد، امکان مواجهه بین گروه‌ها به حداقل کاهش یافت.

تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۰ تن از والدین دارای فرزند نوجوان مبتلا به اختلال سلوک در ۲ گروه درمانی و یک گروه کنترل مشارکت داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی والدین گروه‌های "آموزش مدیریت والدین" ۳۴/۴۱ (±۵/۴۴)، "طرحواره درمانی گروهی" ۳۷/۵۰ (±۶/۲۷) و کنترل ۳۶/۶۷

برای جمع‌آوری داده‌ها، پس از دریافت کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق شعبه دانشگاه آزاد اسلامی، مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و اداره کل آموزش و پرورش استان خوزستان دریافت شد. با مصاحبه بالینی ۶۰ تن از نوجوانان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانش آموزی اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲ اهواز بر اساس DSM-5 تشخیص اختلال سلوک را توسط یک روانشناس بالینی تشخیص داده شدند. این نوجوانان به دلیل مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری، قلدری، ضرب و شتم و افت تحصیلی به این مرکز ارجاع داده شده بودند. برای انجام این پژوهش، والدین آن‌ها به مرکز مشاوره اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲ اهواز دعوت شدند و اختلال نوجوانان شان برای آن‌ها شرح داده شد و از آن‌ها خواسته شد که جهت بهبود وضعیت روانشناختی نوجوانان شان، در دوره‌های "آموزش مدیریت والدین" و "طرحواره درمانی گروهی" شرکت کنند. پس از دریافت رضایت آگاهانه از والدین، آن‌ها در ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل به شیوه تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی قرار گرفتند. کلیه آموزش‌ها در مرکز مشاوره دانش آموزی اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲ شهر اهواز توسط ۲ روانشناس خانم با تحصیلات کارشناسی ارشد در روزهای یکشنبه "طرحواره درمانی گروهی" و چهارشنبه "آموزش مدیریت والدین" ماه‌های آبان و آذر سال ۱۳۹۸ انجام شد. در جلسه اول و جلسه آخر هر یک از والدین به همراه

و کنترل ۱۵/۶۴ (±۰/۹۷) محاسبه شد، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نشان داد بین گروه ها تفاوت معناداری وجود نداشت (F=۲/۱۴۴، P=۰/۱۲۷). از نظر پراکندگی جنسیت نوجوانان گروه های "آموزش مدیریت والدین" (۷ دختر و ۱۳ پسر)، "طرحواره درمانی گروهی" (۵ دختر و ۱۵ پسر) و کنترل (۷ دختر و ۱۳ پسر) بر اساس آزمون خی دو تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (χ²=۰/۶۱۶، P=۰/۷۳۴). از نظر پراکندگی پایه تحصیلی نوجوانان گروه های "آموزش مدیریت والدین" (۴ تن پایه هفتم، ۹ تن پایه هشتم و ۷ تن پایه نهم)، "طرحواره درمانی گروهی" (۵ تن پایه هفتم، ۹ تن پایه هشتم و ۶ تن پایه نهم) و کنترل (۶ تن پایه هفتم، ۷ تن پایه هشتم و ۷ تن پایه نهم) بر اساس آزمون خی دو تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (χ²=۰/۸۲۰، P=۰/۹۳۵). در (جدول ۱) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه های مداخله و کنترل در مراحل سنجش پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه های مداخله و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه ها	پیش آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس آزمون انحراف معیار ± میانگین
انگیزه تحصیلی	آموزش مدیریت والدین	۷۹/۵۸±۷/۷۰	۱۱۰/۳۵±۷/۲۰
	طرحواره درمانی گروهی	۷۳/۷۵±۷/۱۲	۱۰۴/۷۵±۷/۱۲
	گروه کنترل	۸۱/۶۰±۶/۳۸	۸۲/۳۰±۷/۲۲
نافرمانی مقابله ای	آموزش مدیریت والدین	۲۸/۸۵±۳/۱۵	۱۷/۶۰±۴/۳۶
	طرحواره درمانی گروهی	۳۰/۵۰±۲/۹۸	۲۱/۵۰±۲/۹۸
	گروه کنترل	۳۰/۸۰±۳/۰۰	۲۸/۹۵±۲/۶۶

نشان داد مفروضه همگنی واریانس ها برقرار می باشد. نتایج آزمون باکس (Box's S=۹/۱۷۰ و F=۱/۵۲۶، P=۰/۲۱۰) نیز حاکی از وجود تفاوت بین کوواریانس ها است. همچنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که در متغیر انگیزه تحصیلی (F=۲/۶۴۲ و P=۰/۱۲۲) و متغیر نافرمانی مقابله ای (F=۲/۵۷۱ و P=۰/۱۷۵) در گروه های مداخله و کنترل معنادار نمی باشد. معنادار نبودن این تعامل، نشان دهنده رعایت مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون می باشد. بنابراین فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش نیز برقرار است و می توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

در ادامه برای مقایسه گروه های مداخله و کنترل بر

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نشان داد بین گروه ها تفاوت معنا داری وجود ندارد (F=۱/۷۲۶، P=۰/۱۸۷). از نظر پراکندگی جنسیت والدین گروه های "آموزش مدیریت والدین" (۱۶ زن و ۴ مرد)، "طرحواره درمانی گروهی" (۱۳ زن و ۷ مرد) و کنترل (۱۵ زن و ۵ مرد) بر اساس آزمون خی دو تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (χ²=۱/۱۹۳، P=۰/۵۵۰). از نظر پراکندگی تحصیلات والد شرکت کننده در گروه های "آموزش مدیریت والدین" (۷ تن سیکل، ۷ تن دیپلم، ۶ تن کاردانی و کارشناسی)، "طرحواره درمانی گروهی" (۱۱ تن پایان دوره راهنمایی، ۷ تن دیپلم، ۲ تن کاردانی و کارشناسی) و کنترل (۸ تن پایان دوره راهنمایی، ۵ تن دیپلم، ۷ تن کاردانی و کارشناسی) بر اساس آزمون خی دو تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (χ²=۴/۲۲۱، P=۰/۳۷۶). میانگین و انحراف معیار سنی نوجوانان گروه های "آموزش مدیریت والدین" (۱۵/۵۳ ±۰/۷۸)، "طرحواره درمانی گروهی" (۱۵/۱۷ ±۰/۳۵)

(جدول ۱)، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گروه های مداخله و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. پیش از تحلیل داده های مربوط به فرضیه ها، برای اطمینان از برآورده شدن مفروضه های زیربنایی تحلیل کوواریانس، به بررسی آن ها پرداخته شد. بدین منظور نرمال بودن داده ها با آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که سطح معناداری در آزمون فوق الذکر از ۰/۰۵ بزرگ تر است لذا توزیع نمره در متغیرهای مطالعه طبیعی بود (P>۰/۰۵). همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس ها (جهت یکسان بودن واریانس های ۲ گروه مداخله و کنترل) از آزمون لوین استفاده شد که در متغیر انگیزه تحصیلی (F=۸/۵۸ و P<۰/۰۱) و در متغیر نافرمانی مقابله ای (F=۲/۵۸۷ و P=۰/۱۹۶) به دست آمد که نتایج

نافرمانى مقابله‌اى در فرزندى نوجوان داراى اختلال سلوك از تحليل كوواريانس تك متغيره استفاده شده است كه نتايج آن در (جدول ۲) آمده است.

اساس نمره هاى پس آزمون ها، پس از كنترل اثر پيش آزمون ها، جهت تعيين تاثير مداخله "آموزش مديريت والدين" و "طرحواره درمانى گروهى" بر انگيزه تحصيلى و

جدول ۲: نتايج تحليل كوواريانس تك متغيرى روى نمره‌هاى پس آزمون انگيزه تحصيلى و نافرمانى مقابله‌اى

منبع تغييرات	متغير	مجموع مجذورات	درجه آزادى	میانگین مجذورات	F	سطح معنادارى
گروه	انگيزه تحصيلى	۱۸۱۰/۹۰	۳	۶۰۳/۶۳	۸/۵۸	۰/۰۰۰۱
	نافرمانى مقابله‌اى	۲۲۳/۳۹	۳	۷۴/۴۶	۱۱/۰۹	۰/۰۰۰۱

وابسته تاثير معنادارى دارد. جهت پيدا شدن اينكه کدام آموزش مؤثر بوده و آيا بين آموزش‌هاى مختلف تفاوت معنادار وجود داشته است يا خير، از نتايج آزمون تعقيبي بنفرونى استفاده شد كه نتايج آن در (جدول ۳) آورده شده است.

همان‌طور كه در (جدول ۲) مشاهده مى‌گردد، نسبت F تحليل كوواريانس تك متغيرى براى متغيرهاى وابسته نشان مى‌دهند كه در متغيرهاى انگيزه تحصيلى و نافرمانى مقابله‌اى بين گروه‌هاى آموزش "آموزش مديريت والدين"، "طرحواره درمانى گروهى" و كنترل تفاوت معنادار ديده مى‌شود. بنابراین، حداقل يكي از آموزش‌ها بر متغيرهاى

جدول ۳: نتايج آزمون تعقيبي بنفرونى براى مقايسه تفاوت میانگین‌هاى انگيزه تحصيلى و نافرمانى مقابله‌اى گروه‌هاى گروه ۱: "آموزش مديريت والدين"، گروه ۲: "طرحواره درمانى گروهى" و كنترل در مرحله پس آزمون

متغير	گروه‌هاى مورد مقايسه	تفاوت میانگین‌ها	خطاى معيار	سطح معنادارى
انگيزه تحصيلى	گروه ۱ - گروه كنترل	۲۹/۶۷۹	۲/۹۰۸	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه كنترل	۳۰/۱۱۴	۳/۴۸۰	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۸/۴۳۵	۳/۵۰۵	۰/۰۰۲
نافرمانى مقابله‌اى	گروه ۱ - گروه كنترل	۱۰/۱۹۵	۹/۸۹۹	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه كنترل	۷/۶۵۹	۱/۰۷۵	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲/۵۳۶	۱/۰۸۳	۰/۰۷۰

مديريت والدين" و "طرحواره درمانى گروهى" بر افزايش انگيزه تحصيلى و کاهش نافرمانى مقابله‌اى مؤثر بوده‌اند. همچنين، مقايسه نتايج پس آزمون دو گروه مداخله نشان داد كه اثربخشى "آموزش مديريت والدين" نسبت به "طرحواره درمانى گروهى" بر انگيزه تحصيلى بيشتر بوده است. نتايج حاضر با نتايج مطالعه زينالى و همكاران (۱۷)، Helander و همكاران (۱۹)، Kazdin و همكاران (۲۰)، اميرى و همكاران (۳۲) همسو است. نتايج مطالعات فوق نيز نشان داد كه "آموزش مديريت والدين" منجر به کاهش نشانگان نافرمانى مقابله‌اى مى‌شود. همچنين مطالعات پيشين نشان دادند كه "طرحواره درمانى گروهى" نقش موثرى بر کاهش پرخاشگري و اضطراب اجتماعى (۲۳) و کاهش پرخاشگري نوجوانان (۲۴) داشته است؛ اما در بررسى پيشينه مطالعه‌اى يافت نشد كه به صورت اختصاصى به بررسى اثربخشى "طرحواره درمانى گروهى" بر انگيزه تحصيلى و

با توجه به نتايج (جدول ۳) تفاوت میانگین گروه "آموزش مديريت والدين" با گروه كنترل بيشتر از تفاوت میانگین گروه "طرحواره درمانى گروهى" با گروه كنترل است كه نشان دهنده آن است كه روش "آموزش مديريت والدين" نسبت به "طرحواره درمانى گروهى" اثربخشى بيشترى بر افزايش انگيزه تحصيلى فرزندى نوجوان مبتلا به اختلال سلوك داشت، اما تفاوت آن‌ها در اثربخشى کاهش نافرمانى مقابله‌اى در فرزندى نوجوان مبتلا به اختلال سلوك معنادار نبود ($P < 0.01$).

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقايسه اثربخشى "آموزش مديريت والدين" و "طرحواره درمانى گروهى" بر انگيزه تحصيلى و نافرمانى مقابله‌اى در فرزندى نوجوان داراى اختلال سلوك بود. نتايج اين پژوهش نشان داد كه هر ۲ مداخله "آموزش

رفتاری نوجوانان آموزش والدین آن‌ها است. از سوی دیگر، آموزش والدین، که بهترین روش مداخله برای کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نوجوانان است، سبب کاهش رشد نایافتگی‌ها و ناشایستگی‌های والدین، کاهش سطوح تنیدگی والدین، خنثی کردن بازخوردهای منفی والدین و کاهش درگیری بین والدین می‌شود و سطوح مهارت والدین را در مدیریت رفتار نوجوان و استفاده والدین از روش‌های انضباطی مثبت افزایش می‌دهد و در نتیجه رفتار نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان نوجوان آن‌ها کاهش می‌یابد (۳۷).

نتیجه گیری

هر دو مداخله "آموزش مدیریت والدین" و "طرحواره درمانی گروهی" در والدین بر افزایش انگیزه تحصیلی و کاهش نافرمانی مقابله‌ای فرزندان نوجوان مبتلا به اختلال سلوک اثربخش بودند. اما "آموزش مدیریت والدین" تأثیر بیشتری بر افزایش انگیزه تحصیلی فرزندان نوجوان مبتلا به اختلال سلوک داشته است. پیشنهاد می‌شود سازمان آموزش و پرورش جهت بهبود مشکلات رفتاری نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک این مداخلات را برای والدین این نوجوانان برگزار کند و کارایی آن‌ها را مورد سنجش مجدد قرار دهد. پژوهش حاضر در والدین دارای فرزند نوجوان دختر و پسر دارای اختلال سلوک شهرستان اهواز صورت گرفته در خصوص تعمیم نتایج بایستی با احتیاط عمل شود و نسبت به تعمیم نتایج به نوجوانان سایر شهرها با احتیاط صورت گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری سعیده محمدحسینی به راهنمایی آقای دکتر پرویز عسگری و دکتر علیرضا حیدرئی در رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است که با کد IR.IAU.AHVAZ.REC.1398.042 در کمیته ملی اخلاق شعبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز به ثبت رسیده است. بدین وسیله پژوهشگران از کلیه کسانی که در این مطالعه مشارکت و همکاری داشتند کمال تشکر و سپاس را دارند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند

نافرمانی مقابله‌ای بپردازد.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت، "آموزش مدیریت والدین" یک رویکرد پیشگیرانه و مؤثر برای افزایش انگیزه تحصیلی و نافرمانی مقابله‌ای است و به والدین این امکان را می‌دهد که مهارت‌های سازگارانه را بیاموزند تا از این لحاظ سبب افزایش انگیزه تحصیلی و کاهش نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان نوجوان خود شوند (۳۳). نتایج این پژوهش نشان داد که "آموزش مدیریت والدین" یکی از کارآمدترین روش‌های درمانی است که والدین می‌آموزند چطور با اختلال سلوک در فرزند خود مقابله کنند و رفتار ضد و نقیض در برابر فرزند خود را کاهش داده تا جلوی وخیم شدن بیشتر اوضاع گرفته شود (۳۴). این آموزش موجب می‌شود عملکرد رفتاری والدین بهتر شده و تنیدگی آن‌ها در رابطه با فرزندشان کاهش یافته و به این ترتیب موجب بهبود سازگاری و کاهش مشکلات رفتاری فرزندان نوجوان از قبیل اختلال سلوک، پرخاشگری و نافرمانی مقابله‌ای شوند (۳۵).

اثربخشی بیشتر "آموزش مدیریت والدین" را می‌توان این‌گونه تبیین نمود؛ که ناتوانی والدین در مدیریت رفتار نوجوان و تعامل منفی والد-نوجوان از عوامل مؤثر بر مشکلات رفتاری نوجوانان است. متخصصان روانشناسی معتقدند والدگری فعالیتی پیچیده و رفتاری اختصاصی است که با به کارگیری آن می‌توان در رفتار، احساس، انتظارات نوجوان و سازگاری عاطفی و رفتاری او در همه مراحل رشد تغییر ایجاد کرد. لذا می‌توان گفت مشکلات رفتاری نوجوانان بیشتر ناشی از نحوه ارتباط والدین با نوجوان است تا عوامل زیستی یا ارثی (۳۶).

"آموزش مدیریت والدین" بیش از "طرحواره درمانی گروهی" توانست گروه والدین تحت این درمان را به بهبودی روابط خود با فرزندان نوجوان دارای اختلال سلوک و سازگاری با آن‌ها سوق دهد و انگیزه تحصیلی را در فرزندان نوجوان خود افزایش دهد. نتایج مطالعات نشان داده که بین سوء رفتار والدین و مشکلات رفتاری نوجوانان ارتباط مستقیمی وجود دارد و نشان دهنده این مطلب است که عامل خانواده و خصوصاً رفتار والدین در دوران نوجوانی نقش مهمی در بروز مشکلات رفتاری در نوجوانی و بزرگسالی دارد (۱۶). با توجه به اینکه افراد در دوران نوجوانی بیشترین تعامل را با والدین خود دارند قطعاً والدین می‌توانند نقش تعیین کننده‌ای در بهبود اختلال‌های رفتاری فرزندان نوجوان خود داشته باشند. بنابراین، یکی از راه‌های مؤثر در درمان مشکلات

References

1. Ackermann K, Kirchner M, Bernhard A, Martinelli A, Anomiti C, Baker R, Baumann S, Dochnal R, Fernandez-Rivas A, Gonzalez-Madruga K, Herpertz-Dahlmann B. Relational aggression in adolescents with conduct disorder: sex differences and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2019; 47 (10):1625-37. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00541-6>
2. Fairchild G, Hawes DJ, Frick PJ, Copeland WE, Odgers CL, Franke B, Freitag CM, De Brito SA. Conduct disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2019; 5 (1):1-25. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0095-y>
3. Balia C, Carucci S, Coghill D, Zuddas A. The pharmacological treatment of aggression in children and adolescents with conduct disorder. Do callous-unemotional traits modulate the efficacy of medication? *Neuroscience & Bio Behavioral Reviews*. 2018; 91 (1):218-38. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.024>
4. Bakker MJ, Greven CU, Buitelaar JK, Glennon JC. Practitioner review: psychological treatments for children and adolescents with conduct disorder problems; A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2017; 58 (1): 4-18. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12590>
5. Calzada-Reyes A, Alvarez-Amador A, Galán-García L, Valdés-Sosa M. Sex differences in QEEG in adolescents with conduct disorder and psychopathic traits. *Annals of Clinical Neurophysiology*. 2019; 21 (1): 16-29. <https://doi.org/10.1177/1550059419872414>
6. Akomolafe MJ, Ogunmakin AO, Fasooto GM. The role of academic self-efficacy, academic motivation and academic self-concept in predicting secondary school students' academic performance. *Journal of Educational and Social Research*. 2013 <https://doi.org/10.5901/jesr.2013.v3n2p335>
7. Kaveh MH. [Motivation and learning]. *Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences*. 2020; 1 (1): 9-23. https://ijvlms.sums.ac.ir/article_46027.html
8. Park S. Associations of physical activity with sleep satisfaction, perceived stress, and problematic Internet use in Korean adolescents. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1143. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1143>
9. Lindhiem O, Bennett CB, Hipwell AE, Pardini DA. Beyond symptom counts for diagnosing oppositional defiant disorder and conduct disorder? *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2015; 43 (7): 1379-87. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0007-x>
10. Goertz-Dorten A, Benesch C, Berk-Pawlitzeck E, Faber M, Hautmann C, Hellmich M, Lindenschmidt T, Schuh L, Stadermann R, Doepfner M. Efficacy of individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders: A randomized controlled trial with an active control group. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2019; 28(2):165-75. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1144-x>
11. Ogden T, Hagen KA. Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76(4): 607-621. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.607>
12. Pennefather J, Hieneman M, Raulston TJ, Caraway N. Evaluation of an online training program to improve family routines, parental well-being, and the behavior of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2018; 54 (1): 21-6. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.06.006>
13. Dempsey J, McQuillin S, Butler AM, Axelrad ME. Maternal depression and parent management training outcomes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2016;23(3):240-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27448152/> <https://doi.org/10.1007/s10880-016-9461-z>
14. Strolin-Goltzman J, McCrae J, Emery T. Trauma-informed resource parent training and the impact on knowledge acquisition, parenting self-efficacy, and child behavior outcomes: A pilot of the resource parent curriculum Parent Management Training (RPC+). *Journal of Public Child Welfare*. 2018; 12 (2): 136-52. <https://doi.org/10.1080/15548732.2017.1352555>
15. Bayrami M, Abdollahi E, Hashemi Nosrat Abad T. [The effectiveness of Parent Management Training on improvement of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children with epilepsy: Single subject study]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2017; 24 (157): 90-98. <http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-4580-en.html>
16. Thijssen J, Vink G, Muris P, de Ruiter C. The

- effectiveness of parent management Training-Oregon Model in clinically referred children with externalizing behavior problems in the Netherlands. *Child Psychiatry & Human Development*. 2017;48 (1): 136-50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5243899/> <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0660-5>
17. Zeinali SH, Khanjani Z, Sohrabi F. [Investigate the efficacy of parenting skill in reducing adolescent conduct disorder and aggression]. *Journal of Health*. 2016; 6(5):565-74. <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-822-fa.html>
 18. Bearss K, Burrell TL, Challa SA, Postorino V, Gillespie SE, Crooks C, Scahill L. Feasibility of parent training via telehealth for children with autism spectrum disorder and disruptive behavior: A demonstration pilot. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018; 48 (4): 1020-30. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3363-2>
 19. Helander M, Lochman J, Högström J, Ljótsson B, Hellner C, Enebrink P. The effect of adding Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*. 2018; 103 (2):43-52. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.001>
 20. Kazdin AE, Glick A, Pope J, Kaptchuk TJ, Lecza B, Carrubba E, McWhinney E, Hamilton N. Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018;18 (2): 91-101. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.12.002>
 21. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does Schema Therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017; 90(3): 456-79. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
 22. Bach B, Lee C, Mortensen EL, Simonsen E. How do DSM-5 personality traits align with schema therapy constructs? *Journal of Personality Disorders*. 2016; 30(4): 502-29. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_212
 23. Hemmati Sabet V, Rohani Shahrestani N, Hemmati Sabet A, Ahmadpanah M. [The effectiveness of Schema Therapy in reducing aggression and social anxiety in adolescents of Hamedan city aged 17 to 18 years]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2016; 3 (2) :82-93. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=568479>
 24. Goli R, Hedayat S, Dehghan F, Hosseini-Shorabe M. [The effect of Group Schema Therapy on psychological well-being and aggression in University Students]. *Journal of Health and Care*. 2016; 18 (3): 258-70. <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-596-fa.html>
 25. Lepper MR, Corpus JH, Iyengar SS. Intrinsic and extrinsic motivational orientations in the classroom: Age differences and academic correlates. *Journal of Educational Psychology*. 2005;97(2):184. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1175738> <https://doi.org/10.1037/0022-0663.97.2.184>
 26. Bahrani M. [The study of validity and reliability of Harter's Scale of Educational Motivation]. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2009; 5 (1): 51-72. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=166155>
 27. Omidian M, Mehrabi Z, Hajiyakhchali A. [The causal relation between the mindfulness, internal and external academic motivation by mediated time perspective in Shahid Chamran University of Ahvaz's students]. *Educational Psychology*. 2019;15(53):141-59. https://jep.atu.ac.ir/article_10699.html?lang=en
 28. Harada Y, Saitoh K, Iida J, Sakuma A, Iwasaka H, Imai J, Hirabayashi M, Yamada S, Hirabayashi S, Uchiyama T, Ohta S. The reliability and validity of the Oppositional Defiant Behavior Inventory. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004; 13 (3): 185-90. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-0376-0>
 29. Hamid N, Nasab LN, Zadeh MM. [The effect of Group Cognitive-Behavior Therapy on oppositional defiant disorder and aggression in guidance school female students in Ahvaz]. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2014; 12 (6): 723-734. http://jsmj.ajums.ac.ir/article_49963.html?lang=en
 30. Jamali Paghaleh S, Abedi A, Nazari Badi M, Mirzaeirad R. [A comparison of the effectiveness of social-emotional learning program and social problem-solving training on the rate of Oppositional Defiant Disorder: An assessment of parents]. *Clinical Psychology Studies*. 2013;3(12):21-40. <https://jcps.atu.ac.ir/>

- article_709.html
31. Yang J, Colosseau J, Vishar M. [Schema Therapy: A Practical Guide for Clinical Specialists]. Translation: Hamidpour H, Endoz Z. 1st edition. Tehran: Arjmand Publishing. 2003. <https://www.arjmandpub.com/Book/522>
 32. Amiri M, Movallali G, Nesaiyan A, Hejazi M, Assady Gandomani R. [Effect of behavior management training for mothers with children having ODD symptoms]. Archives of Rehabilitation. 2017; 18 (2) :84-97. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2041-en.html> <https://doi.org/10.21859/jrehab-180284>
 33. Ghazi SR, Ali R, Shahzad S, Khan MS. Parental involvement in children academic motivation. Asian Social Science. 2010;6(4):93. <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/ass/article/view/5676> <https://doi.org/10.5539/ass.v6n4p93>
 34. Li JJ, Lansford JE. A smartphone-based ecological momentary assessment of parental behavioral consistency: Associations with parental stress and child ADHD symptoms. Developmental Psychology. 2018; 54 (6):1086. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5962387/> <https://doi.org/10.1037/dev0000516>
 35. Tommeraas T, Ogden T. Is there a scale-up penalty? Testing behavioral change in the scaling up of parent management training in Norway. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2017; 44 (2): 203-216. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5306432/> <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0712-3>
 36. Colalillo S, Johnston C. Parenting cognition and affective outcomes following parent management training: A systematic review. Clinical Child and Family Psychology Review. 2016; 19 (3):216-35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27389605/> <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0208-z>
 37. Bauermeister JJ. Parental behavior training and Latino/Hispanic children with ADHD and/or disruptive behaviors. The ADHD Report. 2016;24(8):9-14. <https://doi.org/10.1521/adhd.2016.24.8.9>