

اثر بخشی آموزش کنترل تکانه بر تکانشگری و بهبود نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۶

پرویز شریفی در آمدی*، محمد جواد بگیان کوله مرز**، حافظ یادروند***، فرشید گراوند****

چکیده

مقدمه: ماهیت پیچیده اختلالات رفتاری کودکان، بررسی و به کارگیری درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند. پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی آموزش کنترل تکانه بر تکانشگری و نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. **روش:** این پژوهش از نوع آزمایشی بوده و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون (و پیگیری) با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی شهرستان نورآباد (دلفان) در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ تشکیل می‌دادند که نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دارا بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود که از میان دانش‌آموزانی که بعد از شناسایی به وسیله فرم والد-معلم مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای هومرسن، موری، اوهان و جانسون و انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزارهای پژوهش، مصاحبه بالینی ساختاریافته، مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای هومرسون و همکاران و مقیاس تکانشگری بارات روی هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه اجرا شد. در فرآیند اجرا، گروه آزمایش به مدت دو ماه تحت آموزش گروهی کنترل تکانه قرار گرفتند (هشت جلسه‌ی یک ساعته) در حالی که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نیز از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که آموزش کنترل تکانه بر تکانشگری و کاهش نشانه‌های مرضی اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بوده است. تحلیل داده‌ها نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، بین دو گروه آزمایش و کنترل، در میزان تکانشگری و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معنادار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های این مطالعه، آموزش مهارت‌های کنترل تکانه منجر به کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و رفتارهای تکانشی در دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال می‌شود و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مناسب سود جست.

واژه‌های کلیدی: آموزش کنترل تکانه، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تکانشگری، دانش‌آموزان

Sharifidaramady@yahoo.com

Javabagiyan@yahoo.com

H.padervand@yahoo.com

Farshid1364Lakestan@yahoo.com

* دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

** نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

*** کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

**** دانشجوی کارشناسی ارشد علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

آسیب ببیند [۱۵]. پیش‌آگهی^۶ این اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا، در معرض خطر بالای بزهکاری نوجوانی^۷، رفتار ضد اجتماعی^۸، سوء مصرف مواد^۹ و ترک تحصیل^{۱۰} [۱۶] و اختلالاتی همچون اختلال سلوک^{۱۱}، رفتار ضد اجتماعی، اختلالات خلقی^{۱۲} و اضطراب^{۱۳} هستند [۱۷، ۱۸]. از جمله عواملی که می‌تواند در روند تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیرگذار باشد تکانشگری^{۱۴} است. رفتارهای تکانشی گاه به عنوان رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز خوانده می‌شوند که طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آن تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص و در غیاب یک برنامه ریزی مناسب، رخ می‌دهند و از ریسک و خطر پذیری بالایی برخوردار هستند [۱۸]. مرور مطالعات انجام شده در مورد تکانشگری نشان می‌دهد که رفتارهای تکانشی هسته‌اصلی بسیاری از اختلال‌های روانی از قبیل اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه^{۱۵} (ADHD)، اختلال سلوک [۱۹]، اختلال کنترل تکانه^{۱۶}، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، سوء مصرف مواد، پر خوری عصبی^{۱۷}، رفتار خودکشی‌گرا و اختلالات شخصیت^{۱۸} می‌باشد [۲۰، ۲۱، ۲۲]. امروزه تکانشگری به صورت یک بعد شناختی^{۱۹}، مفهوم پردازی می‌شود به این معنا که تکانشگری، با عدم بازداری شناختی، روند کند و ناقص تصمیم‌گیری بی‌ثباتی هیجانی در افراد همراه است [۲۳].

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر تکانشگری و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر باشد و تاکنون مورد توجه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)^۱، یکی از رایج‌ترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان است [۱]. این اختلال در طبقه اختلالات رفتار ایذایی قرار می‌گیرد که از بزرگترین گروه اختلالات ارجاعی به کلینیک‌های سلامت روانی کودکان است [۲]. بارکلی^۲ [۳] براساس تعریف متن تجدید نظر شده در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)^۳ [۴] بیان می‌دارد که اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایدار منفی‌کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر اولیای قدرت است [۳]. برای اینکه به کودکی برچسب اختلال نافرمانی مقابله‌ای زده شود، باید حداقل ۴ ملاک از ملاک‌های تعیین شده را در طی ۶ ماه داشته باشد که عبارتند از: لجبازی، جر و بحث با بزرگسالان، امتناع از اطاعت کردن و درخواست‌های دیگران، خشمگین شدن و رنجیدن، غرض‌ورزی و انتقام جویی [۵]. ضمن اینکه این رفتار باید فراوان‌تر از آنچه باشد که متناسب سن است و تخریب قابل ملاحظه‌ای در زمینه اجتماعی، تحصیلی و شغلی ایجاد کند [۵]. اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً بین ۸ تا ۱۲ سالگی نمایان می‌شود و شیوع آن در پسرها بیشتر از دخترها است [۶]. میزان شیوع این اختلال بسته به نوع ارزیابی و ملاک‌های تشخیصی که به کار گرفته می‌شود، در بازه وسیعی بین ۲ تا ۱۶ درصد در سنین دبستانی یا اوایل سن مدرسه گزارش شده است [۳]. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگترها هستند [۷، ۸، ۹]. آنها معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند [۱۰]، در روابط بین‌فردی ضعیف بوده [۱۱] و مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی^۴ دارند [۱۲، ۱۳] و این مشکلات ممکن است باعث عزت نفس پایین، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات توأم عصبانیت شود [۱۴]. به علاوه، در کودکان مبتلا به این اختلال، ممکن است قضاوت اخلاقی^۵

6 - prognosis
7 - juvenile delinquency
8 - antisocial behavior
9 - substance abuse
10 - school dropout
11 - conduct disorder
12 - mood disorders
13 - anxiety
14 - impulsivity
15 - attention deficit / hyperactivity disorder
16 - explosive disorder
17 - bulimia nervosa
18 - personality disorder
19 - cognitive

1 - Oppositional Defiant Disorder
2 - Barkley
3 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
4 - executive functions
5 - moral judgment

مقابله‌ای که آموزش گروهی کنترل تکانه دریافت کرده بودند، در مقایسه با هم‌تایان خود در گروه کنترل از سازگاری هیجانی، تحصیلی و اجتماعی بالاتر و تکانشگری پایین‌تر در پیگیری دو ماهه برخوردار بودند. پرستو، هتینف مکن و مکن، واتسون و سلک^۹ [۳۱] در پژوهشی دریافته‌اند که آموزش مهارت‌های کنترل تکانه می‌تواند مقدار قابل توجهی از مشکلات، در همه زمینه‌های اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای را بهبود بخشد. نتایج نشان داد راهبردهای کنترل تکانه پیش‌بین مناسبی برای عملکرد بهتر در آزمونهای تحصیلی هستند. ساخودوسکی، سولومن و پرین^{۱۰} [۳۲] در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که آموزش راهبردهای شناختی - رفتاری موجب کاهش پرخاشگری، رفتار ایذایی و کنترل خشم پسران مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود. استینر و رامسینک^{۱۱} [۱] در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های کنترل تکانه در کودکان با اختلالات رفتاری - هیجانی شدید (اختلال سلوک، نقص توجه / بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای) قادر است رفتارهای ناسازگارانه این کودکان را کاهش دهد.

در مجموع با توجه به نتایج مطالعات پیشین می‌توان گفت آموزش کنترل تکانه به عنوان یک شیوه آموزشی در اصلاح فرایندهای روانشناختی، هیجانی و تحصیلی کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای اثربخش باشد. همچنین با در نظر گرفتن پیامدهای بلندمدت این اختلال بر جنبه‌های گوناگون زندگی فرد مبتلا در کودکی و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و زناشویی، برنامه‌ریزی‌های مناسب در امر بازتوانی و اصلاح رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه این دانش‌آموزان و اصلاح مشکلات بین‌فردی آنها انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. از سوی دیگر با توجه به انجام تحقیقات محدود در زمینه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و فقدان پژوهش در مورد اثر بخشی این روش درمانی بر مشکلات هیجانی و اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال، استفاده از نتایج این پژوهش در محیط‌های درمانی و مشاوره‌ای با فراهم سازی زمینه‌ای

پژوهشگران قرار نگرفته است، آموزش کنترل تکانه^۱ است. آموزش کنترل تکانه نوع دیگری از مداخله شناختی- رفتاری^۲ است. مشکل تکانشگری اغلب زمانی که کودک وارد مدرسه می‌شود و با خواسته‌های اجتماع و محیط آموزشی روبه رو می‌شود، آغاز می‌گردد [۲۴]. علت این امر آن است که رفتار تکانه‌ای آنها باعث ایجاد پاسخ‌های نادرست بیشتری می‌شود و در نتیجه نیاز به تمرکز بیشتر و سازماندهی بهتری دارند [۲۵]. گرین، ابلون، مونتاکسم، کورین، هنی، بلک لی، ادواردز، مارکی و راییت^۳ [۲۶] در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حل مسأله همیاری باعث کاهش تکانشگری و بهبود علائم مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود. رونن^۴ [۲۷] در یک پژوهش موردی به بررسی آثار به کارگیری آموزش مهارت‌های خودکنترلی در کاهش پرخاشگری پرداخت، نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های خودکنترلی^۵، باعث کاهش رفتارهای ایذایی و افزایش خود کنترلی و تعاملات اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود. بارات و اولندیک^۶ [۲۸] در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به بهبود خلق و کنترل خشم و رفتارهای بدون برنامه و تکانشی دانش‌آموزان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای کمک کند. این درمان آگاهی کودکان از الگوهای تفکر را که محرک و هدایت کننده‌ی رفتار آنهاست، افزایش می‌دهد و روشهایی را برای مقابله با تفکرشان به آنها می‌آموزد. ولف هورن و گدارد^۷ [۲۹] در پژوهشی دریافته‌اند که آموزش مهارت‌های کنترل تکانه علاوه بر بهبود عملکرد تحصیلی و توجه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بر انگیزش، استقلال و مدیریت کلاس درس تأثیر مثبت دارد. گوستین، لچتی، هیل - اسمیت و انس و لاک^۸ [۳۰] در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی

- 1 - impulse control training
- 2 - cognitive-behaviour therapy
- 3 - Greene, Ablon, Mouneteaux, Goring, Henin, Blakely, Edwards, Markey & Rabbitt
- 4 - Ronen
- 5 - imparting self- control skills
- 6 - Barrette & Ollendick
- 7 - Wolf, Horon & Goddard
- 8 - Costin, Lichte, Hill-Smith, Vance & Luk

9 - Presto, Heaton, McCann, Watson & Selke
10 - Sukhodolsky, Solomon & Perine
11 - Steiner & Remsing

رعایت گردید: الف- ملاکهای ورود، مشتمل بر دریافت تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس مصاحبه بالینی و فرم والدین مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای؛ داشتن سن بین ۱۲ تا ۱۵ سال؛ داشتن بهره هوشی بالاتر از ۸۵؛ عدم دریافت دارو در زمان تشخیص و در طول دوره‌ی پژوهش؛ برخوردار بودن والدین از سلامت جسمی و روانی و سواد کافی برای پاسخگویی به سؤالات؛ ب- ملاکهای خروج، مشتمل بر داشتن اختلالات همراه شدید، همچون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، اختلالات یادگیری و افسردگی؛ داشتن بهره هوشی پایین‌تر از ۸۵ و داشتن نوعی بیماری پزشکی که فرد را وادار به جستجوی فوری درمان سازد.

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته: نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه برخلاف مصاحبه غیر ساختاری، موضوعات مورد بحث، طبق برنامه از پیش تنظیم شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد [۳۴]. در این پژوهش به منظور تشخیص نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای براساس معیارهای DSM-IV-TR، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته به دست پژوهشگر از دانش‌آموزان انجام شد.

۲- مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای: این مقیاس توسط هومرسن، موری، اوهان و جانسون^۲ [۸] برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس ملاک‌های (DSM-IV-TR) ساخته شده است و برای کودکان ۵ تا ۱۵ سال استفاده می‌شود. این مقیاس ۱۶ ماده دارد و آزمودنی‌ها به این مواد به صورت چهار درجه‌ای (۱= هرگز، ۲= گاهی اوقات، ۳= اغلب، ۴= تقریباً و همیشه) پاسخ می‌دهند. در مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ۸ ماده آن مربوط به والدین، و ۸ ماده آن مربوط به معلمین است (فرم والد - معلم). در هر یک از فرمها کمترین نمره، ۱ و بالاترین نمره، ۳۲ می‌باشد. هرچه نمره فرد بیشتر باشد، شدت اختلال نیز بیشتر است. ضریب پایایی (همسانی درونی) مقیاس به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی، ۰/۹۵ توسط

برای تحقیقات بعدی از جمله مواردی است که بر بدیع بودن آن می‌افزاید. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی آموزش کنترل تکانه بر تکانشگری و بهبود نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

روش

طرح پژوهش: طرح این پژوهش، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون (و پیگیری) با گروه کنترل بود که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل، یعنی آموزش کنترل تکانه بر متغیرهای وابسته یعنی تکانشگری و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفته است.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی شهرستان نورآباد (دلفان) در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ تشکیل می‌دادند که نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دارا بودند. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. به این صورت که از بین ۱۰ مدرسه راهنمایی شهرستان نورآباد (دلفان)، ۵ مدرسه به تصادف برگزیده شد. پس از آن، با معلمان این مدارس مصاحبه به عمل آمد و با توجه به ملاکهای تشخیصی DSM-IV، دانش‌آموزان مشکوک به اختلال نافرمانی مقابله‌ای معرفی شدند که تعداد آنها در مجموع ۶۳ نفر بود. سپس برای کودکان مورد نظر، مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ (ODDRS) توسط والدین آنها تکمیل گردید. پس از نمره گذاری پرسشنامه‌ها، ۴۴ دانش‌آموز که نمره بالای در مقیاس ODDRS گرفته بودند بر اساس نتایج به دست آمده، ملاکهای تشخیصی DSM-IV برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ۴۰ نفر به تصادف انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل). در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد [۳۳]. همچنین با به کارگیری ملاکهای ورود و خروج زیر، معیار همگونی آزمودنی‌ها

1 -Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS)

2 - Hommersen, Murray, Ohan & Johnston

گرفتند و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های فرزندانشان تکمیل نمایند. گروه آزمایش به دو گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند تا امکان کنترل آنها در جلسات آموزشی مهیا شود. علاوه بر این برای کنترل بهتر این کودکان از دو نفر دستیار استفاده شد؛ سپس هر یک از این دو گروه آزمایش تحت آموزش گروهی کنترل تکانه قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد (گروه گواه در طول مدت اجرای مداخله‌ای آموزشی صرفاً آموزش معمول کلاسی را دریافت کرد). مدت جلسات درمانی شامل ۸ جلسه‌ی یک ساعته بود و به صورت گروهی و در هفته یکبار در محلی که آموزش و پرورش شهرستان نورآباد (دلفان) تعیین کرده بود، اجرا می‌گردید. در طی این جلسات و بعد از اتمام آموزش از والدین هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد و در نهایت والدین دو گروه بعد از یک دوره ۲ ماهه، دوباره به پرسشنامه‌ها جهت بررسی پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند. در پایان داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ضمن اطمینان دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن دانش‌آموزان از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود.

ضمناً در دو گروه آزمایش و کنترل هیچ افت آزمودنی وجود نداشت. برنامه آموزش کنترل تکانه در ۸ جلسه توسط دو نفر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی اجرا شد. بدین صورت که با همکاری و هماهنگی والدین در روزهای جمعه که مدارس تعطیل بودند این آموزش اجرا گردید.

برنامه آموزش مهارت‌های کنترل تکانه: این برنامه آموزشی توسط اسپری در سال ۱۹۹۹ تدوین و توصیف شده است. آموزش کنترل تکانه، مداخله‌ای است که هدف آن، شناسایی انگیزه‌های تکانه‌ای، به تأخیر انداختن آنها و در نهایت کاهش تمایلات شدید و غیر ارادی برای عمل است. این مداخله دارای هشت جلسه یا مرحله می باشد که خلاصه این جلسات در جدول ارائه شده است:

سازندگان مقیاس گزارش شده است [۸]. این مقیاس توسط فرامرزی، عابدی و قنبری [۳۵] بر روی دانش‌آموزان پایه اول تا پنجم دبستان شهر اصفهان روایی سنجی و اعتباریابی شده است و ضریب پایایی (همسانی درونی) این مقیاس به روش آلفای کرونباخ، $0/93$ و ضریب پایایی آن به روش باز آزمایی $0/94$ گزارش شده است [۳۶]. ضمن اینکه این مقیاس به شیوه دیگر گزارش دهی است و والدین و مربیان این مقیاس را پاسخ می‌دهند. در این پژوهش از فرم والدین استفاده شد.

۳- مقیاس تکانشگری بارات^۱: مقیاس تکانشگری توسط بارات^۲ [۳۷] ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ ماده دارد و آزمودنی‌ها به این مواد به صورت چهار درجه‌ای (۱=به ندرت / هرگز، ۲=گاهگاه، ۳=اغلب، و ۴=تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهند. این مقیاس سه مؤلفه بی‌برنامگی و تکانشگری حرکتی و شناختی را اندازه گیری می‌کند [۳۸]. در یک تحقیق مقدماتی پاتون استفورد و بارات^۳ [۳۹] ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این مقیاس را به ترتیب $0/87$ و $0/79$ گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس، $0/80$ بدست آمد.

روند اجرای پژوهش: بعد از هماهنگی و کسب مجوز از آموزش و پرورش شهرستان نورآباد (دلفان)، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه سازی والدین و مربیان و کسب اجازه از آنها، رضایت والدین و دانش‌آموزان نمونه تحقیق برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس والدین دانش‌آموزان نمونه‌ی تحقیق، آزمون نافرمانی مقابله‌ای را تکمیل کردند و دانش‌آموزان دارای نمره‌ی بالا (دو انحراف معیار بالاتر از میانگین) در این پرسشنامه شناسایی و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. از بین دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ۴۰ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ضمن توجیه دانش‌آموزان و بیان اهداف پژوهش، از دانش‌آموزان درخواست شد تا در دوره درمان این اختلال شرکت کنند. قبل از شروع روش آموزشی، والدین هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش آزمون قرار

1 - Impulsiveness Scale

2 - Barratt

3 - Patton, Stanford & Barrett

جدول ۱) محتوای جلسات آموزش کنترل تکانه متناسب با دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

محتوای جلسات	جلسات آموزش کنترل تکانه
(۱) معارفه و تشخیص موقعیت کلی؛ این جلسه با هدف آشنایی دانش‌آموزان با پژوهشگر و فراهم کردن زمینه درک و تفاهم متقابل و بیان انتظارات پژوهشگر از دانش‌آموزان انجام شد.	جلسه اول
(۱) آگاهی از اختلال نافرمانی مقابله‌ای و رویکرد آموزشی کنترل تکانه؛ (۲) افکار و احساسات دانش‌آموزان که منجر به رفتارهای تکانه‌ای و خودتخریبی می‌شود، شناسایی و مورد ارزیابی قرار داده می‌شود. زمانی که این نمونه‌ها شناخته شد، ممکن است که آزمودنی روش‌هایی بیابد که در اجرا، نتیجه مشابهی دارد و موجب کاهش عواطف منفی و احتمالاً افزایش سازگاری او می‌شود.	جلسه دوم
(۱) بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخهای مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند؛ (۲) با همکاری دانش‌آموزان افکار و احساساتی که منجر به خودتخریبی یا رفتارهای تکانشی ناسازگار می‌شود، بررسی می‌شود؛ (۳) تکالیف خانگی از دانش‌آموزان خواسته می‌شود که تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آنها می‌شوند را یادداشت کنند.	جلسه سوم
(۱) به تأخیر انداختن و مقابله با پاسخهای تکانه‌ای؛ (۲) بارش مغزی؛ (۳) در این جلسه به دانش‌آموزان آموزش داده می‌شود تا با پاسخ‌هایی که منجر به رفتارهای تکانه‌ای می‌شود، مقابله نمایند. در واقع به آنها آموزش داده می‌شود که پاسخ به آن تکانه را به تدریج به تأخیر بیندازند و بین خواست و دریافت، مدت زمان را طولانی‌تر کنند؛ این پاسخ می‌تواند شناختی (مثلاً، قبل از عمل تا ده بشمرند) و یا حل مسأله اجتماعی باشد و یا عضلات خود را آرام کنند (برای مثال: آرامش عضلانی). پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند عموماً موجب منحرف شدن توجه می‌شود. (۴) تکالیف خانگی مرور و تمرین این تکالیف.	جلسه چهارم
(۱) خطاهای تفسیری کدامند؟ (نامگذاری، برچسب زدن، تشخیص گذاری، انسانیت زدایی و پاسخ واکنشی) هر یک از خطاهای تفسیری خودتان و دوستانتان را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری چکار کنیم؟ و نتیجه خطاهای تفسیری در روابط ما با دیگران چیست؟ (۲) به دانش‌آموزان کمک می‌شود تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به یک سطح منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند. مثلاً به دانش‌آموزان یاد داده می‌شود که پاسخ‌های درونی، افکاری هستند که با تکانه‌ها ناسازگارند. برای مثال گفتن این جمله با خود که: این واقعاً مسخره است، من به جای خشمگین شدن لبخند خواهم زد، تمرین و بازخورد	جلسه پنجم
(۱) فنون گوش دادن، فنون پیکان رو به پایین، توجه به زبان بدنی، ابراز وجود پرهیز از نامگذاری، برچسب زدن، تشخیص گذاری، انسانیت زدایی و پاسخ واکنشی. فنون بالا را در رفتارهای خود و دوستانتان دنبال کنید؛ (۲) آگاهی درمانگر از انگیزه‌های دانش‌آموزان مبنی بر انجام رفتارهای تکانه‌ای؛ (۳) اگر انگیزه رفتارهای خود تخریبی مشخص شود، ممکن است که روش‌های کم‌خطرتری را جایگزین رفتارهای سابق خود سازد و بسیار احتمال دارد که رفتارهای جایگزین سازگاران نیز باشد.	جلسه ششم
(۱) تثبیت؛ (۲) در این مرحله موقعیت‌های واقعی که دانش‌آموز با آنها مواجه بوده است، در کلاس مطرح و تشریح می‌شود. همچنین در این مرحله، از شیوه پسخوراند گروهی و تقویت استفاده می‌شود و از دانش‌آموزان خواسته می‌شود که به تعمیم الگوی کنترل تکانه در تمام مراحل زندگی، بپردازند.	جلسه هفتم
جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.	جلسه هشتم

جدول ۲) آماره‌های توصیفی ترتیب تولد درگروه‌های

یافته‌ها

نمونه

ترتیب تولد				موقعیت
کنترل		آزمایش		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۰	۴	۳۰	۶	فرزند اول
۲۵	۵	۳۵	۷	دوم
۳۰	۶	۲۵	۵	سوم
۲۵	۵	۱۰	۲	چهارم و بالاتر
۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	کل

بر اساس جدول ۲ میانگین (و انحراف) معیار سنی دانش-آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با ۱۳/۷۳ (و ۲/۴۱) و ۲۴/۱۴ (و ۲/۱۲) بود. در گروه آزمایش ۳۰ درصد (۶ نفر) فرزند اول، ۳۵ درصد (۷ نفر) فرزند دوم، ۲۵ درصد (۵ نفر) فرزند سوم و ۱۰ درصد (۲ نفر) فرزند چهارم و بالاتر بودند. همچنین در گروه کنترل ۲۰ درصد (۴ نفر) فرزند اول، ۲۵ درصد (۵ نفر) فرزند دوم، ۳۰ درصد (۶ نفر) فرزند سوم و ۲۵ درصد (۵ نفر) فرزند چهارم و بالاتر بودند.

جدول ۳) آماره‌های توصیفی سطح تحصیلات والدین در گروه‌های مورد مطالعه

سطح تحصیلات والدین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای								موقعیت
کنترل				آزمایش				
مادران		پدران		مادران		پدران		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۴۰	۸	۳۵	۷	۴۵	۹	۲۰	۴	سیکل
۳۰	۶	۴۰	۸	۳۰	۶	۳۵	۷	دیپلم
۳۰	۶	۲۰	۴	۱۵	۳	۳۰	۶	فوق دیپلم
-	-	۵	۱	۱۰	۲	۱۵	۳	لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	

بودند. در گروه کنترل ۳۵ درصد (۷ نفر) از پدران دارای تحصیلات سیکل، ۴۰ درصد (۸ نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۲۰ درصد (۴ نفر) دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۵ درصد (۱ نفر) از پدران گروه کنترل دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. همچنین از بین مادران گروه کنترل ۴۰ درصد (۸ نفر) دارای تحصیلات سیکل، ۳۰ درصد (۶ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و ۳۰ درصد (۶ نفر) از مادران نیز دارای تحصیلات فوق دیپلم بودند.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش ۲۰ درصد (۴ نفر) پدران دارای تحصیلات سیکل، ۳۵ درصد (۷ نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۳۰ درصد (۶ نفر) دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۱۵ درصد (۳ نفر) از پدران نیز دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. همچنین در گروه آزمایش ۴۵ درصد (۹ نفر) از مادران دارای تحصیلات سیکل، ۳۰ درصد (۶ نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۱۵ درصد (۳ نفر) دارای تحصیلات فوق دیپلم و نیز ۱۰ درصد (۲ نفر) از مادران نیز دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر

جدول ۴) میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای در پیش‌آزمون -

پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

متغیر		مؤلفه		گروه آزمایش						گروه کنترل			
				پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
				۱/۸۴	۱۵/۴۰	۱/۶۳	۲۳/۸۵	۱/۸۰	۲۰/۷۰	۲/۱۵	۲۲/۳۵	۲/۳۶	۲۳/۶۵
				۱/۵۰	۱۶/۰۵	۲/۷۲	۲۴/۲۰	۱/۶۰	۲۱/۶۰	۲/۴۰	۲۱/۱۰	۲/۵۴	۲۱/۴۵
				۱/۷۳	۱۶/۲۰	۲/۷۸	۲۲/۵۰	۱/۷۱	۲۱/۱۰	۱/۸۴	۲۱/۶۰	۳/۲۰	۲۳/۹۵
				۳/۲۳	۴۷/۶۵	۳/۸۴	۷۰/۵۵	۳/۲۳	۶۳/۴۰	۳/۶۳	۶۵/۰۵	۴/۷۴	۶۹/۰۵
				۱/۲۰	۱۳/۱۰	۲/۱۱	۱۹/۵۰	۱/۲۰	۱۷/۵۵	۲/۸۷	۱۹/۵۵	۲/۱۴	۲۱/۲۰
				۱	۱۰/۷۵	۱	۱۰/۷۵	۱	۱۰/۷۵	۱	۱۰/۷۵	۱	۱۰/۷۵

گروه آزمایش در تکانشگری ۳۸/۳۰ (و ۲/۷۳) و نافرمانی مقابله‌ای ۱۰/۷۵ (و ۱) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در تکانشگری ۶۹/۰۵ (و ۴/۷۴) و نافرمانی مقابله‌ای ۲۱/۲۰ (و ۲/۱۴)، نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در تکانشگری ۶۵/۰۵ (و ۳/۶۳) و نافرمانی مقابله‌ای

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در تکانشگری ۷۰/۵۵ (و ۳/۸۴) و نافرمانی مقابله‌ای ۱۹/۵۰ (و ۲/۱۱)، نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در تکانشگری ۴۷/۶۵ (و ۳/۲۳) و نافرمانی مقابله‌ای ۱۳/۱۰ (و ۱/۲۰) و نمره پیگیری دانش‌آموزان

گروه گواه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت چندانی با هم ندارند. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمونهای باکس و لون استفاده شد.

۱۹/۵۵ (و ۲/۸۷) و در مرحله پیگیری نمره تکانشگری ۶۳/۴۰ (و ۳/۲۳) و نافرمانی مقابله‌ای ۱۷/۵۵ (و ۴/۷۴) می‌باشد. به عبارتی نمرات گروه آزمایش در تمام مؤلفه‌های تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای کاهش داشته است. اما در

جدول ۵) نتایج آزمون لون در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات مؤلفه‌های تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای در پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

لون				Levene's
P	F	DF2	DF1	
۰/۵۴۹	۰/۳۶۶	۳۸	۱	پس‌آزمون بی‌برنامگی
۰/۵۲۳	۰/۴۱۶	۳۸	۱	پیگیری بی‌برنامگی
۰/۱۸۶	۱/۸۱۱	۳۸	۱	پس‌آزمون شناختی
۰/۴۸۶	۰/۴۹۶	۳۸	۱	پیگیری شناختی
۰/۹۲۹	۰/۰۰۸	۳۸	۱	پس‌آزمون حرکتی
۰/۱۷۱	۱/۹۵۰	۳۸	۱	پیگیری حرکتی
۰/۹۴۷	۰/۰۰۵	۳۸	۱	پس‌آزمون تکانشگری
۰/۲۷۳	۱/۲۳۹	۳۸	۱	پیگیری تکانشوی
۰/۲۵۷	۱/۳۲۶	۳۸	۱	پس‌آزمون نافرمانی مقابله‌ای
۰/۲۴۶	۱/۱۲۳	۳۸	۱	پیگیری نافرمانی مقابله‌ای

واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون لون و عدم معنی داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است.

براساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها در مرحله پس‌آزمون با ($F=۲/۶۴$ ، $P=۰/۴۶۵$ و $BOX=۸/۴۷$) و پیگیری با ($F=۱/۳۳$ ، $P=۰/۲۶۷$ و $BOX=۶/۳۴$) معنی دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های

جدول ۶) اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) در مرحله پس-

آزمون و پیگیری

موقعیت	آزمون	ارزش	DF فرضیه	DF خطا	F	P	ES
عضویت گروهی پس‌آزمون	پیلایی-بارتلت	۰/۸۸۶	۴	۳۱	۶۰/۴۶۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۸۶
	لامبدای ویلکز	۰/۱۱۴	۴	۳۱	۶۰/۴۶۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۸۶
	اثر هتلینگ	۷/۸۰۱	۴	۳۱	۶۰/۴۶۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۸۶
	بزرگترین ریشه روی	۷/۸۰۱	۴	۳۱	۶۰/۴۶۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۸۶
عضویت گروهی پیگیری	پیلایی-بارتلت	۰/۹۴۹	۴	۳۱	۱/۴۴۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۴۹
	لامبدای ویلکز	۰/۰۵۱	۴	۳۱	۱/۴۴۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۴۹
	اثر هتلینگ	۱۸/۵۷۶	۴	۳۱	۱/۴۴۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۴۹
	بزرگترین ریشه روی	۱۸/۵۷۶	۴	۳۱	۱/۴۴۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۴۹

معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر این فرضیه که آموزش کنترل تکانه باعث کاهش تکانشگری و علائم مرضی اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود در سطح معنی‌داری $P < 0.001$ تأیید می‌شود.

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، عامل بین آزمودنیهای گروه (آموزش کنترل تکانه) بر تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون ($F(31, 4) = 60.462, P < 0.001$) و نیز در مرحله پیگیری ($F(31, 4) = 1/440, P < 0.001$) اثر

جدول ۷) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) برای نمرات مؤلفه‌های تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای (ODD) در دو گروه آموزش مهارت‌های کنترل تکانه و گروه گواه

متغیر	مؤلفه	SS	DF			MS	F	P	Eta
			گروه	خطا	کل				
تکانشگری	پس‌آزمون بی‌برنامگی	۳۴۶/۲۰۸	۱	۳۴	۴۰	۸۲/۰۷۵	$P \leq 0.001$	۰/۷۰۷	
	پیگیری بی‌برنامگی	۴۸۵/۲۴۳	۱	۳۴	۴۰	۱۶۹/۱۹۱	$P \leq 0.001$	۰/۸۳۳	
	پس‌آزمون شناختی	۱۶۷/۹۲۰	۱	۳۴	۴۰	۵۴/۱۳۱	$P \leq 0.001$	۰/۶۱۴	
	پیگیری شناختی	۴۸۶/۰۴۶	۱	۳۴	۴۰	۲۰۹/۱۴۲	$P \leq 0.001$	۰/۸۶۰	
	پس‌آزمون حرکتی	۱۶۵/۱۷۵	۱	۳۴	۴۰	۵۶/۹۹۳	$P \leq 0.001$	۰/۶۲۶	
	پیگیری حرکتی	۳۸۱/۲۰۹	۱	۳۴	۴۰	۱۵۷/۱۶۲	$P \leq 0.001$	۰/۸۲۲	
	پس‌آزمون تکانشگری	۱۹۷۲/۸۹۷	۱	۳۴	۴۰	۲۰۶/۵۸۸	$P \leq 0.001$	۰/۸۵۹	
	پیگیری تکانشگری	۴۰۴۴/۸۶۶	۱	۳۴	۴۰	۴۴۹/۹۹۰	$P \leq 0.001$	۰/۹۳۰	
نافرمانی مقابله‌ای	پس‌آزمون نافرمانی مقابله‌ای	۲۲۹/۴۳۸	۱	۳۴	۴۰	۴۵/۸۶۸	$P \leq 0.001$	۰/۵۷۴	
	پیگیری نافرمانی مقابله‌ای	۲۷۲/۱۴۴	۱	۳۴	۴۰	۸۳/۹۶۱	$P \leq 0.001$	۰/۷۱۲	

نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه است. همچنین میزان اندازه اثر در مرحله پس‌آزمون در نافرمانی مقابله‌ای ۰/۵۷ است، یعنی ۵۷ درصد تغییرات نمرات پس‌آزمون، مربوط به آموزش کنترل تکانه بوده است. به علاوه، میزان اندازه اثر نیز در مرحله پیگیری ۰/۷۱ است، یعنی ۷۱ درصد تغییرات نمرات مرحله پیگیری، مربوط به آموزش کنترل تکانه بوده است. و این نشان دهنده تداوم تأثیر آموزش کنترل تکانه بر کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان گروه آزمایش است.

بحث

هدف پژوهش حاضر اثر بخشی آموزش کنترل تکانه بر تکانشگری و بهبود نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های کنترل تکانه، موجب کاهش تکانشگری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر، برای مثال [۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰] مبنی بر اینکه آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری (کنترل تکانه)، باعث

بر اساس نتایج حاصل از آزمون مانکوا، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، آموزش کنترل تکانه بر بی‌برنامگی در مرحله پس‌آزمون ($F(31, 4) = 346/208, P < 0.001$) و مرحله پیگیری ($F(31, 4) = 485/243, P < 0.001$)، بر تکانشگری شناختی در مرحله پس‌آزمون ($F(31, 4) = 167/920, P < 0.001$) و مرحله پیگیری ($F(31, 4) = 486/046, P < 0.001$)، بر تکانشگری حرکتی در مرحله پس‌آزمون ($F(31, 4) = 165/175, P < 0.001$) و مرحله پیگیری ($F(31, 4) = 381/209, P < 0.001$) و بر تکانشگری کل در مرحله پس‌آزمون ($F(31, 4) = 1972/897, P < 0.001$) و در مرحله پیگیری ($F(31, 4) = 4044/866, P < 0.001$) نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون ($F(31, 4) = 229/438, P < 0.001$) و در مرحله پیگیری ($F(31, 4) = 272/144, P < 0.001$) اثر معنی‌داری دارد. میانگین نمرات تعدیل شده تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای بین گروه‌های آموزشی کنترل تکانه و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر کاهش تکانشگری و علائم مرضی اختلال

پیشرفت تحصیلی، پایین نیز موجب طرد آنها می‌شود، چرا که اغلب دانش‌آموزان عادی ترجیح می‌دهند با دانش-آموزانی رابطه برقرار کنند که علاوه بر پیشرفت تحصیلی از تعاملات اجتماعی سازنده برخوردار باشند [۲۸]. از آنجا که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به دانش‌آموزان عادی با درجات بالایی از آسیب در مهارت‌های اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی برخوردارند [۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۹]. و این تجارب، انزو، طرد و مورد غفلت واقع شدن ممکن است به شکل‌گیری الگوهای رفتاری متفاوتی بیانجامد، اغلب کودکانی که طرد می‌شوند رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی بروز می‌دهند و این کودکان بیشتر دارای هراس اجتماعی و گوشه‌گیری هستند [۱۴، ۴۳].

همچنین نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های کنترل تکانه، موجب کاهش علائم مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شده است. این نتایج با پژوهش‌های دیگر، [برای مثال ۱، ۳۱، ۳۲] مبنی بر اینکه درمان‌های شناختی- رفتاری از جمله مهارت‌های حل مسأله و کنترل تکانه می‌توانند علائم مرضی اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای، بیش‌فعالی/ نقص توجه و اختلال سلوکی را کاهش دهد، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به گروه بهنجار در رمزگردانی و پردازش اطلاعات اجتماعی، عملکرد ضعیفی دارند که این امر منجر به رفتارهای ایدایی و پرخاشگرانه در این دانش‌آموزان می‌شود [۷، ۸، ۹]. همچنین رفتار آشکار در این دانش‌آموزان به وسیله جریان شناختی، میانجی‌گری نمی‌شود و این افراد نمی‌توانند یاد بگیرند که با کنترل و تغییر فرآیندهای شناختی، رفتار خود را تغییر دهند [۱۹]. در تبیین دیگر این نتایج می‌توان گفت که روابط بین والدین و فرزندان به طور خاص، تأثیر عمیقی بر سلامت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی کودک دارد [۴۴]. در واقع تعاملات خانوادگی ضعیف، شامل فرزند پروری بی‌ثبات و مبتنی بر تنبیه، نگرش والدین طرد کننده یا سرد، قوانین انضباطی سخت و ناپایدار، دلبستگی ناایمن، نظارت یا کنترل ناکافی والدین و اختصاص زمان اندک به کودک و فقدان ارتباط مثبت [۴۵]. به عنوان عوامل خطر و پیش‌بینی کننده در نظر

کاهش رفتارهای ایدایی و افزایش خودکنترلی و تعاملات اجتماعی افراد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به دلیل عدم یادگیری روش‌های درست به صورت نامطلوب رفتار می‌کنند. به طوری که اصلی‌ترین مشکل این قبیل افراد، به ناتوانی آنها در ارزیابی و نظارت بر رفتارشان ارتباط دارد که باعث می‌شود توانایی انتظار کشیدن را نداشته باشند و بدون توجه به پیامدهای احتمالی، دست به انجام کاری بزنند و از لحاظ اجتماعی منزوی و از لحاظ روانی آسیب‌پذیر باشند؛ اما مهارت‌های کنترل تکانه که متضمن خودنظارتی، خودارزیابی و خودتقویتی است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های ذکر شده را در خود تقویت نمایند و بدون نیاز به کمک دیگران تکالیف خود را انجام دهند و از عهده مسئولیت‌های اجتماعی برآیند [۴۰]. از این رو، بر اساس نتایج پژوهش‌ها یکی از بهترین روش‌های اصلاح رفتار کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات رفتاری، آموزش مهارت‌های کنترل تکانه است [۴۱]. چرا که این آموزش باعث می‌شود که دانش‌آموزان یاد بگیرند که خودشان به صورت درونی بر رفتار خود نظارت کنند، رفتار خود را مورد ارزیابی قرار دهند، پیامدهای آن را در نظر داشته‌باشند و در نتیجه به خودتقویتی یا خودتنبیهی بپردازند. خودکنترلی به دلیل اینکه به کودکان و نوجوانان اجازه می‌دهد تا رفتارشان را در غیاب حمایت و نظارت بزرگسالان اداره کنند، بسیار مؤثر است و به آنها می‌آموزد تا نسبت به رفتارشان احساس مسئولیت کنند و در نتیجه این حس مسئولیت سبب می‌شود تا از لحاظ روانی نیز بهبود یابند. بنابراین می‌توان با آموزش مهارت‌های کنترل تکانه به دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، میزان خودکنترلی آنان را افزایش داد که در نتیجه آن بسیاری از مشکلات آنها، از جمله مشکل در مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای مزاحم کاهش، و مهارت‌های اجتماعی و سلامت روان آنها افزایش خواهد یافت. همچنین می‌توان گفت دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بیشتر از دانش‌آموزان عادی در معرض خطر ابتلا به افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی و اقدام به خودکشی قرار دارند؛ زیرا اغلب از جامعه طرد می‌شوند [۴۲]. علاوه بر این،

آموزان، باعث می‌شود این دانش‌آموزان در برخورد با مسائل اجتماعی و تحصیلی که منجر به ناکامی می‌شود، به جای پاسخگویی بدون تفکر و تکانشی، راه‌حلهای متعددی برای حل این مشکل پیدا کنند و از تکنیک‌های مسأله‌مدار استفاده نمایند تا هیجان مدار و این مهارتها ضمن حمایت از روابط محترمانه آنها با دیگران، می‌تواند در طول زمان تداوم داشته باشد [۶].

به طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش کنترل تکانه، به منزله یک خصیصه شخصیتی می‌تواند بر کاهش رفتارهای تکانشی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیرگذار باشد. بر این اساس، می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری پژوهش اشاره کرد. در سطح عملی، با تهیه‌ی برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای اصلاح و تغییر ویژگی‌های شخصیتی، می‌تواند مهارتها و راهبردهای مناسب و کارآمد در زمینه بهبود مهارت‌های اجتماعی و کنترل تکانه را به دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال آموزش دهد. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به غنای نظریه‌های فعلی مربوط به شخصیت، مهارت‌های اجتماعی و تکانشگری کمک کند. در مجموع از جمله محدودیت‌های پژوهش مختص بودن نمونه به دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی شهرستان نورآباد (دلفان) که محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج به شهرهای دیگر و به دیگر دانش‌آموزان و از جمله دانش‌آموزان دختر با مشکل مواجهه می‌کند. با توجه به فراوانی این اختلال در دوران کودکی و نوجوانی که میزان مراجعه به مراکزهای درمانی روز به روز به علت این اختلال و همبودی آن با سایر اختلالات رفتاری (اختلال سلوک، بیش‌فعالی/ نقص توجه و ناتوانی‌های یادگیری خاص)، بالا می‌رود. انجام پژوهش‌های روانشناختی مرتبط با این آسیب اجتماعی می‌تواند به شناسایی و درمان مشکلات روانی در این دانش‌آموزان کمک‌های شایان توجهی کند. پیشنهاد می‌شود برنامه آموزشی کنترل تکانه، برای کاهش تکانشگری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در مدارس و روی خانواده آنها توسط روان‌شناسان و مشاورین متخصص، برنامه‌ریزی و مورد توجه قرار گیرد.

منابع

1- Steiner H, Remsing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and

گرفته می‌شوند که به طور کلی این کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای تکانشی و پرخطر قرار می‌دهند [۴۶]. از سوی دیگر درمان شناختی - رفتاری و از جمله کنترل تکانه این فرصت را برای این دانش‌آموزان فراهم می‌کند که با فاصله با مشکل خود مواجه شوند و احساس کنند مهارت‌هایی دارند که علی‌رغم وجود مشکلات تحصیلی، اجتماعی و هیجانی، امکان برقراری یک ارتباط لذت بخش را برای آنها ایجاد می‌کند؛ به علاوه، آموزش به گونه‌ای بود که دانش‌آموزان را به تأمل و تفکر و می‌داشت، چرا که مبتنی بر سؤال و تفکر بود و مکرر تأکید می‌شد از پاسخ دادن سریع و تکانشی پرهیز و بیشتر دقت و تأمل کنند [۱۰]. در واقع اثربخشی این رویکرد آموزشی در کاهش رفتارهای تکانشی (شناختی، رفتاری و حرکتی) و افزایش رفتارهای مطلوب اجتماعی، به این دلیل است که در جلسات گروه، مشارکت عملی و کلامی افراد برای پیدا کردن راه حل به شدت مورد توجه قرار گرفته و رفتارهای مطلوب و پاسخ‌های دانش‌آموزان تشویق شده است [۱۰]. از سوی دیگر اثربخشی آموزش مهارت‌های کنترل تکانه را در کاهش علائم مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را این گونه می‌توان تفسیر کرد که یکی از عوامل تشدید رفتارهای تکانشی و ایذایی در این کودکان، کمبود حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، عزت نفس پایین، مشکلات مدرسه، انزوا، رفتارهای پرخطر و اختلالات خلقی و اضطرابی است [۶، ۱۴، ۱۷]؛ بنابراین چون مهارت‌های کنترل تکانه به عنوان یک درمان حمایت‌گرانه ارائه می‌شود و مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است و درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را به درمانجو آموزش می‌دهد و درمانجو ملزم به انجام این تکالیف می‌باشد و زمانی که هر هفته تکالیف از درمانجو خواسته می‌شود به درمانجو بازخورد داده می‌شود، این درمان می‌تواند در کاهش رفتارهای تکانشی بدون برنامه و بدون تفکر مؤثر باشد [۹]. در واقع این روش درمانی با آموزش مهارت‌های اجتماعی مناسب (درون فردی و بین فردی) ابزار جدیدی به دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، برای بیان نظرات و نیازهای فردی و اجتماعی می‌دهد. همچنین این درمان با آموزش مهارت‌های حل مسأله اجتماعی و بارش مغزی به این دانش‌

- 14- Sutton Hamilton S, Armando J. Oppositional defiant disorder. *Am Acad Fam physicians*. 2008; 78(7): 861-868.
- 15- Tiggs PL. Play therapy techniques for African American elementary school-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders. [Dissertation]. Capella University; 2010.
- 16- Bradley MC, Mandell D. Oppositional defiant disorder: A systematic review of evidence of intervention effectiveness. *J Exp Criminol*. 2005; 2(1):343-365.
- 17- Loeber R, Burke JD, Pardini DA. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder and psychopathic features. *J Child Psychol psychiatry*. 2009; 50(1-2):133-142.
- 18- Waxman, S.E. A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders." *Impulsivity in Eating Disorders*. *J Res Behav Sci*. 2011; 8(2):112-128.
- 19- Spencer TJ, Abikoff HB, Connor DF, Biederman J, Pliszka SR, Boellner S, Read SC, Pratt R. Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (adderall XR) in the management of Oppositional Defiant Disorder with or without comorbid attention-deficit / hyperactivity disorder in school aged children and adolescents. *Res Pract*. 2010; 28(3):402-418.
- 20- Doran N, McChargue D, Cohen L. Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*. *J Can Med Assoc*. 2006; 32(1):8-90.
- 21- Fossati A, Barratt ES, Borroni S, Villa D, Grazioli F, Maffei C. Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders. *J psychiatry Res*. 2007; 149(1-3):67-157.
- 22- Ray LIC, Chen SH, Lin WH, Yang YY. Attentional blink in adolescents with varying levels of impulsivity. *J Clin Expr*. 2009; 39(2):197-205.
- 23- Dawe S, Gullo MJ, Loxton NJ. Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as "all-bad"? *J Exp Criminol*. 2012; 32(4):1507-1518.
- 24- Posavac HD, Sheridan M, Posavac S. A cueing procedure to control impulsivity in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Behav Sci*. 1999; 23(4):234-253.
- 25- Rajabi GH. Normalization of Raven's Colored Progressive Matrices Test on Ahvaz Students. *Contemp Psychol*. 2006; 3(1): 23-32. [Persian].
- 26- Greene RW, Ablon JS, Mouteaux MC, Goring JC, Henin A, Raezer-Blakely L, Edwards G, Markey J, Rabbitt S. Effectiveness of Collaborative Problem Solving in Affectively Dysregulated Children with Oppositional Defiant Disorder. Initial Findings. *J Behav Ther Exp Psychiatr*. 2004; 72(6):1157-1164.
- 27- Ronen T. Imparting self-control skills to Decrease Aggressive behavior in a 12 year old boy. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 4(1): 269-288.
- adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 46(1): 41-126.
- 2- Costin J, Lichte C, Hill-Smith A, Vance A, Luk E. Parent group treatments for children with Oppositional Defiant Disorder. Australian Network for Promotion. *Clin Psychol Rev*. 2011; 23(3):121-134.
- 3- Barkley A. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder and psychopathic features. *J Child Psychol psychiatry*. 2009; 50(1-2): 133-142.
- 4- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Behavior problems in children and adolescents. Center of knowledge on Healthy Child Development. Offord Center for Child Studies. Inc.; c2007 [updated 2007 May 19; cited 2007 Jul 16]. Available from: <http://www.aacap.org/>.
- 5- Kaplan H, Sadocks B. Synopsis of psychiatry. Tehran: Arjmand Publication; 2005. P. 232-248 [Persian].
- 6- Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National co morbidity Survey replication. *J Child Psychol and psychiatry*. 2009; 48(7):703-713.
- 7- Ohan JL, Johnston C. Gender appropriateness of symptom criteria for attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Child psychiatry Hum Dev*. 2005; (35): 359-381.
- 8- Hommersen P, Murray C, Ohan J, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: Preliminary evidence of reliability and validity. *J Emot Behav Disord*. 2006; 14(2):118-125.
- 9- Skoulos V, Tryon GS. Social skills of adolescents in special education who display symptoms of oppositional defiant disorder. *Am Second Educ*. 2007; 35(2):103-114.
- 10- Burt SA, Krueger RF, McGue M, Iacono WG. Sources of covariation among attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *J Abnorm Psychol*. 2008; (110):516-525.
- 11- Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monteaux MC, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J psychiatry*. 2002; 15(9): 1214-1224.
- 12- Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part 1. *J Am Acad Child Adolesc psychiatry*. 2000; 39(5):1468-1484.
- 13- Gadow KD, Nolan EE. Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD+ADHD symptoms. *J Child Psychol psychiatry*. 2002; 43:191-2001.

- integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people, *J Affective Disord.* 2010; 121(11):169-174.
- 42- Bender WN, Rosen Krans C, Crane MK. Stress, depression and Suicide among students with Learning disabilities: Assessing the risk. 1999; *J Abnorm Child Psychol.* 2005; 33(2):221-236
- 43- Stone WL, Lagreca AM. The socialstatus of children with learning disabilities: A reexamination. *Child psychiatry Hum Dev.* 2011; 10 (3):23-34.
- 44- Kazdin AE, Whitley MK. Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior [Dissertation]. Texas: A&M University; 2011.
- 45- Lengua LJ, Honorado E, Bush NR. Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. [Dissertation]. McGill University; 2008.
- 46- Webster-Stratton C. Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms. *Am Second Educ.* 2011; 35(2):103-114.
- 28- Barrette PM, Ollendick TH. Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents Prevention and Treatment. Wiley& Sons Ltd, the Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO 198 SQ, England; 2008.
- 29- Wolf LH, Horon ET, Goddard YL. Effect of self-monitoring on students with learning disabilities. *Pers Individ Differ.* 2010; 8(2):263-279.
- 30- Meany-Walen KK. Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary aged children. [Dissertation]. University of North Texas; 2011.
- 31- Presto AS, Heaton SHC, McCann SJ, Watson WD, Selke G. (The Rol of multidimensional attentional abilities in academic skills of children with ADHD. *J La Dacia.* 2011; 42(3):240-249.
- 32- Sukhodolsky DG, Solomon RM, Perine j. "Cognitive- Behavioral, Angef control. Intervention for Elementary School Children: A Treatment outcome study". *J Child Adolesc Group.* 2012; (10):159-170.
- 33- Delavar A. The method research of psychology and educational. Tehran: Virayesh Publisher 2001. P. 99-117. [Persian].
- 34- Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, Bagheri-Yazdi SA, Rahgozar M, Alaghebandrad J, Amini H, Razzaghi EM, Mesgarpour B, Soori H, Mohammadi M, Ghanizadeh A. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Prac Epi Mn Hlth.* 2005; 1 (1):16-29 [Persian].
- 35- Faramarzi S, Abedi A, Ghanbari A. Mother Communication Patterns and Oppositional Defiant Disorder of Children. *J Med Sci.* 2011; (2) 34:90-96. [Persian].
- 36- Abedi A, Faramarzi S, Abedi A. Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy on Reducing Symptoms of Students with Oppositional Defiant Disorder. *J Clin Psychol.* 2013; 4(16):1-10.
- 37- Barratt Es. Impulsivity: integrating cognitive, behavioral. Biological and environmental data. American Psychological Association. *J Exp Criminol.* 1994; 3(1):12-22.
- 38- Besharat MA. Reliability and factorial validity of farsi version of the Impulsiveness Scale with a sample of Iranian students. *J Res Behav Sci.* 2007; 101(14):209-222.
- 39- Patton JH, Stanford MS, Barrett ES. Factor structure of the barratte impulsiveness scale. *J Clin Psychol.* 1995; 51(8):768-774.
- 40- Hashemi T, Beirami M, Eghbali A, Vahedi H, Rezaee R. Effectiveness of verbal self-instruction on improvement the symptoms of oppositional defiant disorder in children. *Res Except Child.* 2009; 9(3):203-210. [Persian].
- 41- Hides L, Carroll S, Catania L, Cotton SM, Baker A, Scaffidi A, Lubman DI. Outcomes of an

The Effect of Impulse Control Training on Impulsiveness and Reduce the Symptoms of Students with Oppositional Deficit Disorder

Sharifi-Daramady, P. Ph.D., Bagean-Kulemarez, M.J. *M.A., Padervand, H. M.A., Gravand, F. Master Student.

Abstract

Introduction: Multidimensional and complex nature of children`s behavioral problems requires assessment and usage of modern treatments. The present study aimed to investigate the efficacy of Impulse Control Training on Impulsiveness and reduce the symptoms of Students with Oppositional Deficit disorder.

Method: This was an experimental research, and a pre-test, post-test, follow-up and control group design was applied. The statistical Universe of the study included elementary school boys in Delfan city in the academic year 1390-91 (A.H.) with oppositional deficit symptoms. The sample consisted of the study included 40 male students from among the male students in Delfan city identified by the scales of Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS) Hommersen, Murray, Ohan & Johnson parent & teacher form and Structured clinical interview and chosen selected cluster through simple random sampling. Then They were assigned to two groups of control and experimental (20 students in each group). In order to measure Structured, clinical interview, scales of Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS) Hommersen and Etal and Impulsiveness Barrette Scale, Both the pret-est, post-test, and follow-up was two months old. The implementation process Experimental group received Impulse Control Training for 2 months (8 sessions of 1 hour) while the control group received no training at all. For statistical data analysis, variance analysis with repeated measures is used.

Results: The results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) showed that impulse control training of Impulsiveness and reducing symptoms of students with Oppositional Defiant disorder was effective. Results indicated that there is a meaningful difference between the rate of symptoms of impulsiveness and oppositional defiant disorder in both control and experimental group in post-test and follow-up stages.

Conclusion: Results of this research showed that Impulse Control Training is on reducing symptoms of oppositional defiant disorder and impulsive behavior in students and can be used as an effective intervention to eliminate or decrease oppositional defiant behaviors.

Keywords: Impulse Control Training, Oppositional Defiant Disorder, Impulsiveness, Students

*Correspondence E-mail:
Javadbagiyan@yahoo.com