



The Effectiveness of “Behavior Management Training” and “Cognitive-Behavioral Therapy” for Mothers on Oppositional Defiant and Social Adjustment of Their Teenage

Beshkoufeh M¹, Gholamzadeh Jefreh M^{2*}, Sodani M³

1- PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

3- Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Corresponding Author: Gholamzadeh Jefreh M, Assistant Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Email: maryam-jofreh@iauahvaz.ac.ir

Received: 5 Jan 2022

Accepted: 21 May 2022

Abstract

Introduction: Improving the parent-child relationship through appropriate interventions has an effective role in reducing emotional and behavioral problems in adolescents. Therefore; the aim of this study was to determine the effectiveness of "Behavior Management Training" and “Cognitive-Behavioral Therapy” on oppositional defiant and social adjustment in adolescents.

Methods: The type of research was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and follow-up with the control group. The statistical population included all mothers and their teenage children girls and boys 13 to 17 years old in Gachsaran city in the academic year 2019 that were selected using the purposive sampling method and 45 of them were randomly selected using a table of random numbers. They were trained into two intervention groups and one control group (15 people in each group). In order to collect data from the demographic questionnaire, the “Oppositional Defiant Behavior Inventory” and the “Social Adjustment Questionnaire” were used. The experimental group underwent “Behavior Management Training” (60-minute 9 sessions) and “Cognitive-Behavioral Therapy” (45-minute 12 sessions), But the control group did not receive any intervention.

Results: The results of the study showed that two types of treatment in post-test and follow-up had a significant effect on oppositional defiant and improving social adjustment in adolescents ($P < 0.01$). Also, “Behavior Management Training” had stronger effects than cognitive-behavioral therapy ($P < 0.01$).

Conclusions: Based on the results of the present study and considering the greater effectiveness of “Behavior Management Training”, it is suggested that “Behavior Management Training” (cognitive-behavioral therapy) is a treatment for training adolescents' emotional-social skills and social adjustment.

Keywords: Behavior Management Training, Cognitive-Behavioral Therapy, Oppositional Defiant, Social Adjustment.



مقایسه اثربخشی «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی-رفتاری» به مادران بر نافرمانی مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی فرزندان نوجوان آن‌ها

مینا بشکوفه^۱، مریم غلام زاده جفره^{۲*}، منصور سودانی^۳

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

۲- استادیار گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: مریم غلام زاده جفره، استادیار گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
ایمیل: maryam-jofreh@iauahvaz.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۵

چکیده

مقدمه: بهبود رابطه والد-فرزند از طریق مداخلات مناسب نقش موثری در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان دارد. لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی "آموزش مدیریت رفتار" و "درمان شناختی-رفتاری" به مادران بر نافرمانی مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی در نوجوانان بود.

روش کار: نوع پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل مادران و فرزندان نوجوان دختر و پسر ۱۳ الی ۱۷ سال با رفتار نافرمانی مقابله‌ای و ناسازگاری اجتماعی مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانش‌آموزی اداره آموزش و پرورش شهر گچساران در سال تحصیلی ۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر از نوجوانان انتخاب و مادران آن‌ها به صورت تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تحت آموزش قرار گرفتند. به منظور گردآوری داده‌ها از "پرسشنامه جمعیت شناختی"، "سیاهه رفتار نافرمانی مقابله‌ای" (Oppositional Defiant Behavior Inventory) و "پرسشنامه سازگاری اجتماعی" (Social Adjustment Questionnaire) استفاده شد. گروه‌های مداخله تحت "آموزش مدیریت رفتار" (۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) و "درمان شناختی-رفتاری" (۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها با روش‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم افزار SPSS-24 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو روش مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر نافرمانی مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی در نوجوانان داشتند ($P < 0/01$) همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که "آموزش مدیریت رفتار" مؤثرتر از "درمان شناختی-رفتاری" بود ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر و با توجه به اثربخشی بیشتر "آموزش مدیریت رفتار" پیشنهاد می‌شود از "آموزش مدیریت رفتار" (درمان شناختی-رفتاری) در تربیت مهارت‌های هیجانی-اجتماعی و سازگاری اجتماعی نوجوانان در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش مدیریت رفتار، درمان شناختی-رفتاری، نافرمانی مقابله‌ای، سازگاری اجتماعی.

نوجوانی دوره ای از تحول است که تغییرات گسترده ای را در حیطه های شناختی، عاطفی و رفتاری افراد به وجود می آورد. این تغییرات ناخواسته جسمی و اجتماعی- فرهنگی، موجب تحمیل فشارهای زیادی به نوجوانان می شود. در این شرایط مشکلات رفتاری بسیاری در نوجوانان بروز می کند که دلیل عمده و شایع مراجعه آن ها به کلینیک های درمانی محسوب می شوند (۱). از آنجایی که الگوهای رفتاری و هیجانی در بزرگسالی به سختی دستخوش تغییر می شود، درمانگران بر اهمیت تشخیص و درمان زود هنگام مشکلات سلامت روانی در کودکان و نوجوانان تأکید می کنند (۲). یکی از اختلالات شایع این دوران، اختلال نافرمانی مقابله ای (oppositional defiant) است. اختلال نافرمانی مقابله ای، از مشکلات رفتاری شایع برونی سازی شده در نوجوانان محسوب می شود. این اختلال، الگوی بارزی از رفتارهای خصومت آمیز بر ضد مراجع قدرت است که در بیشتر اوقات با سطح رشدی نوجوان متناسب نیست و در تحصیل و اجتماع آن ها را با مشکل مواجهه خواهد نمود (۳).

این افراد در کلاس درس و در روابط با همسالان مشکل دارند. نافرمانی در کودکی تنها با لجبازی همراه است در حالی که در نوجوانی با شدت بیشتری صورت می گیرد و اغلب موجب ایجاد مشکلات آموزشی و خانوادگی می شود (۴). به طوری که با شدت بیشتری جر و بحث می کنند، در برابر مخالفت با عقایدشان زود کنترل خود را از دست می دهند، زودرنج هستند و تندخو، دیگران را به طور مکرر می رنجانند، احترام دوستان و معلمان را نیز از دست می دهند، با والدین خود به مقابله می پردازند و باعث دوری از درس و شکست های پی در پی شده و از سوی دیگران معمولاً طرد می شوند (۵).

از طرفی، از مشکلات عمده ای که تأثیر بازدارنده و مهمی بر کارآمدی و پویایی این نوجوانان دارد و از شکل گیری سالم هویت و نیز شکوفایی استعدادها و قوای فکری و عاطفی در آنان جلوگیری می کند، مشکل برقراری ارتباط اجتماعی در آنهاست (۶). سازگاری اجتماعی (social adjustment)، شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی خود است که این سازگاری ممکن است با تغییر دادن خود و یا محیط به دست آید. سازگاری اجتماعی سلامت روانی خوب، رضایت از زندگی شخصی و هماهنگی میان احساسات، فعالیت ها و افکار است. به عبارت دیگر، سازگاری اجتماعی یعنی مکانیزم هایی که توسط آنها، فرد ثبات عاطفی پیدا

می کند (۷).

رابطه بین رفتارهای والدین با مشکلات رفتاری نوجوانان در پژوهش های پیشین تأیید شده است. والدین و نوجوانان اغلب در چرخه معیوب ارتباطی قرار می گیرند و آموزش والدین در زمینه روش های مدیریت رفتار به جای تمرکز بر آنچه نوجوانان انجام می دهند، نخستین مرحله توقف این چرخه معیوب است (۸). بنابراین، به درمان های روان شناختی از قبیل روش های اصلاح رفتار و آموزش رفتاری والدین به دلیل ویژگی های منحصر به فرد بسیار توجه شده است (۹).

«آموزش مدیریت رفتار» یا روش های مدیریت رفتاری به مادران می آموزد که با شناخت پیشامدها و پیامدهای رفتارهای نامناسب فرزندان خود، نظارت بیشتر بر این رفتارها، نادیده انگاشتن رفتارهای مشکل ساز و استفاده از روش های تنبیهی مثبت و مناسب مانند محروم کردن و جریمه کردن، رفتارهای فرزندان خود را تغییر دهند. از سوی دیگر، رفتارهای مناسب را با توجه مثبت، تحسین کلامی و انواع پاداش ها تقویت کنند تا به رفتارهای دلخواه دست یابند (۱۰). پژوهش های بسیاری به اثربخشی «آموزش مدیریت رفتار» به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری برونی سازی شده ی کودکان در سنین پیش از دبستان (۱۱)؛ کاهش علائم اختلال و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان با اختلال نافرمانی مقابله ای (۱۲)؛ کاهش میزان پرخاشگری و اضطراب کودکان دارای اختلال بیش فعالی (۱۳)؛ بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله ای (۱۴)؛ بهبود عملکرد و رفتار کودکان دارای اختلالات رفتاری (۱۵) اشاره داشته اند.

تاکنون شیوه های مختلفی از مداخله های روان شناختی رشد یافته اند که از آن جمله می توان به درمان شناختی- رفتاری (cognitive behavioral therapy) است. هدف این شیوه آموزشی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی های سازنده و تقویت مهارت های مقابله ای است (۱۶). در درمان با رویکرد شناختی- رفتاری، به بیماران در رشد مهارت هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسئله، تغییر باورها و نگرش های غیرمفید و بازسازی شناختی کمک می شود (۱۷).

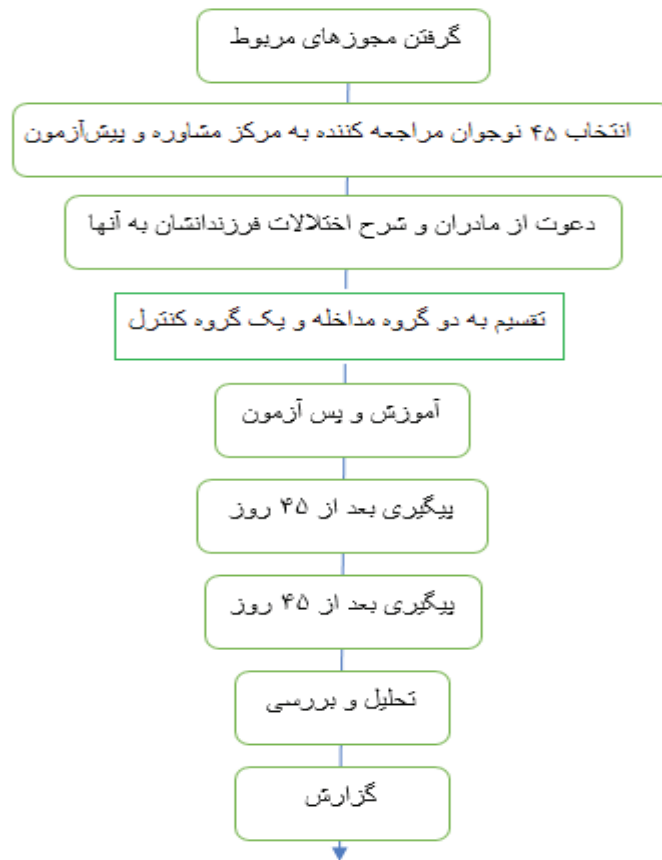
در پژوهش های بسیاری به اثربخشی رویکرد درمانی شناختی- رفتاری والدین که به بررسی نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای بر کودکان (۱۸)؛ بر افزایش بهزیستی روان شناختی نوجوانان در زمینه های پذیرش خود، تسلط بر محیط، و ارتباط مثبت با دیگران (۱۹)؛ به بررسی اثربخشی

برنامه‌های پیشگیری در نظر گرفته شود (۲۴). «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی-رفتاری» جزء روش‌های موثر در بهبود ویژگی‌های روانشناختی هستند که پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی آنها بر نافرمانی مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی انجام شده که گاهی نتایج پژوهش‌ها نیز متفاوت بوده است. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه پژوهشگران مطالعه حاضر هیچ پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی این روش‌ها پیدا نکردند. بنابراین، با توجه به لزوم مداخله برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی نوجوانان، مطالعه حاضر با هدف این که آیا بین اثربخشی «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی-رفتاری» به مادران بر نافرمانی مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی فرزندان نوجوان آنها تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر، نوع پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. نمودار زمانی روش انجام کار با توجه به نوع پژوهش در نمودار ۱ آورده شده است.

درمان شناختی-رفتاری بر سازگاری روانی-اجتماعی بیماری و نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو (۲۰)؛ بر بهبود مشکلات رفتاری و اختلالات نافرمانی در نوجوانان و افزایش سازگاری آنها (۲۱)؛ بهبود اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان شده و کمک به سازگاری اجتماعی آنها (۲۲)؛ موجب بهبود اختلالات رفتاری و هیجانی و نافرمانی در پسران ۶ تا ۱۱ (۲۳) اشاره شده است. به طور کلی، امروزه دیگر نمی‌توان نوجوان را به عنوان موجودی کاملاً منفعل که صرفاً متأثر از تجربیات دیگران است در نظر گرفت، چرا که ویژگی‌های خلقی او نیز در تعامل‌هایی که با اطرافیان (به ویژه مادر) دارد، بسیار تأثیرگذار است. از این رو امروزه متخصصان بالینی و پژوهشگران، کیفیت این تعامل را در روابط مادران و نوجوانان مورد توجه ویژه قرار داده‌اند و این نکته را پذیرفته‌اند که برخی از ویژگی‌های والدین و خصوصاً مادر و متغیرهای چارچوب خانوادگی بر چگونگی پاسخگویی والدین به نیازهای فرزندانشان تأثیرگذار است. بنابراین، ارائه روش‌هایی که بتوان براساس آن چگونگی روابط مادر-نوجوان را، مشخص کرد، به ویژه در شرایطی که این رابطه دچار تنیدگی و مشکل است، می‌تواند به عنوان بخشی از



شکل ۱. نمودار زمانی نحوه اجرای پژوهش

واحد اهواز برابر با IR.IAU.AHVAZ.REC.1399.023 می باشد.

برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد: «پرسشنامه جمعیت شناختی» شامل جنسیت و سن نوجوانان دختر و پسر، سن و میزان تحصیلات مادران بود. در ابتدا شرکت کنندگان این سوالات را پاسخ دادند. «سیاهه رفتار نافرمانی مقابله‌ای» (Defiant Disorder Behavior Inventory) توسط هارادا و همکاران در سال ۲۰۰۴ با ۱۸ عبارت در کشور ژاپن ساخته شد. این ابزار توسط والدین یا سرپرست کودک و نوجوان پر می‌شود. هر عبارت دارای گزینه «به ندرت، یک بار یا کمتر در ماه»، «بعضی وقت‌ها، یک بار در هفته»، «اغلب، ۲ یا ۳ بار در هفته»، «همیشه، ۴ بار در هفته یا بیشتر» (۰، ۱، ۲، ۳) است. ابزار تک عاملی است. نمره در دامنه صفر تا ۵۴ قرار دارند و با توجه به پاسخ‌های والدین و سرپرستان، اگر نمره به دست آمده بیش از ۲۰ باشد، تشخیص نافرمانی مقابله‌ای داده می‌شود و هرچه نمره فرد به ۵۴ نزدیک‌تر باشد، شدت اختلال در وی بیشتر است. نمره کمتر از ۱۰، نمره ۱۰ الی ۱۹ و نمره بیشتر از ۲۰ به ترتیب نشان‌دهنده سطوح خفیف، متوسط و شدید نافرمانی مقابله‌ای در این ابزار است (۲۶). هارادا و همکاران «سیاهه رفتار نافرمانی مقابله‌ای» را در ۹۸ کودک و نوجوان ژاپنی اجرا کردند، روایی ملاکی با 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 (۲۶).

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 نفر از دانش آموزان شهر اهواز به ترتیب ۰/۴۹ و ۰/۲ 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 (۲۷).

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

جامعه آماری پژوهش شامل مادران و فرزندان نوجوان دختر و پسر ۱۳ الی ۱۷ سال با رفتار نافرمانی مقابله‌ای و ناسازگاری اجتماعی مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانش‌آموزی اداره آموزش و پرورش شهر گچساران در سال تحصیلی ۱۳۹۸ بود که تعداد ۴۵ نفر از مادران پس از تشخیص رفتار نافرمانی مقابله‌ای و ناسازگاری اجتماعی در فرزندان نوجوان آنها که به وسیله مصاحبه بالینی براساس DSM-5 توسط یک روانشناس بالینی و همچنین بعد از تکمیل کردن «سیاهه رفتار نافرمانی مقابله‌ای» و «پرسشنامه سازگاری اجتماعی» به عنوان نمونه انتخاب شدند. فاصله سنی (سال) بین ۱۳ تا ۱۷ سال و عدم مصرف داروهای روانپزشکی به عنوان معیارهای ورود نوجوانان در نظر گرفته شد. معیارهای ورود مادران به پژوهش نیز شامل رضایت کتبی از شرکت در جلسات و عدم شرکت در جلسات روانشناختی دیگر بود و نیز غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات آموزشی به عنوان ملاک خروج در نظر گرفته شد. پس از تشخیص نافرمانی مقابله‌ای و ناسازگاری اجتماعی در نوجوانان و معیارهای ورود مادران آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند (purposive sampling) و طبق گفته دلاور (۲۵) نمونه برای پژوهش‌های نیمه تجربی را حداقل ۸ و حداکثر ۱۵ تن مناسب می‌داند ۴۵ نفر از نوجوانان تشخیص داده شده با رفتار نافرمانی مقابله‌ای و ناسازگاری اجتماعی انتخاب و مادران آنها نیز به صورت تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تحت آموزش قرار گرفتند و در پایان نیز تاثیر «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی-رفتاری» به مادران بر نافرمانی مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی فرزندان نوجوان آنها بررسی گردید.

ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت کنندگان پژوهش توضیح داده شد که آنان در پژوهش روانشناختی شرکت می‌کنند. همچنین به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. علاوه بر این ضمن پاسخ به تمام سوالات شرکت کنندگان در مورد پژوهش به آنان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت آماری و نتیجه گیری کلی منتشر خواهد شد و آنها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند مختارند که از ادامه پژوهش انصراف دهند. این مقاله مستخرج از رساله دکترای مشاوره مصوب در دانشگاه آزاد اسلامی می باشد. همچنین دارای شناسه اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه آزاد اسلامی

آمد. در پژوهش خجسته مهر نیز ضرایب کلی ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۲).

در پژوهش حاضر، روایی محتوا به روش کیفی «سیاهه رفتار نافرمانی مقابله ای» و «پرسشنامه سازگاری اجتماعی» از طریق هماهنگی نظرات ۴ نفر از مدرسین مشاوره دانشگاه آزاد اسامی واحد اهواز تایید شد. پایایی با روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۴۵ نفر از شرکت کنندگان برای «سیاهه رفتار نافرمانی مقابله ای» ۰/۸۴ و «پرسشنامه سازگاری اجتماعی» ۰/۸۷ بدست آمد.

«آموزش مدیریت رفتار» (Behavior Management Training) توسط کازدین و همکاران در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است و در محیط کلینیک به مادران آموزش داده شد تا آن را در منزل و محیط زندگی به اجرا در آورند و گزارش نتایج جلسات هر هفته را پیش از آموزش برنامه‌های هفته بعد ارائه کنند (۳۳). 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 (۳۴). در مطالعه حاضر نیز روایی محتوا به روش کیفی توسط ۴ نفر از مدرسین مشاوره دانشگاه آزاد اسامی واحد اهواز مورد تایید قرار گرفته است. «آموزش مدیریت رفتار» مادران طی ۹ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای بر روی مادران برگزار شد. خلاصه محتوای جلسات به شرح زیر است.

جدول ۱: شرح کلی جلسات آموزش مدیریت رفتار

جلسه	محتوا
اول	ارزیابی وضعیت اختلال رفتاری نوجوانان و برقراری ارتباط با مادران و توضیح اهداف جلسات
دوم	آموزش انضباط اثربخش. هدف: آموزش وضع مقررات و شیوه‌های انضباطی فن: آموزش تقویت مثبت و منفی و فن بی‌توجهی
سوم	آموزش کنترل القایی. هدف: جلب همکاری و پیشگیری از تعارض با نوجوان فن: آموزش استدلالی و منطقی رفتارهای مطلوب به مادران
چهارم	آموزش ایجاد انتظارات. هدف: ایجاد انتظارات متناسب با سن برای مادران فن: شناخت و بازسازی باورهای مادران در ارتباط با انتظارات
پنجم	قرارداد وابستگی. هدف: کاهش اختلال‌های رفتاری نوجوان فن: استفاده از فن قرارداد وابستگی با نوجوان در طی چند مرحله با بستن قراردادهای وابستگی در حضور نوجوان و مادران
ششم و هفتم	بازسازی شناختی. هدف: شناخت و درمان باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد مادران در ارتباط با خود و فرزندان فن: بازسازی شناختی مبتنی بر طرح پیشنهادی رایبن و فاستر (۱۹۸۴)
هشتم و نهم	آموزش مهارت‌های ارتباطی و ارزیابی کلی جلسات. هدف: اصلاح سبک‌های ارتباطی مادران با نوجوانان و رفع اشکالات فن: آموزش سبک پاسخدهی کلامی کارآمد و مهارت گوش دادن فعال

در مطالعه حاضر نیز روایی محتوا به روش کیفی توسط ۴ نفر از مدرسین مشاوره دانشگاه آزاد اسامی واحد اهواز مورد تایید قرار گرفته است. «درمان شناختی- رفتاری» بر این محتوا تمرکز شد:

ضریب آلفا کرونباخ در ۴۵ دانش آموز ۰/۹۳ و ثبات با محاسبه بازآزمایی بافاصله ۲ هفته ۰/۹۴ بدست آمد (۲۸).

«پرسشنامه سازگاری اجتماعی» (Social Adjustment Questionnaire) آزمون سازگاری اجتماعی نیمرخ سازگاری فردی و اجتماعی فرد را اندازه گیری می کند و توسط ثورب و همکاران در سال ۱۹۳۹ برای اولین بار منتشر شد و در سال ۱۹۵۳ مورد تجدید نظر و بازنگری قرار گرفت (۲۹). آزمون داری ۵ سطح پیش دبستانی، دبستانی، راهنمایی، دبیرستانی و بزرگسالی است که سطح دبیرستانی آن در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته است. این آزمون دارای دو خرده آزمون عمده سازگاری خویشتن و سازگاری اجتماعی است. در این پژوهش فقط آزمون سازگاری اجتماعی آن مورد استفاده قرار خواهد گرفت. این آزمون به صورت ۹۰ سوال صحیح- غلط بوده به گزینه غلط «صفر» و به گزینه درست نمره «یک» تعلق می گیرد و برای هر آزمودنی نمرات با هم جمع می‌شوند. هماهنگی درونی آزمون به وسیله دو نیمه کردن آزمون با روش اسپیرمن براون برای خرده آزمون های سازگاری اجتماعی از ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۳۰).

در پژوهش عطاری و همکاران ضرایب اعتبار حیطه‌های مختلف سازگاری اجتماعی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۳، ۰/۵۶، ۰/۶۵، ۰/۶۲، ۰/۶۰ و ۰/۷۵ است (۳۱). اعتبار این زیر مقیاس با روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک ماه ۰/۶۵۲ به دست

«درمان شناختی- رفتاری» (Cognitive Behavioral Therapy) توسط هاوتون و همکاران در سال ۱۹۸۹ تهیه شده و طی ۱۲ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای بر روی مادران به طور مختصر در ۱۲ جلسه اجرا شد (۳۵).

جدول ۲: شرح کلی جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی و آشنایی با فرد بیمار، اجرای پیش آزمون، مشخص شدن اهداف درمان، ذکر قوانین جلسه، رابطه درمانی
دوم	بازخورد جلسه قبل، معرفی درمان شناختی رفتاری، آموزش فن آرام سازی، ارائه تکلیف
سوم	بازخورد جلسه قبل، یادداشت افکار و باورهای منفی و ناکارآمد، استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف
چهارم	بازخورد جلسه قبل، آموزش فن پیکان عمودی رو به پایین برای شناسایی طرحواره‌ها و باورهای مرکزی، استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف
پنجم	بازخورد جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها. استفاده از فن آرام سازی. ارائه تکلیف
ششم	بازخورد جلسه قبل، آزمون باورهای مراجعان با تحلیل عینی (قضاوت و داوری) استفاده از فن آرام سازی. ارائه تکلیف
هفتم	بازخورد جلسه قبل، استفاده از روش های مختلف تحلیل شناختی و تشویق مراجعان به ارزیابی مجدد باورها. استفاده از فن آرام سازی. ارائه تکلیف
هشتم	بازخورد جلسه قبل، استفاده از فن آرام سازی، مخالف ورزی با افکار خودکار، ارائه تکلیف
نهم	بازخورد جلسه قبل، تاکید بر شناخت تا احساسات. آموزش مهارت حل مساله. توضیح انواع سبک‌های مقابله‌ای مساله مدار و هیجان مدار، استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف
دهم	بازخورد جلسه قبل، استفاده از فن آرام سازی، مخالف ورزی با افکار خودکار، ارائه تکلیف
یازدهم	بازخورد جلسه قبل، رویرویی شناختی، استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف
دوازدهم	بازخورد جلسه قبل، مروری بر تمرینات کل دوره، اجرای پس آزمون، اختتامیه

در جلسه اول و جلسه آخر هر یک از مادران به همراه نوجوانان خود در جلسات مداخله حضور داشتند و «سیاهه رفتار نافرمانی مقابله ای» و «پرسشنامه سازگاری اجتماعی» توسط فرزندان نوجوان آن‌ها تکمیل شد، گروه کنترل نیز با شرایط یکسان با گروه های مداخله پیش آزمون و پس آزمون را تکمیل کردند، با این تفاوت که تا پایان مطالعه مداخلات «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی- رفتاری» را دریافت نکردند. برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام جلسات آموزشی و دریافت پس آزمون، مادران گروه کنترل «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی- رفتاری» را طبق بسته آموزشی دریافت کردند. با توجه به اینکه مداخلات «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی- رفتاری» در روزهای متفاوت اجرا می شد، امکان مواجهه بین گروه ها به حداقل کاهش یافت. به منظور تحلیل نتایج پژوهش در بخش توصیفی از شاخص های میانگین وانحراف معیار در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری و در بخش استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. همچنین برای بررسی مقایسه اثربخشی مداخلات درمانی از آزمون تعقیبی بنفرونی و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر، میانگین سنی نمونه‌های مادران در گروه های «آموزش مدیریت رفتار» $47/65 \pm 5/89$ ، «درمان

برای جمع آوری داده ها، پس از دریافت کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق شعبه دانشگاه آزاد اسلامی، مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و اداره آموزش و پرورش شهر گچساران دریافت شد. با مصاحبه بالینی ۴۵ نفر از نوجوانان مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانش آموزی اداره آموزش و پرورش شهر گچساران و بر اساس DSM-5 تشخیص رفتار نافرمانی مقابله ای و ناسازگاری اجتماعی 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، مادران آن‌ها به مرکز مشاوره دانش آموزی اداره آموزش و پرورش شهر گچساران دعوت شدند و اختلال نوجوانان شان برای آن‌ها شرح داده شد و از آن‌ها خواسته شد که جهت بهبود وضعیت روانشناختی نوجوانان شان، در دوره های «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی- رفتاری» شرکت کنند. پس از دریافت رضایت آگاهانه از مادران، آنها در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل به شیوه تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی قرار گرفتند. کلیه آموزش ها در مرکز مشاوره دانش آموزی اداره آموزش و پرورش شهر گچساران به شیوه گروهی توسط دو روانشناس خانم با تحصیلات کارشناسی ارشد در روزهای یکشنبه «آموزش مدیریت رفتار» و چهارشنبه «درمان شناختی- رفتاری» انجام شد.

دیپلم، ۵ نفر دیپلم و سایرین بالای دیپلم و گروه «درمان شناختی-رفتاری» ۶ نفر زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم و سایرین بالای دیپلم بودند. در گروه کنترل نیز، ۷ نفر زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم و سایرین بالای دیپلم بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در (جدول ۳) آورده شده است.

شناختی-رفتاری» $44/41 \pm 5/44$ و در گروه کنترل $46/12 \pm 5/32$ سال بود. در ادامه، میانگین سنی نمونه‌های نوجوانان در گروه‌های «آموزش مدیریت رفتار» $15/17 \pm 3/07$ ، «درمان شناختی-رفتاری» $15/53 \pm 0/78$ و در گروه کنترل $15/93 \pm 3/71$ سال بودند. گروه «آموزش مدیریت رفتار» دارای ۶ دختر و ۹ پسر و گروه «درمان شناختی-رفتاری» دارای ۷ دختر و ۸ پسر، گروه کنترل دارای ۵ دختر و ۱۰ پسر می‌باشد. سطح تحصیلات مادران گروه «آموزش مدیریت رفتار» ۸ نفر زیر

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پیگیری انحراف معیار \pm میانگین
	آموزش مدیریت رفتار	$79/56 \pm 7/70$	$110/35 \pm 7/21$	$110/65 \pm 7/38$
نافرمانی مقابله‌ای	درمان شناختی-رفتاری	$73/75 \pm 7/13$	$104/75 \pm 7/15$	$98/85 \pm 7/14$
	گروه کنترل	$81/6 \pm 6/38$	$82/30 \pm 7/23$	$80/31 \pm 6/21$
	آموزش مدیریت رفتار	$28/85 \pm 3/17$	$18/60 \pm 4/36$	$18/63 \pm 4/26$
سازگاری اجتماعی	درمان شناختی-رفتاری	$30/52 \pm 2/98$	$21/50 \pm 2/98$	$21/55 \pm 2/98$
	گروه کنترل	$30/80 \pm 3/01$	$28/95 \pm 2/65$	$31/5 \pm 3/25$

نتایج آزمون باکس ($P=0/212$ ، $F=1/529$ و $\text{Box's } = 9/172$) نیز حاکی از وجود تفاوت بین کوواریانس‌ها است. همچنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که در متغیر نافرمانی مقابله‌ای ($F=2/644$ و $P=0/124$) و متغیر سازگاری اجتماعی ($F=2/574$ و $P=0/176$) در گروه‌های مداخله و کنترل معنادار نمی‌باشد. معنادار نبودن این تعامل، نشان دهنده رعایت مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون می‌باشد. بنابراین فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش نیز برقرار است و در نتیجه از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون‌آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج در (جدول ۴) آمده است.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آنها پرداخته شد. بدین منظور نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که سطح معناداری در آزمون فوق‌الذکر از $0/05$ بزرگتر است لذا توزیع نمره در متغیرهای مطالعه طبیعی بود ($P < 0/05$). همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها (جهت یکسان بودن واریانس‌های ۲ گروه مداخله و کنترل) از آزمون لویین استفاده شد که در متغیر نافرمانی مقابله‌ای ($F=8/59$ و $P > 0/01$) و در متغیر سازگاری اجتماعی ($F=2/590$ و $P=0/198$) به دست آمد که نتایج نشان داد مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار می‌باشد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نافرمانی مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی در سه مرحله اجرا

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
نافرمانی مقابله‌ای	زمان	59/598	0/001	0/498	0/999
	گروه	6/383	0/001	0/255	0/958
سازگاری اجتماعی	زمان × گروه	4/753	0/003	0/203	0/920
	زمان	55/135	0/001	0/496	0/999
سازگاری اجتماعی	گروه	4/863	0/001	0/206	0/887
	زمان × گروه	4/558	0/004	0/196	0/907

می‌نابشکوفه و همکاران

سازگاری اجتماعی نوجوانان را نسبت به گروه کنترل کاهش دهند. در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی-رفتاری» از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است که نتایج در (جدول ۵) آمده است.

نتایج (جدول ۴) نشان دادند که «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی-رفتاری» بر نافرمانی مقابله‌ای ($Sig=0/001$)، و سازگاری اجتماعی ($F=6/383$) و نوجوانان معنادار است. به این معنا که انجام مداخلات مورد نظر توانسته است نمره مشکلات نافرمانی مقابله‌ای و

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
نافرمانی مقابله‌ای	گروه ۱- گروه کنترل	۲۹/۶۷۸	۲/۹۰۹	۰/۰۰۱
	گروه ۲- گروه کنترل	۳۱/۱۱۴	۳/۴۸۲	۰/۰۰۱
سازگاری اجتماعی	گروه ۱- گروه ۲	۲۸/۴۳۶	۳/۵۰۸	۰/۰۰۲
	گروه ۱- گروه کنترل	۱۰/۱۹۷	۹/۸۹۹	۰/۰۰۱
	گروه ۲- گروه کنترل	۷/۶۶۲	۱/۰۷۶	۰/۰۰۱
	گروه ۱- گروه ۲	۲/۵۴۶	۱/۰۸۵	۰/۰۷۰

در نوجوانان هماهنگ و همسو است. نتایج مطالعات فوق نیز نشان داد که «آموزش مدیریت رفتار» منجر به کاهش نشانگان نافرمانی مقابله‌ای و بهبود سازگاری اجتماعی می‌شود. همچنین مطالعات پیشین نشان دادند که «درمان شناختی-رفتاری» نقش موثری بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای و ناسازگاری اجتماعی داشته است. در این راستا، هالدر و ماهاتو در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری والدین موجب بهبود مشکلات رفتاری و اختلالات نافرمانی در نوجوانان شده و سازگاری آنها را افزایش می‌دهد (۲۱). بورك و لوئبر نیز از پژوهش خود نتیجه گرفتند که درمان شناختی-رفتاری والدین موجب بهبود اختلالات رفتاری و هیجانی و نافرمانی در پسران ۶ تا ۱۱ سال شده است (۲۳). این یافته همچنین با پژوهش بویی و همکاران (۳۷) هماهنگ و همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان اذعان نمود که این درمان ممکن است با به چالش کشیدن افکار مادران و کاهش خطاهای شناختی سعی در تغییر باورها و نگرش‌های مادران دارد، همچنین ممکن است با افزایش فعالیت‌های لذت بخش و تأثیر بر گستره و کیفیت روابط و از آن طریق سبب کاهش نافرمانی مقابله‌ای و بهبود سازگاری اجتماعی در نوجوانان خود شوند (۳۹). نتایج این پژوهش نشان داد که با توجه به مهارت‌های آموزش داده شده، مادران مورد بررسی تا حدودی توانستند با تعمق و تأمل در ویژگی‌های خود به نقاط ضعف خود پی برده و در صدد اصلاح آن برآیند و با

با توجه به نتایج (جدول ۵) تفاوت میانگین گروه «آموزش مدیریت رفتار» با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه «درمان شناختی-رفتاری» با گروه کنترل است که نشان دهنده آن است که روش «آموزش مدیریت رفتار» نسبت به «درمان شناختی-رفتاری» اثربخشی بیشتری بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای فرزندان نوجوان داشت، اما تفاوت آنها در اثربخشی سازگاری اجتماعی در فرزندان نوجوان معنادار نبود ($P<0/01$).

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی-رفتاری» به مادران بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی فرزندان نوجوان آنها بود. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو مداخله «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی-رفتاری» بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی فرزندان نوجوان آنها مؤثر بوده است. همچنین، مقایسه نتایج پس آزمون دو گروه مداخله نشان داد که اثربخشی «آموزش مدیریت والدین» نسبت به «درمان شناختی-رفتاری» بر نافرمانی مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی بیشتر بوده است. نتایج حاضر با نتایج عظیمی فر و همکاران (۱۱) مبنی بر اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، محمدحسینی و همکاران (۳۶) مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای

برای والدین این نوجوانان برگزار کند و کارایی آنها را مورد سنجش مجدد قرار دهد. پژوهش حاضر در والدین (مادران) دارای فرزند نوجوان دختر و پسر با رفتار نافرمانی مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی شهر گچساران صورت گرفته و نسبت به تعمیم نتایج به نوجوانان سایر شهرها با احتیاط صورت گیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که ما در انجام پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. Ackermann K, Kirchner M, Bernhard A, Martinelli A, Anomiri 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. Park S. Associations of physical activity with sleep satisfaction, perceived stress, and problematic Internet use in Korean adolescents. *BMC public health*. 2014; 14(1):1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1143>
4. 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>
5. 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

تکیه بر نقاط مثبت و جایگزینی درست افکار منطقی به جای تحریفات شناختی نامطلوب؛ سعی در بهبودی افکار، احساسات و عواطف خود با دیگران داشته باشند (۴۰)، و در نتیجه مادران آموختند چطور با اختلالات رفتاری در فرزند خود کنار آمده و رفتار ضد و نقیض در برابر فرزند خود را کاهش داده تا جلوی وخیم شدن بیشتر اوضاع گرفته شود (۴۰).

نتیجه گیری

نتایج نشان داد «آموزش مدیریت رفتار» و «درمان شناختی- رفتاری» به مادران بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی فرزندان نوجوان آنها مؤثر بود و این نتایج تا مرحله پیگیری تداوم اثر داشت. بنابراین، پیشنهاد می‌شود سازمان آموزش و پرورش جهت بهبود مشکلات رفتاری نوجوانان دارای رفتار نافرمانی مقابله‌ای و ناسازگاری اجتماعی این مداخله را

- 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>
6. Ritchie K, Bora S, Woodward LJ. Social development of children born very preterm: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2015; 57(10):899-918. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12783>
 7. Dilshad, M., Noreen, Z., & Tanvir, N. Measuring social emotional adjustment of hearing impaired children. *Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS)*. 2016; 36(1). <https://www.bzu.edu.pk/PJSS/Vol36No12016/PJSS-Vol36-No1-46.pdf>
 8. 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://doi.org/10.1007/s10880-016-9461-z>
 9. Wade SL, Cassidy AE, Shultz EL, Zang H, Zhang N, Kirkwood MW, Stancin T, Yeates KO, Taylor HG. Randomized clinical trial of online parent training for behavior problems after early brain injury. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2017; 56(11):930-9. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.413>
 10. Ollendick TH, Greene RW, Austin KE, Fraire MG, Halldorsdottir T, Allen KB, Jarrett MA,

- Lewis KM, Whitmore Smith M, Cunningham NR, Noguchi RJ. Parent management training and collaborative & proactive solutions: A randomized control trial for oppositional youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016; 45(5):591-604. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1004681>
11. Azimifar SH, Jazayeri R, Fatehizade M, Abedi A. [Comparing the effects of Parent Management Training and Parenting Based on Acceptance and Commitment Therapy on externalizing behavior problems among preschool children]. *Journal of Applied Psychological Research*. 2019; 10 (2), 18-1.
 12. 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. <https://doi.org/10.21859/jrehab-180284>
 13. Mohammadi Hesari K, Qamari M. [Effectiveness of parents' behavioral education in reducing aggression and anxiety in children with ADHD / hyperactivity disorder]. Third National Conference on New Studies and Research in the Field of Educational Sciences and Psychology, Iran, Qom, Soroush Hekmat Mortazavi Islamic Studies and Research Center. 2017. <https://civilica.com/doc/647764/>
 14. Booker JA, Capriola-Hall NN, Greene RW, Ollendick TH. The parent-child relationship and post treatment child outcomes across two treatments for oppositional defiant disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452>
 15. 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; 103:43-52. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.001>
 16. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. *Psychotherapy Research*. 2018; 28(1):47-57. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208375>
 17. Karyotaki E, Riper H, Twisk J, Hoogendoorn A, Kleiboer A, Mira A, Mackinnon A, Meyer B, Botella C, Littlewood E, Andersson G. Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. *JAMA psychiatry*. 2017; 74(4):351-9. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0044>
 18. Ghodrati Mirkohi M; Sharifi Daramadi P and Abdollahi Baqarabadi Q. [The effectiveness of cognitive-behavioral parenting training on the symptoms of child coping disobedience disorder]. *Psychology of Exceptional People*. 2015; 5 (20), 123-109.
 19. Sharifinejad Roudani R and Shahbazi M. [The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychological well-being and cognitive distortions of adolescents in Ahvaz]. *Psychological Methods and Models*. 2018; 9(33), 123-107. http://jpmm.miau.ac.ir/article_3261.html
 20. Samadzadeh, Poursharifi and Babapour Khairaldin. [Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychosocial adaptation to the disease and symptoms of depression in people with type 2 diabetes]. *Journal of Clinical Psychology Studies*. 2014; 17 (5), 96-78.
 21. Halder S, Mahato AK. Cognitive behavior therapy for children and adolescents: Challenges and gaps in practice. *Indian journal of psychological medicine*. 2019; 41(3):279-83. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_470_18
 22. Benbow AA, Anderson PL. Long-term improvements in probability and cost biases following brief cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2019; 43(2):412-8. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9947-0>
 23. Burke JD, Loeber R. Mechanisms of behavioral and affective treatment outcomes in a cognitive behavioral intervention for boys. *Journal of abnormal child psychology*. 2016; 44(1):179-89. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9975-0>
 24. Laezer KL. Effectiveness of psychoanalytic psychotherapy and behavioral therapy treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2015;14(2):111-28. <https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1014991>
 25. Delaware A. [Research in Psychology and

- Educational Sciences]. Tehran: 1977; 3: 143-159.
26. 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>
 27. 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
 28. 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
 29. Khodayari Fard M. [Study of effective factors on social adjustment of control and non-control students]. Research project of the Martyr of the Islamic Revolution Foundation, University of Tehran. 2006.
 30. Thorpe LP, Clark WW, Tiegs EW. California test of personality, 1953 revision. Forms AA and BB, Primary, Elementary, Intermediate, Secondary, Adult levels. <https://psycnet.apa.org/record/1955-01769-000>
 31. Attari Y, Shahni Yilagh M, Kouchaki Am and Bashlideh k. [The effect of group training of social skills on individual-social adjustment of delinquent adolescents in Gonbad Kavous]. *Journal of Educational Sciences and Psychology*. 2014; 12 (2), 25-46.
 32. Khojasteh Mehr GH. [Comparison of personality traits of sighted and blind adolescents]. *Journal of Educational Sciences and Psychology*. 2003; 3 (2,3) 90-105.
 33. Kazdin AE, Glick A, Pope J, Kaptchuk T J, 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>
 34. 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.iiums.ac.ir/article-1-4580-en.html>
 35. Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, Clark DM. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford University Press; 1989. <https://psycnet.apa.org/record/1989-98569-000> <https://doi.org/10.1093/med/psych/9780192615879.003.0007>
 36. Mohammad Hasani S, Askary P, Heidarie A, Ehtesham Zadeh P. [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]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10(4):83-95. <http://jhpm.ir/article-1-1285-en.html>
 37. Bui HT, Mackie L, Hoang PA, Tran TT. Exploring the effectiveness of cognitive behavioral therapy for Vietnamese adolescents with anger problems. *Kasetsart journal of social sciences*. 2020;41(1):147-51. <https://so04.tcithaijo.org/index.php/kjss/article/view/235186>
 38. Omar M, Elfaydi F, Mikail L, Rashed K. Post-traumatic Stress Disorder and Psychological and Social Adjustment among Libyan Who Participated in 17th of February Revolution: A Structural Equation Modeling Analysis. *International Journal of Social Science and Humanity*. 2016; 6(9):677-80. <https://doi.org/10.18178/ijssh.2016.6.9.731>
 39. Suveg C, Jones A, Davis M, Jacob ML, Morelen D, Thomassin K, Whitehead M. Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2018; 46(3):569-80. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0319-0>
 40. 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://doi.org/10.1037/dev0000516>