MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Nov. **Research Article**

Effect of Cognitive Behavior Therapy for Mothers of Aggressive daughters on Aggression Reduction among their Daughters: A Quasi-experimental Study

Kabiri M.[1], *Haghani Zemydani M.[2], Khazan K.[3], Shafiee H.[4]

Author Address
1. MA in Psychology, Department of psychology, Esfahan University, Esfahan, Iran;
2. MA in career counseling, Faculty of psychology & Educational sciences, Allameh Tabataba'i I University, Tehran, Iran;
3. M.A in Rehabilitation Counseling, Department of Counseling, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran;
4. MA in Clinical Psychology, Department of psychology, Islamic Azad University Bushehr Branch, Bushehr, Iran.
***Corresponding Author Address:** Dehkadeh Olyampic Square Shahid Hemmat Highway, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
***Tel:** +98 (45) 32770304; ***E-mail:** mojtaba.haghani2014@gmail.com

Received: 2016 September 17; **Accepted:** 2017 March 4

Abstract
Objective: Mother personality characteristics, psychological problems, and the type of relationship between mother and child are different aspects of parenting - a significant contribution to the development of children with externalizing disorders. Cognitive - behavioral intervention therapy is thought to reduce the frequency and severity aggressive and violent behavior. The purpose of this study was to investigate the effect of cognitive- behavioral therapy for mothers of aggressive daughters on reducing aggressive and violent behavior among their daughters.
Methods: This study employed a quasi-experimental pre-test and post-test control group design. The study population was all mothers of daughters studying in secondary schools in Shahriar-Iran. The participants-selected through convenience sampling- were 32 mothers, who were assigned to control and experiment groups in equal numbers. The entrance criteria were the risk of psychological illness, being in the age range 30-45 years, not receiving psychological services from other centers, and having a diploma of higher degree. Child Behavior Checklist (CBCL) And Achenbach Adolescent self-evaluation questionnaire (YSR) were used for data collection. The experimental group was trained for 8 sessions of 2 hours in cognitive – behavioral training; while the control group did not receive any training. The data were analyzed by means of Univariate Analysis of Covariance (ANCOVA).
Results: Analysis of the results showed that the mean difference between the two groups were significant ($P<0.05$). So it is concluded that cognitive – behavioral training reduced aggressive and violent behavior of intervention group significantly. Aggression and violations behaviors scores of intervention group in all sub-scales were also significantly lower in post-test compared to control group ($p<0.001$). Results also indicate that there was a significant difference between experimental and control groups in terms of aggression and violations. The results showed that Cognitive Behavioral training for Mothers reduced their daughters' aggressive and violent behavior ($P<0/001$).
Conclusion: The results suggested that CBT performed can be effective in reducing aggression and violations among the girls whose mothers had received the therapy.
Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Externalizing Problems, Aggression, Violations Behaviors, Adolescent.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.55.3]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷)

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش شناختی_ رفتاری به مادران بر کاهش پرخاشگری و قانون‌شکنی فرزندان دختر

میترا کبیری[۱]، *مجتبی حقانی زمیدانی[۲]، کاظم خزان[۳]، هادی شفیعی سیف‌آبادی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۲. کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۳. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر، بوشهر، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** تهران، بلوار دهکدهٔ المپیک تقاطع بزرگراه شهید همت، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

***تلفن:** ۳۲۷۷۰۳۰۴ (۰۴۵)؛ ***رایانامه:** mojtaba.haghani2014@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۲۷ ؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۵/۱۲/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: نوع ارتباطی که بین مادر و فرزندان وجود دارد سهم زیادی در ابتلای فرزندان به اختلالات برونی‌سازی دارند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش شناختی_ رفتاری به مادران بر کاهش پرخاشگری و قانون‌شکنی فرزندان دختر انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون_ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مادرانِ دارای فرزند دختر مشغول به تحصیل در مدارس متوسطهٔ اول شهرستان شهریار بود که از این میان ۳۰ نفر از این مادران به‌شیوهٔ نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین گردیدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو مقیاس سیاههٔ رفتاری کودک_ فرم والدین (CBCL) و فرم خودسنجی نوجوان (YSR) استفاده شد. گروه آزمایش، به‌مدت ۸ جلسهٔ گروهی ۲ ساعته تحت آموزش شناختی_ رفتاری قرار گرفت؛ در حالی که گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخلهٔ شناختی_ رفتاری مادران، رفتارهای پرخاشگرانه و قانون‌شکنانه فرزندان دختر گروه آزمایش را درمقایسه با گروه کنترل کاهش داده است ($p \leq ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: شرکت در جلسات گروهی آموزش شناختی_ رفتاری از سوی مادران در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده (پرخاشگری و قانون شکنی) دختران نوجوان مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی_ رفتاری، مشکلات برونی‌سازی‌شده، پرخاشگری، قانون شکنی، نوجوان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.55.3]

۱ مقدمه

نوجوانی از دوره‌های رشدی بسیار حساس و پیچیدهٔ فرد و دوران طوفان و تنش شدید است (۱). به‌واسطهٔ ویژگی‌های تحولی این دوره، نوجوانان بیش از سایر گروه‌های سنی، دست به رفتارهایی می‌زنند که سلامت حال یا آینده‌شان را در معرض خطر قرار می‌دهد و در مواردی موجب بروز مشکلات رفتاری برای آن‌ها شود (۲). از جمله مسائل این دوره که پیامدهای منفی اجتماعی، سلامتی و رفتاری داشته و افراد، خانواده و جامعه را متأثر می‌سازد، اختلالات رفتاری برونی‌سازی[1] است (۳). در جمعیت‌های ارجاعی به درمانگاه‌ها، میزان شیوع این اختلالات بیش از ۵۰ درصد گزارش شده (۴) و دربرگیرندهٔ دو گروه رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه بوده و شامل اختلال نارسایی توجه‌ـ بیش‌فعالی[2]، اختلال سلوک[3] و اختلال نافرمانی مقابله‌ای[4] است (۵). پیش‌آگهی این اختلالات نامطلوب بوده و افراد مبتلا در آینده در معرض خطر مشکلاتی همچون سوءمصرف مواد و الکلیسم، اختلالات یادگیری، خلقی، اضطرابی، رفتارهای پرخطر، روابط اجتماعی ضعیف و خطر بستری‌شدن مکرر قرار می‌گیرند. (۶/۷).

یکی از رویکردهای مؤثر در رفع اختلالات رفتاری نوجوانان، رویکرد شناختی‌ـ رفتاری است (۸). درمان شناختی‌ـ رفتاری[5] مداخله‌ای درمانی از طریق کاهش فراوانی و شدت پاسخ‌های سازش‌نیافته درمان‌جویان و آموزش مهارت‌های جدید شناختی‌ـ رفتاری آن‌هاست که موجب کاهش رفتارهای ناخواسته و افزایش معنادار در رفتارهای سازش‌یافته می‌شود. نتایج مطالعات حاکی از اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری در کاهش مشکلات برونی‌سازی کودکان و نوجوانان است (۹). این روش درمانی می‌تواند باعث کاهش سبک‌های پرخاش‌گرانه، تنبیهی و قدرتی و انفعالی بیجا، پرخاشگری کلامی و واکنشی‌شده و سبک حل مشکلات اجتماعی شایسته، سازگاری اجتماعی، جرأت‌مندی و پذیرش خویشتن را افزایش دهد (۱۰).

از سوی دیگر، مدل‌های اکولوژیک تحول[6] تأکید دارند که رفتارها، نتیجهٔ تعامل ویژگی‌های فرد و بافت تحولی آن‌هاست؛ این مدل چارچوب مناسبی برای مطالعهٔ عواملی که خطر ایجاد رفتارهای مشکل‌ساز را افزایش می‌دهند فراهم می‌نماید؛ از این‌رو، برجسته‌ترین عامل در بروز مشکلات هیجانی و رفتاری در فرزندان، بافت و محیط خانواده است (۱۱). از میان اعضای خانواده، مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می‌کند؛ لذا مهمترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی فرزند به عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می‌شود (۵). وینکوت (۱۲) خاطر نشان می‌سازد: «مادر و فرزند مجموعه‌ای را تشکیل می‌دهند که هرگونه ارزیابی و تلاش در قلمروی درمان‌گری، باید آن را در نظر گیرد». ویژگی‌های شخصیتی مادر، مشکلات روان‌شناختی آن‌ها و نوع ارتباطی که بین مادر و فرزندان وجود دارد ـ که خود را در قالب شیوهٔ فرزندپروری[7] نشان می‌دهدـ سهم زیادی در ابتلای فرزندان به اختلالات برونی‌سازی دارند (۱۳/۱۴)؛ بنابراین گاهی بهتر است به جای کودک، والدین تحت درمان قرار گیرند. ازآنجاکه رابطهٔ والدـ فرزند رابطهٔ دوسویه است که هر دو همدیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهند، رفتار نامناسب والدین، رفتار نامناسب کودکان را برمی‌انگیزد؛ ازاین‌رو تلاش برای ارتقای بهداشت روان فرزندان، نیازمند پرداختن به کیفیت رابطهٔ مادرـ فرزندی است. نتایج تحقیقات نشان می‌دهند مداخلاتی که والدین را هدف قرار می‌دهند از جمله روش‌های مؤثر جهت پیشگیری و کاهش بروز اختلالات برونی‌سازی‌شده، اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، افسردگی، اختلالات سلوک، پرخاشگری و سایر مشکلات رفتاری نوجوانان است و درمان مادر و آموزش به والدین، کاهش مشکلات رفتاری فرزندان را در پی خواهد داشت (۱۵/۱۶/۱۷/۱۸/۱۹/۲۰/۲۱).

با توجه به مطالب بیان‌شده دربارهٔ بروز، سیر و پیشرفت اختلالات برونی‌سازی‌شده در نوجوانان در راستای احساس نیاز به روش‌های درمانی برای ارتقای بهداشت روانی مادران و افزایش پیامدهای مثبت رفتاری در نوجوانان و کمبود تحقیقات بالینی در این حوزه، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش شناختی‌ـ رفتاری به مادران بر کاهش پرخاشگری و قانون‌شکنی فرزندان دختر انجام شد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر به‌روش نیمه‌آزمایشی بود و طرح موردنظر برای اجرا نیز طرح پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مادرانِ دارای فرزند دختر مشغول به تحصیل در مدارس متوسطه اول شهرستان شهریار در سال ۱۳۹۲ بودند. نمونهٔ آماری شامل ۳۰ نفر از این مادران (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بود که بعد از مصاحبهٔ اولیه و داوطلب‌شدن خود افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌شیوهٔ تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. تعداد ۱۶ نفر به عنوان گروه آزمایش مداخلهٔ آموزشی شدند. ابزار سنجش در این پژوهش عبارت بود از:

الف) فهرست رفتاری کودک (CBCL): این مقیاس توسط آخنباخ (۲۲) ساخته شده و توسط والد براساس وضعیت نوجوان در شش ماه گذشته تکمیل می‌شوند. این فرم برای سنین ۶ تا ۱۸ سال استفاده می‌شود. در این پرسشنامه خرده‌مقیاس‌هایی براساس اختلالات DSM-IV-TR تنظیم شده است که عبارتند از: مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه افزون‌کنشی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری که سه مورد نخستین (مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی) تشکیل‌دهندهٔ مشکلات درونی‌سازی‌شده و دو مورد انتهایی (تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری) تشکیل‌دهندهٔ مشکلات برونی‌سازی‌شده هستند و می‌توان نمرات مربوط به این دو خرده‌مقیاس را از مجموع نمرات گویه‌هایی که این مقیاس‌ها را در بر می‌گیرند، به دست آورد. هم‌چنین از مجموع نمرات مقیاس‌های مشکلات درونی‌سازی‌شده و برونی‌سازی‌شده، نمرهٔ مشکلات کلی به دست می‌آید (۲۲). سؤالات مقیاس‌های این پرسشنامه به‌صورت سه

1. Externalizing behavior problem
2. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
3. conduct disorder
4. Obedient Defensive Disorder (ODD)
5. cognitive behavioral therapy(CBT)
6. ecological model of Development
7. Parenting style

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.55.3]

گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً است که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند. هنجاریابی این پرسشنامه توسط مینایی در سال ۱۳۸۵، پس از انطباق‌های لازم به‌لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونهٔ ایرانی انجام شده است. نتایج نشان داده است که ضرایب آلفای کرونباخ، در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنهٔ آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ در CBCL متغیر است (۲۳).

همچنین قبل از اجرای فرایند برای تأیید اطلاعات به‌دست‌آمده از فرم والدین، مقیاس زیر نیز توسط کودکان تکمیل شد:

ب) مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان (YSR): این پرسشنامه برای سنجش مشکلات رفتاری نوجوانان استفاده شد که توسط آخنباخ (۲۲) ساخته شده است. این مقیاس برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال با حداقل تحصیلات در حد پایهٔ پنجم ابتدایی در مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل پاسخ‌گویی است. این مقیاس شامل بخش شایستگی‌ها[1] و سندرم‌ها[2] است. بخش شایستگی‌ها از چهار قسمت فعالیت‌ها، عملکرد تحصیلی، کارآمدی اجتماعی و شایستگی کلی تشکیل شده است. فعالیت‌ها شامل انواع ورزش، انواع سرگرمی‌های غیر ورزشی، مهارت‌ها، شغل و کیفیت آن است. کارآمدی اجتماعی شامل سازمانی است که در آن نوجوان عضویت و فعالیت دارد. میزان فعالیت در آن سازمان‌ها شامل تعداد دوستان و کیفیت رابطهٔ آن‌ها و رفتار با دیگران یا تنها بودن است. بخش سندرم‌ها شامل گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات بدنی، افسردگی/اضطراب، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار بزهکارانه، رفتار پرخاشگرانه و همچنین مقیاس سایر مشکلات رفتاری است که مجموعهٔ ناهمگونی از ناراحتی‌های مختلف مثل رفتار به‌شیوهٔ جنس مخالف، نافرمانی، غذا نخوردن، ترس از مدرسه، ناخن‌جویدن، کابوس، پرخوری، اضافه وزن، کم‌خوری و غیره را تشکیل می‌دهد. تعداد ۱۱۲ سؤال مربوط به مشکلات رفتاری روی مقیاس سه‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. سؤالات شامل مواردی نظیر «زیاد بحث و مشاجره می‌کنم»، «وسایل خودم را خراب می‌کنم» و «زیاد جاروجنجال می‌کنم» است. روایی این پرسشنامه مکرراً بررسی شده است. ضریب همبستگی مقیاس YSR با فرم والدِ پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان CSI-4 بین ۰/۱۵ تا ۰/۲۴ به دست آمده است. همچنین، ضرایب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حبیبی و همکاران در سال ۱۳۸۸ با روش آلفای کرونباخ برای مشکلات کلی ۰/۸۵ به دست آمده است که در حد رضایت‌بخشی است (۲۳). در این پژوهش ازین مقیاس صرفاً برای غربالگری اولیه نوجوانان استفاده شده و تنها داده‌های مقیاس تکمیل شده توسط والد آزمون گردیده است.

ابتدا با کسب اجازه از ادارهٔ آموزش‌ـ پرورش شهرستان شهریار و کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با مدیران مدارس متوسطهٔ دوره اول دخترانه، از طریق فراخوانی که در مدارس اعلام گردید، از مادران دانش‌آموزان دعوت به عمل آمد. سپس با رعایت ملاحظات اخلاقی اعم از بیان اهداف پژوهش، رضایت آگاهانهٔ مراجعه‌کننده، حضور داوطلبانه، حفظ اطلاعات آزمودنی‌ها و کسب اجازه از همسران آن‌ها، رضایت افراد نمونهٔ تحقیق برای شرکت در این پژوهش جلب شد.

جهت مشخص‌کردن رفتارهای برونی‌سازی‌شده (شامل پرخاشگری و قانون‌شکنی) دختران، به‌صورت در دسترس از ۱۵۰ نفر از دختران دانش‌آموز درخواست شد تا فرم پرسشنامهٔ خودسنجی نوجوان (YSR) را کامل کنند. همچنین مادران این دانش‌آموزان نیز سیاههٔ رفتاری کودک‌ـ فرم والدین (CBCL) را تکمیل نمودند و در نهایت با توجه به شیوهٔ نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، ۳۲ نفر از مادران دخترانی که بیشترین میزان رفتارهای برونی‌سازی‌شده را از نظر مادر از خود بروز داده بودند، پس از تأیید آن توسط پرسشنامهٔ خودسنجی، جهت انجام مداخلهٔ شناختی‌ـ رفتاری انتخاب شدند. سپس بعد از تکمیل مقیاس‌های مربوطه با توجه به ملاک‌های ورود (شامل عدم ابتلا به بیماری روان‌شناختی، دامنهٔ سنی ۴۵ـ۳۰ سال، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی از سایر مراکز و داشتن تحصیلات سیکل و بالاتر) ۳۲ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آن‌ها درخواست شد تا پرسشنامه‌های موردنظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند. سپس گروه آزمایش تحت آموزش گروهی شناختی‌ـ رفتاری قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. مدت جلسات درمانی شامل ۸ جلسهٔ ۲ ساعته بود و به‌صورت گروهی و در هفته یکبار در یکی از مدارس شهر شهریار صورت گرفت.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش گروهی

جلسهٔ اول	هدف: آشناسازی متقابل همهٔ اعضا و رهبر، بیان با قواعد و هنجارهای گروه و شروع فرایند همبستگی روش‌ها: ترغیب اعضا به صحبت دربارهٔ خود و زندگی‌شان، تشویق اعضا به بیان احساسات خود
جلسهٔ دوم	هدف: شناخت به برونی‌سازی روش‌ها: بیان ویژگی‌های برونی‌سازی، علت و درمان‌های مناسب، معرفی برنامه آموزشی درمان شناختی و رفتاری به مادران.
جلسهٔ سوم	هدف: آشنایی با مشکل و اهداف درمان روش‌ها: آشنایی مادران با دوران نوجوانی و بلوغ و مسائل مربوط به آن، بحث و مناظره درباره مشکل، تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس
جلسهٔ چهارم	هدف: آموزش دربارهٔ تقویت‌کننده‌ها روش‌ها: تهیهٔ لیستی از رفتار روزانه کودک و مشخص کردن امتیازها و پاداش‌هایی که دوست دارد، آموزشانواع تقویت‌کننده‌ها

1. competencies

2. syndromes

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.55.3]

	و نحوهٔ ارائهٔ آن‌ها، تهیهٔ چارت برای کمک به مادران تا بتوانند تقویت‌کننده‌هایی که استفاده کرده‌اند را بنویسند.
جلسهٔ پنجم	هدف: آموزش تنبیه‌ها و جریمه‌ها روش‌ها: تهیهٔ لیستی از رفتار ضداجتماعی نوجوان توسط مادر، آموزش مادران انواع تنبیه‌ها و جریمه‌ها و نحوهٔ ارائهٔ آن‌ها، تهیهٔ چارت برای کمک به مادران تا بتوانند تنبیه‌ها و جریمه‌هایی که کرده‌اند را بنویسند.
جلسهٔ ششم	هدف: مهارت برقراری ارتباط سالم بین والد و فرزند و افزایش توجه مثبت به رفتار مناسب نوجوان روش‌ها: تحلیل تفکر غیرمنطقی مادران، آموزش به مادران دربارهٔ نحوهٔ درست صحبت‌کردن با نوجوان، توجه و تشویق اعمال مناسب
جلسهٔ هفتم	هدف: حل مسئله و مدیریت زمان و مهارت کنترل خشم روش‌ها: تعریف مسئله و پیداکردن راه‌حل‌های متعدد، ارزیابی سود و زیان راه‌حل‌ها و در نهایت تصمیم‌گیری، مقابله با افکار منفی،آرام‌سازی، نحوهٔ درست نشان‌دادن رنجیده‌شدن یا عصبانیت.
جلسهٔ هشتم	هدف: چگونگی آموزش به کودکان دارای اختلال برونی‌سازی روش‌ها: آموزش به مادران دربارهٔ ارائهٔ مطالب آموخته‌شده به نوجوانان، مرور مطالب قبل و فرآیند گروه، بیان احساسات و نگرش‌ها اعضا دربارهٔ تجربهٔ گروه‌درمانی، تبیین چالش‌های آیندهٔ اعضا، بازخورد عاطفی و فکری اعضا دربارهٔ گروه و پایان آن.

۳ یافته‌ها

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر میانگین سنی گروه آزمایش ۳۲/۸۵ با انحراف معیار ۶/۹۶ بود. میانگین سنی گروه کنترل برابر با ۳۳/۰۹ با انحراف معیار ۶/۰۳ بود. همچنین طبق این یافته‌ها ۵۰درصد مادران دارای مدرک تحصیلی سوم راهنمایی، ۲۵درصد آن‌ها دیپلم و ۲۵درصدشان نیز دارای مدرک تحصیلی دیپلم به بالا بودند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای بررسی در گروه آزمایش و کنترل و مقایسهٔ میانگین‌ها در پیش و پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کوواریانس

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ میانگین‌ها در پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	مقدار F	مقدار p
پرخاشگری	گروه آزمایش	۲۱/۶۸	۲/۵	۱۴/۵۶	۳/۱	۷۳/۱۱	$p<$۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۲۳/۶۶	۳/۲	۲۲/۵۱	۲/۱		
قانون‌شکنی	گروه آزمایش	۲۹/۰۳	۳/۲	۲۰/۷۵	۳/۵	۹۱/۲۴	$p<$۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۲۸/۲۲	۳/۴	۲۹/۲۱	۳/۸		

جدول ۲ مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد که دلالت بر این دارد که میانگین نمرات پس‌آزمون در مولفه‌های پرخاشگری و قانون‌شکنی در مرحلهٔ بعد از مداخله در مقایسه با گروه کنترل تغییر کرده است.

برای انجام آزمون تحلیل کواریانس نیاز به پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگونی واریانس‌ها و همگونی شیب رگرسیون است. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف‌ـ اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است. برای بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لون استفاده گردید که با توجه به عدم معناداری تست لون برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون نتیجه گرفته می‌شود که پیش‌فرض همگونی واریانس‌ها برقرار است. نتایج نشان داد که نمرهٔ پرخاشگری گروه آزمایش در پس‌آزمون متفاوت از گروه کنترل است (f=۷۳/۱۱ و $p<$۰/۰۰۱). همچنین نمرهٔ قانون‌شکنی گروه آزمایش در پس‌آزمون متفاوت از گروه کنترل است (f=۹۱/۲۴ و $p<$۰/۰۰۰)؛ بنابراین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان شناختی‌ـ رفتاری به مادران بر پرخاشگری و قانون‌شکنی فرزندان دختر تأثیر دارد و موجب کاهش آن‌ها در فرزندانشان می‌شود. همچنین اندازه اثر و توان آماری به‌ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۹۱ برای نمرات پرخاشگری و اندازه اثر و توان آماری به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۹۷ برای نمرات قانون‌شکنی نشان می‌دهد که تأثیر آموزش درمان شناختی‌ـ رفتاری به مادران بر پرخاشگری دانش‌آموزان دختر بارز و قوی بوده و توان آماری بالا که نشان از کفایت حجم نمونه و کاهش خطای آماری است.

۴ بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش درمان شناختی‌ـ رفتاری به مادران مشکلات برون‌سازی‌شده نوجوانان راکاهش می‌دهد. اختلالات برونی سازی‌شده از جمله اختلالات رایج در کودکان و نوجوانان بوده و بخش وسیعی از موارد بالینی را شامل می‌شوند. این اختلالات پیش‌رونده و مزمن بوده و مشکلات فزآینده‌ای در زندگی کودک و خانواده‌اش ایجاد می‌کند و فرد مبتلا را با خطر ابتلا به اختلالات وخیم‌تر در دوران بزرگسالی مواجه می‌سازند. در حال حاضر بسیاری

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.55.3]

از عوامل مؤثر در بروز اختلال بر مبنای پژوهش‌های متعدد شناخته شده‌اند که از جمله مهم‌ترین آن‌ها، ناتوانی والدین در مدیریت رفتار کودک و نیز مشکلات روان‌شناختی والدین (بالاخص مادر) هستند (۴). به‌همین‌دلیل، روش درمانی که بتواند شیوهٔ تربیتی مادران را هدف قرار دهد و مشکلات روان‌شناختی آن‌ها را بهبود بخشد، از روش‌های مؤثر در درمان اختلالات برونی‌سازی‌شده است. یکی از مداخلات درمانی بسیار خوب، آموزش شناختی‌ـ رفتاری مادران است. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات دیگر همسو است. برای مثال دانفورس و همکاران (۲۴)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش‌های گروهی برای والدین بر کاهش نشانگان بیش‌فعالی همراه با نقص توجه و رفتارهای مبارزه جویانه/پرخاشگرانه مؤثر بوده است. پرسنال و همکاران (۱۶) نیز در پژوهشی نشان دادند که آموزش‌های والدین جهت بهبود رفتار برونی‌سازی کودکان و خطراتی که برای خانوادهٔ خود ایجاد می‌کنند، مؤثر بوده است. همچنین پژوهش واگون و همکاران (۱۷)، اثربخش‌بودن درمان شناختی‌ـ رفتاری بر روی مادران را بر کاهش اختلال کمبود توجه‌ـ بیش‌فعالی و افزایش شادی فرزندانشان نشان نموده است. چاکو و همکاران (۱۹)، در مطالعهٔ مقدماتی با هدف امکان‌سنجی و اثربخشی استفاده از استراتژی‌هایی برای بهبود برنامه‌های مثبت پدر و مادر، برای مادران مجردی که دارای کودکان مبتلا به ADHD هستند، نشان دادند که این راهبردها برای بهبود رفتارهای این کودکان مؤثر است. مطالعهٔ تکلوی (۱۸) نیز تأثیر مثبت آموزش مادران با استفاده از رویکرد بازی‌درمانی را بر مشکلات رفتاری و اختلالات یادگیری کودکان معلول نشان داده است. همچنین مطالعه لورن و همکاران (۲۰) و کرونیس توسکانو و همکاران (۲۱) نیز اثربخشی آموزش‌های رفتاری والدین را بر کاهش بروز مشکلات رفتاری کودکان به اثبات رسانده است. در جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که آموزش گروهی به والدین موجب شده است که رفتار والدین کارآمد شده، استرس‌های آن‌ها کم شده و علایم رفتار پرخاشگرانه و قانون‌شکنانه در کودکان کاهش یابد. بیرامی (۴) که بیان می‌کند آموزش رفتاری والدین (مادران)کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی در تغییر شیوه‌های تربیتی و بهبود سلامت روانی مادران مؤثر بوده و با آموزش برنامه‌های تصحیح شیوهٔ فرزندپروری می‌توان گام مؤثری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی‌شده و بهبود سلامت روانی این کودکان برداشت؛ رسولی و همکاران (۱۷) که نشان دادند آموزش شناختی‌ـ رفتاری به مادران بر کاهش اختلال کاستی‌ـ توجه/بیش‌فعالی کودکان آن‌ها و افزایش شادکامی والدین، مؤثر است و منجر به کاهش علائم شده است؛ به‌نوعی با تحقیق تکلوی (۱۸) که توانست با آموزش بازی‌درمانی مادران موجب کاهش مشکلات رفتاری در کودکان‌شان شود هم‌خوان است.

در تبیین نتایج بالا می‌توان گفت اختلالات برونی‌سازی (پرخاشگری و قانون‌شکنی) در کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین (بالاخص مادر) و شیوه‌های تربیتی آن‌ها دارد (۱۳). مادران کودکانی که مشکلات برونی‌سازی‌شده دارند، احساس موفقیت و اثربخشی کمتر و احساس خشم، اضطراب و افسردگی بیشتری در مقایسه با مادران کودکان سالم دارند؛ بنابراین درمان مادر، کاهش مشکلات رفتاری کودک را در پی خواهد داشت (۱۵). آموزش شناختی‌ـ رفتاری، نگرش والدین به اختلال کودک خود را تغییر می‌دهد، مهارت‌های والدین را گسترش داده و در نهایت آن‌ها از روش‌های صحیح تربیتی استفاده می‌کنند؛ بنابراین مشکلات والدـ فرزندی به طور چشم‌گیری کاهش می‌یابد در نتیجه این تبیین قانع‌کننده‌ای برای کاهش علائم و بهبود اختلال است (۱۷). به‌طورکلی نتیجهٔ پژوهش‌ها حاکی از آن است که آموزش می‌تواند نگرش والدین را تغییر دهد از جمله پژوهش استینر (۱۷) نشان می‌دهد والدین بعد از آموزش، اظهارات مثبت‌تری دربارهٔ فرزند خود دارند و محبت فیزیکی بیشتری به فرزند می‌کنند. باید توجه داشت که توضیح دربارهٔ ماهیت و علت اختلالات برون‌سازی شده توانسته است شناخت‌های نادرست مادران را به خود و فرزندان‌شان تغییر دهد و احساس گناه و افسردگی، به‌خاطر مقصر بودن خود و احساس خشم به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش داده و به این ترتیب سلامت روانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد؛ اما در توجیه عدم کاهش معنادار مؤلفهٔ قانون‌شکنی در پس‌آزمون می‌توان به کوتاه‌بودن مدت درمان اشاره کرد. چرا که تغییر در کودک مستلزم درونی‌شدن تغییراتی است که در مادر ایجاد شده است و برای تثبیت تغییرات ایجادشده در نحوهٔ تفکر و رفتار مادران به گذشت زمان نیاز دارد. این یافته گویای اهمیت زمان در تغییر باورهاست (۲۵). چرا که باور افراد همان‌گونه که یک‌باره شکل نمی‌گیرد، به یک‌باره هم تغییر نخواهد کرد (۲۶). روشن است که برای انتقال این تغییرات از مادر به کودک به طور اولی نیاز بیشتری وجود دارد.

پژوهش حاضر به دلیل خودگزارشی‌بودن ابزار اندازه‌گیری با محدودیت روبه‌روست؛ به این خاطر در تعمیم نتایج می‌بایست احتیاط صورت گیرد. ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی مادران و دختران سایر شهرستان‌ها اجرا شود و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه گردد و در پژوهش‌های بعدی مرحلهٔ پیگیری گنجانده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این رویکرد بر روی سایر مشکلات رفتاری نوجوانان بررسی گردد. آموزش، باز آموزی و کارورزی مشاوران با استفاده از این رویکرد درمانی از دیگر پیشنهادات این پژوهش است.

۵ نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش و تأیید آن توسط پژوهش‌های انجام‌گرفته، استفاده از درمان شناختی‌ـ رفتاری به مادران بر کاهش اختلالات دورهٔ نوجوانی مؤثر بوده و با آموزش والدین (بالاخص مادر) می‌توان گام مؤثری در راستاری کاهش رفتارهای برونی‌سازی‌شدهٔ نوجوانان برداشت.

۶ تشکر و قدردانی

در انتها از همکاری صمیمانهٔ مسئولین و دانش‌آموزان مدارس دخترانه متوسطهٔ اول شهرستان شهریار، خصوصا والدین محترمی که در اجرای این طرح مشارکت نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.55.3]

References

1. Shaffer DR, Kipp K. Developmental psychology: Childhood and adolescence. Cengage Learning; 2013. [Link]
2. Flouri E, Mavroveli S. Adverse life events and emotional and behavioural problems in adolescence: The role of coping and emotion regulation. Stress and Health. 2013;29(5):360-8. [Link]
3. Castelao CF, Kröner-Herwig B. Developmental trajectories and predictors of externalizing behavior: A comparison of girls and boys. Journal of youth and adolescence. 2014;43(5):775-89. [Link]
4. Beyrami M. The Effect Of Training Of Parenting Skills With Mothers of School-Boys with Externalizing Disorders on General Health and Style of Parenting. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2009, 42,105-114. [Persian][Link]
5. Khanjani Z, Hadavand Khani F. Relationship between Maternal Personality Dimensions with Girls Externalizing and Internalizing Disorders. Journal of Contemporary Psychology. 2012, 7(1), 99 -108. [Persian][Link]
6. Pieters S, Burk WJ, Van der Vorst H, Dahl RE, Wiers RW, Engels RC. Prospective relationships between sleep problems and substance use, internalizing and externalizing problems. Journal of youth and adolescence. 2015;44(2):379-88.[Link]
7. Ogilvie JM, Stewart AL, Chan RC, Shum DH. Neuropsychological measures of executive function and antisocial behavior: A meta-analysis. Criminology. 2011;49(4):1063-107. [Link]
8. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cognitive therapy and research. 2012;36(5):427-40. [Link]
9. Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. Clinical child and family psychology review. 2010;13(3):275-90. [Link]
10. Cobb, B., Sample, P. L., AL Well, M., & Johns, N. R. Cognitive Behavioral Interventions, Dropout, and Youth with Disabilities: A Systematic Revise. Remedial and Special Education, 2006, 27, 259- 271. [Link]
11. Chandra A, Martin LT, Hawkins SA, Richardson A. The impact of parental deployment on child social and emotional functioning: Perspectives of school staff. Journal of Adolescent Health. 2010;46(3):218-23. [Link]
12. Sarrami,Z, Neshat Doost H T, Amiri Sh, Molavi H, Akochekiyan Sh. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy on Mothers with Obsessive-Compulsive Disorder and on their Children's Depression. Journal of Family Research.2009, 5(4); 533-552. [Persian]. [Link]
13. Hollenstein T, Granic I, Stoolmiller M, Snyder J. Rigidity in parent—child interactions and the development of externalizing and internalizing behavior in early childhood. Journal of abnormal child psychology. 2004;32(6):595-607. [Link]
14. Braza P, Carreras R, Muñoz JM, Braza F, Azurmendi A, Pascual-Sagastizábal E, et al. Negative maternal and paternal parenting styles as predictors of children's behavioral problems: Moderating effects of the child's sex. Journal of Child and Family Studies. 2015;24(4):847-56.
15. Vidyarthi, A. Parental problem, Child Psychiatry, 2006, 4, 60-80. [Link]
16. Presnall N, Webster-Stratton CH, Constantino JN. Parent training: equivalent improvement in externalizing behavior for children with and without familial risk. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2014;53(8):879-87. e2. [Link]
17. Rasouli R, Omedeian M, Sameei F. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing Maternal Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Increasing Happiness of Their Children and Their Parents. Journal of Counseling and Family Therapy.2012, 3(3), 470-489. [Persian]. [Link]
18. Taklavi s. Training mothers in play therapy and its effects on the behavior problems of learning disabled children. Journal of Learning Disabilities. 2011, 1, 44-59. [Persian]. [Link]
19. Chacko A, Wymbs BT, Flammer-Rivera LM, Pelham WE, Walker KS, Arnold FW, et al. A pilot study of the feasibility and efficacy of the Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP) program for single mothers of children with ADHD. Journal of Attention Disorders. 2007, 12 (3), 270-280. [Link]
20. Loren RE, Vaughn AJ, Langberg JM, Cyran JE, Proano-Raps T, Smolyansky BH, et al. Effects of an 8-session behavioral parent training group for parents of children with ADHD on child impairment and parenting confidence. Journal of attention disorders. 2015;19(2):158-66. [Link]
21. Chronis-Tuscano A, O'Brien KA, Johnston C, Jones HA, Clarke TL, Raggi VL, et al. The relation between maternal ADHD symptoms & improvement in child behavior following brief behavioral parent training is mediated by change in negative parenting. Journal of Abnormal Child Psychology. 2011;39(7):1047-57. [Link]
22. Achenbach TM, Rescorla L. ASEBA school-age forms & profiles. Aseba Burlington; 2001.
23. Menaei A. Adaptation and Standardization of the Child Behavior Checklist Achenbach, Self-Assessment Questionnaire and Teacher Report Form. Tehran, Research in the Field of Gifted Children.2006, 6(1), 3-8. [Persian]. [Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.55.3]

24. Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2006;37(3):188-205. [Link]
25. Hoying J, Melnyk BM, Arcoleo K. Effects of the COPE Cognitive Behavioral Skills Building TEEN Program on the Healthy Lifestyle Behaviors and Mental Health of Appalachian Early Adolescents. Journal of Pediatric Health Care. 2016;30(1):65-72. [Link]
26. Wilhelm S, Berman NC, Keshaviah A, Schwartz RA, Steketee G. Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas. Behaviour research and therapy. 2015;65:5-10. [Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.55.3]