

## بررسی اثر مدیریت آموزش واقعیت درمانی بر خودکنترلی مادران (مطالعه موردی: کودکان ۴ تا ۶ سال شهر اصفهان)

نسرین پور عطار<sup>۱</sup>، یوسف گرگی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۳/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۴

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر خودکنترلی مادران و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان ۴ تا ۶ سال دختر و پسر شهر اصفهان انجام شده است. روش پژوهش، طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه با جایگزینی تصادفی است که برای اجرای پژوهش، در ابتدا از بین مهدکودک‌های شهر اصفهان، به صورت هدفمند چهار مهدکودک و تعداد ۴۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند، از طریق پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله‌ای که به مادران داوطلب داده شد، از بین آن‌ها ۳۰ نفر از کسانی که در پرسشنامه نافرمانی مقابله‌ای نمره بالاتری در حد تشخیص آوردند انتخاب و سپس مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به روش جایگزینی تصادفی به ۲ گروه ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل قرار گرفتند. مادران گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش واقعیت درمانی را دریافت کردند. قبل و بعد از پایان جلسات، آزمون توسط ابزار پرسشنامه خودکنترلی تانجی و پرسشنامه اسنپ چهار SNAP-IV، از آن‌ها به عمل آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. بر اساس نتایج به دست آمده، در گروه آزمایش، نسبت به گروه گواه، در مراحل پس‌آزمون متغیر خودکنترلی افزایش معنادار داشته و همچنین اثر آموزش واقعیت درمانی باعث کاهش متغیر نافرمانی مقابله‌ای در کودکان گردیده است. بر اساس نتایج پژوهش حاضر آموزش مادران به شیوه واقعیت درمانی می‌تواند روش کارآمدی در بهبود علائم رفتاری اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان و نیز خودکنترلی مادران باشد.

کلمات کلیدی: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، آموزش واقعیت درمانی، کودکان، خودکنترلی.

<sup>۱</sup> گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد خمینی شهر، اصفهان، ایران. [pourattar3390@gmail.com](mailto:pourattar3390@gmail.com)  
<sup>۲</sup> گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد خمینی شهر، اصفهان، ایران. [gorji@iaukhsh.ac.ir](mailto:gorji@iaukhsh.ac.ir)

## مقدمه

دوران کودکی یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی است که در آن شخصیت فرد رشد می‌کند (جمالی و خدابخشی کولایی، ۲۰۱۹)؛ اما میزان شیوع اختلالات دوران کودکی بین ۶ تا ۲۵ درصد برآورد شده است و این گزارشات عمدتاً بر روی کودکان مبتلا به اختلالات رفتار مخرب<sup>۳</sup> متمرکز شده است (ماش و بارکلی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). چنین اختلالاتی می‌تواند مشکلات زیادی را برای کودکان ایجاد کند؛ بدین سبب کودکان مبتلا به این اختلالات نمی‌توانند انتظارات والدین، معلمان و قوانین اجتماعی را برآورده کنند (اولتمانس و امیری<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). در بین اختلالات رفتار مخرب، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)<sup>۶</sup> یکی از شایع‌ترین‌ها است که شیوع آن بین ۲ تا ۱۶ درصد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳؛ سادوک، سادوک و روئیز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴). در ایران نیز مطالعات همه‌گیرشناسی شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای را به صورت کلی ۵/۶ درصد بیان کرده‌اند (امیری، موللی، نسائیان، حجازی و گندمانی، ۱۳۹۶). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی<sup>۹</sup> سال ۲۰۱۳ اختلال نافرمانی مقابله‌ای، الگویی از عصبان، تحریک‌پذیری خلق رفتار چالشی، مقابله‌ای یا کینه‌جویانه معرفی کرده است و ملاک‌های اختلال مذکور باید حداقل هر هفته یک‌بار به صورت ۶ ماه دوام داشته باشد. به عبارت دیگر اختلال نافرمانی مقابله‌ای یک اختلال رفتار مخرب است که با الگوی پایدار خلق‌وخو عصبانی/تحریک‌آمیز، رفتار مجادله‌آمیز/سرکشی و/یا کینه‌ورزی مشخص می‌شود و علائم عموماً در طول سال‌های پیش‌دبستانی شروع می‌شود و تشخیص آن معمولاً در دوران کودکی (۶ تا ۱۳ سالگی) رخ می‌دهد (داچو، اسکات، هرون، آیانو و آلاتی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۱). با توجه به این علائم، اگر این اختلال درمان نشود، می‌تواند منجر به مشکلاتی مانند اختلال سلوک، اختلالات خلقی، اضطراب، مصرف مواد، اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتارهای بزهکارانه شود؛ بنابراین با توجه به شیوع بالای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و با توجه به این واقعیت که اختلالات دوران کودکی تمایل به ادامه تا بزرگسالی دارند، توجه روزافزونی به پیشگیری و درمان وجود دارد (مرشد و همکاران، ۲۰۱۹؛ داچو و همکاران، ۲۰۲۱).

<sup>3</sup> disruptive behavior disorders

<sup>4</sup> Mash & Barkley

<sup>5</sup> Oltmanns & Emery

<sup>6</sup> oppositional defiant disorder

<sup>7</sup> American Psychiatric Association

<sup>8</sup> Sadock, Sadock & Ruiz

<sup>9</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

<sup>10</sup> Dachew, Scott, Heron, Ayano & Alati

در این بین مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای، والدین به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب روانی قرار می‌دهد و نیز با توجه به این مطلب که با توجه به شیوه‌های فرزند پروری و تربیتی بیش از حد سخت‌گیرانه و تنبیهی والدین به ویژه مادران کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای که وقت بسیار بیشتری را با آنان در محیط خانوادگی سپری می‌کنند، مادران نقش بیشتری در افزایش نرخ وقوع مشکلات رفتاری کودکان دارند و از طریق استفاده از این شیوه‌های خودکنترلی در کاهش یا تداوم مشکلات رفتاری کودکان مؤثر هستند. خودکنترلی بیانگر توانایی کنترل احساسات، افکار و رفتار تکانشی فرد به منظور انطباق با استانداردهای اجتماعی و شخصی و دستیابی به اهداف بلندمدت است. خودکنترلی هم جنبه توجهی (توانایی تغییر و/یا تمرکز توجه) و هم جنبه رفتاری (مهار رفتار تکانشی یا نامطلوب) را در برگیرد (ون پرویجن و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۸). به بیانی دیگر خودکنترلی توانایی اجتناب یا از بین بردن افکار، رفتارها و هیجانات ناخواسته است و نیز برای هدایت موفق زندگی روزمره ضروری است (لای، لابرسکا، سالکونی و دلوچیو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۹). برترمز (۲۰۱۲) خودکنترلی را یک توانایی میداند و آن را ظرفیت سرشت افراد در نادیده گرفتن یا تغییر دادن امیال در پاسخ به حالت غالب آن‌ها تعریف می‌کند. برای اینکه فرد بتواند رفتارش را کنترل کند، باید درک کند که او عامل یک رفتار است و متوجه باشد که رفتار و پیامد آن حاصل عملی است که او تا حدی می‌تواند بر آن کنترل داشته باشد (زهی، چنگ و هوانگ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۰).

برای درمان مشکلات روان‌شناختی علاوه بر درمان‌های دارویی درمان‌های روان‌شناختی متعددی در طول سال‌های متوالی ابداع شده است و یکی از مهم‌ترین شیوه‌های درمانی واقعیت درمانی است. به طور نمونه محمدیوسفی و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و سبک‌های فرزند پروری مبتنی بر واقعیت درمانی در کنترل تکانه، انعطاف‌پذیری و همدلی مادران؛ نیری و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی با موضوع کار آزمایشی تصادفی سازی و کنترل‌شده واقعیت درمانی گروهی بر کاهش اختلال بیش‌فعالی کمبود و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نوجوانان؛ حیدر پور و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای تحت عنوان اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی؛ محمودیان و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با عنوان تدوین

<sup>11</sup> Van Prooijen

<sup>12</sup> Li, Liberska, Salcuni & Delvecchio

<sup>13</sup> Zhi, Chen & Huang

یک برنامه آموزش مادران مبتنی بر تکنیک‌های آدلر-گلاسر و بررسی اثربخشی آن بر بهبود روابط مادر-فرزند در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای؛ مادوکوه و همکاران<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی با موضوع اثربخشی واقعیت درمانی در درمان قلدری در میان نوجوانان؛ نشان دادند که آموزش واقعیت درمانی می‌تواند در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد نقش مؤثری داشته باشد. در این روش درمانی تأکید به مواجه‌شدن با واقعیت، پذیرش مسئولیت درک نیازهای اساسی قضاوت اخلاقی در مورد خوب بودن یا نبودن رفتار تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی به منظور دستیابی به هویتی موفق است (یولکر توملو، آکدوگان و تورکوم<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۷). کاربرد این نظریه به شیوه‌های فردی و گروهی نظریه بسیاری از درمانگران را به خود جلب کرده است و در پژوهش‌های مکرر کارایی بیشتری آن نسبت به سایر روش‌ها به اثبات رسیده است (گلاسر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۸)؛ بنابراین با توجه به اهمیت این موضوع که درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای از پیدایش اختلال سلوک پیشگیری می‌نماید، از سوی دیگر سلامت روان خانواده تأمین خواهد شد، به درمانگران کمک خواهد نمود و همچنین از سوی دیگر با توجه به اینکه در این خصوص پژوهش‌های اندکی صورت گرفته و کمتر مطالعه‌ای به بررسی آموزش واقعیت درمانی بر خودکنترلی مادران و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان پرداخته، لذا خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌گردد و نیز نتایج این پژوهش جهت درمانگران متمر ثمر واقع خواهد شد، بنابراین پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر خودکنترلی مادران و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان پرداخته است.

### روش پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح دوگروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۴ تا ۶ سال دختر و پسر شهر اصفهان بودند که از بین مهدکودک‌های شهر اصفهان، به طور هدفمند ۴ مهدکودک انتخاب و با هماهنگی صورت گرفته با مدیر مهد، تعداد ۴۰ مادر به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس از طریق پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله‌ای که به مادران داوطلب داده شد، از بین آن‌ها ۳۰ نفر از مادرانی که در پرسشنامه نافرمانی مقابله

<sup>14</sup> Madukwe

<sup>15</sup> ÜLKER TÜMLÜ, AKDOĞAN & TÜRKÜM

<sup>16</sup> Glasser

ایی که برای فرزند خود تکمیل کردند، نمره بالاتر از ۱۶، در حد تشخیص آوردند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل قرار داده شدند. ملاک‌های ورود شامل نداشتن سابقه اختلالات روان‌پزشکی از طریق استعلام از مدیران پیش‌دبستانی و مشاور مدرسه، داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل بیش از دو جلسه غیبت و عدم رضایت از ادامه همکاری بود. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل:

- پرسشنامه اسنپ چهار SNAP-IV<sup>۱۷</sup>: این مقیاس توسط سوانسون، نولان و پلهام (۱۹۸۰) بر اساس DSM-5 ساخته شده و دارای ۳۰ سؤال است: ۱۰ سؤال مربوط به نقص توجه، ۱۰ سؤال مربوط به بیش‌فعالی/ تکانشگری و ۸ سؤال مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. طیف پاسخگویی از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه شامل بسیار زیاد=۵ تا هرگز=۱ می‌باشد، اما این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳ معکوس است. نمره کل فرد می‌تواند بین ۰ تا ۳۲ باشد که نمره ۱۶ نقطه برش پرسشنامه می‌باشد که نمرات بیشتر از آن نشان‌دهنده نافرمانی مقابله‌ای بالا و نمرات کمتر از آن نشان‌دهنده نافرمانی مقابله‌ای پایین است. در ایران نیز هوشیاری (۱۳۸۴) و محمدی (۱۳۸۹) مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV را بر روی کودکان هنجاریابی نموده‌اند. یافته‌های پژوهش محمدی (۱۳۸۹) نشان داد روایی ملاکی آزمون ۰/۵۶ است و ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و دونیمه کردن ۰/۸۱ است.
- پرسشنامه خودکنترلی<sup>۱۸</sup>: این پرسشنامه توسط تانجی و همکاران<sup>۱۹</sup> (۲۰۰۴) تهیه شده و دارای ۱۳ سؤال می‌باشد. طیف پاسخگویی به سؤالات از نوع لیکرت ۵ گزینه‌ای از بسیار زیاد=۵ تا هرگز=۱ بوده است اما این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳ معکوس می‌باشد. حداکثر نمره برای پرسشنامه خودکنترلی تانجی ۳۶ و حداقل ۱۴۴ است. نمره بالاتر بیانگر خودکنترلی بالاتر فرد خواهد بود و برعکس. روایی و پایایی پرسشنامه خودکنترلی تانجی در پژوهش موسوی مقدم و همکاران (۱۳۹۴) محاسبه و مورد تأیید قرار گرفته است؛ همچنین پایایی آن بر روی دو نمونه آماری با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمده است.

<sup>17</sup> Swanson, Nolan & Pelham (SNAP) Questionnaire

<sup>18</sup> Self-Control Questionnaire

<sup>19</sup> Tanji et al

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که بعد از هماهنگی‌های لازم با مادران انتخاب شده برای شرکت در پژوهش و اجرای پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش به صورت تصادفی قرار داده شدند. سپس گروه آزمایش تحت آموزش جلسات واقعیت درمانی (برگرفته از کتاب واقعیت درمانی گلاسر، ترجمه صاحبی، ۱۳۹۶) در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند؛ در حالی که گروه کنترل در این مدت زمان هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که آن‌ها در یک پژوهش روانشناسی شرکت می‌کنند. به آن‌ها این اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با ایشان به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به صورت گروهی بررسی می‌شود و هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامه کار انصراف دهند. محتوای جلسات به این صورت بود که در جلسه اول: سلام و احوالپرسی و آشنای اعضای گروه با همدیگر بیان قوانین حاکم بر گروه و برقراری رابطه عاطفی میان اعضا و درمانگر، جلسه دوم: آموزش مفاهیم نظریه واقعیت درمانی، معرفی، چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی افراد تمرکز بر شناخت و آگاهی اعضا از خود و نحوه تأثیر این شناخت بر خود و دیگران و شناسایی نقاط قوت و منفی خود و تلاش برای کسب هویت موفق، جلسه سوم: معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با چهار مؤلفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) آموزش مهارت تصمیم‌گیری و بررسی تغییر در افکار، احساس و اعمال، فیزیولوژیک در زمان حال، جلسه چهارم: آشنایی معرفی و توضیح تعارض‌های چهارگانه و رفتارهای اجباری، جلسه پنجم: آشنایی با هیجانات از جمله اضطراب و افسردگی از دیدگاه واقعیت درمانی و آموزش مهارت تن آرامی برای کنترل و تنظیم هیجان، جلسه ششم: معرفی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده در روابط و آموزش زندگی در زمان حال، جلسه هفتم: آموزش اصول ده‌گانه نظریه انتخاب پذیرش مسئولیت در قبال رفتار و جلسه هشتم: مرور جلسات قبلی و جمع‌بندی.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. قبل از اجرای آزمون‌ها نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویراست بیست و چهارم تحلیل شد.

#### یافته های پژوهش

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که بیشترین گروه سنی را مادران دارای سن ۳۶ الی ۴۵ سال، دارای تحصیلات لیسانس و فوق‌دیپلم به خود اختصاص داده‌اند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱- نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	مراحل	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
		معیار		معیار	
خودکنترلی	پیش‌آزمون	۹۴/۴۷	۲۵/۰۴	۹۲/۷۳	۱۸/۰۶
	پس‌آزمون	۹۴/۲۷	۲۳/۲۹	۱۲۶/۴۷	۲۲/۹۹
خودکنترلی اولیه	پیش‌آزمون	۲۸/۸۷	۱۰/۱۱	۲۸/۲۷	۹/۴۵
	پس‌آزمون	۲۸/۵۳	۷/۹۷	۳۹/۰۷	۹/۷۲
خودکنترلی منع‌کننده	پیش‌آزمون	۶۵/۶۰	۲۰/۶۵	۶۴/۴۷	۱۸/۲۴
	پس‌آزمون	۶۵/۷۳	۱۸/۲۵	۸۷/۴۰	۱۶/۶۷
نافرمانی	پیش‌آزمون	۲۱/۵۳	۵/۸۵	۲۱/۳۳	۷/۳۷
	پس‌آزمون	۲۰/۲۰	۶/۳۲	۱۳/۰۷	۷/۴۵
مقابله‌ای	پیش‌آزمون	۲۱/۵۳	۵/۸۵	۲۱/۳۳	۷/۳۷
	پس‌آزمون	۲۰/۲۰	۶/۳۲	۱۳/۰۷	۷/۴۵

نتایج به دست آمده جدول ۱ نشان داد که چون مقدار سطح معنی‌داری متغیرها برای آزمون کالموگروف اسمیرنوف بزرگ‌تر از مقدار خطا ۰/۰۵ شده، بنابراین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای عنوان شده دارای توزیع نرمال بودند. مقدار سطح معنی‌داری برای تعامل‌های (گروه \*پیش‌آزمون متغیر) از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بزرگ‌تر بوده و همچنین مقادیر  $F$  تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای متغیرها و مؤلفه‌های آن‌ها غیر معنی‌دار می‌باشد؛ به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد برای متغیر خودکنترلی به همراه مؤلفه‌های آن و متغیر نافرمانی مقابله‌ای پیش‌فرض یکسانی واریانس گروه‌ها برقرار است و لذا می‌توان برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از نتایج تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج فرضیه پژوهش مبنی بر آموزش واقعیت‌درمانی بر خودکنترلی مادران مؤثر است، در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس بررسی اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر

خودکنترلی مادران

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۲۲۱۳/۷۱	۱	۲۲۱۳/۷۱	۴/۶۷	۰/۰۴۰	۰/۱۴	۰/۵۵
گروه	۸۱۰۷/۲۸	۱	۸۱۰۷/۲۸	۱۷/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۷
خطا	۱۲۷/۹۵	۲۷	۴/۷۳				

با توجه به مقدار سطح معنی‌داری به دست آمده که از ۰/۰۵ کوچک‌تر می‌باشد، بنابراین با کنترل پیش‌آزمون بین مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودکنترلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه تأیید می‌گردد؛ به عبارت دیگر آموزش واقعیت درمانی بر خودکنترلی در مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر معناداری دارد. نتایج آزمون مانکوا برای پس‌آزمون ابعاد خودکنترلی در جدول ۳ ارائه شده است:

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی اثربخشی واقعیت درمانی

بر ابعاد خودکنترلی

ابعاد	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذوراتا	توان آماری
خودکنترلی اولیه	۸۷۰/۴۰۹	۱	۱۱/۵۳	۰/۰۰۲	۰/۳۰	۰/۹۰
خودکنترلی منع‌کننده	۳۶۵۱/۶۷۵	۱	۱۲/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۲

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مداخله گروهی برنامه آموزش واقعیت درمانی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه گواه تأثیر بیشتری بر متغیرهای خودکنترلی اولیه و خودکنترلی منع‌کننده داشته است. میزان این تأثیر معنادار بودن عملی در متغیر وابسته پس‌آزمون خودکنترلی اولیه ۳۰/۷ درصد و خودکنترلی منع‌کننده ۳۲/۸ درصد بوده است، یعنی به ترتیب ۳۰/۷ و ۳۲/۸ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در خودکنترلی اولیه و



خودکنترلی منع‌کننده در مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی از طریق متغیر آزمایشی قابل تبیین است. نتایج فرضیه پژوهش مبنی بر آموزش واقعیت درمانی باعث کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای فرزندان شده است در جدول ۴ ارائه شده است:

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس بررسی اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای فرزندان

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۰۶/۷۹۹	۱	۱۰۶/۷۹۹	۲/۳۴	۰/۱۳۷	۰/۰۸۰	۰/۳۱۵
گروه	۳۷۵/۲۹۱	۱	۳۷۵/۲۹۱	۸/۲۳	۰/۰۰۸	۰/۲۳۴	۰/۷۹۰
خطا	۱۲۳۰/۵۳۴	۲۷	۴۵/۵۷۵				

با توجه به مقدار سطح معنی‌داری به دست آمده در جدول ۴ که از ۰/۰۵ کوچک‌تر می‌باشد، بنابراین با کنترل پیش‌آزمون بین مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه تأیید می‌گردد؛ به عبارت دیگر آموزش واقعیت درمانی بر نافرمانی مقابله‌ای در مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر معناداری دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده دوران کودکی است. از مهم‌ترین علائم تشخیصی این اختلال می‌توان به لجبازی و تبعیت نکردن عمدی از دستورات والدین و دیگر بزرگسالان اشاره کرد. روش‌های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری شناختی و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار گرفته شده است که بخشی از آن‌ها بر مداخلات فردی و بخشی دیگر بر مداخلات خانوادگی متمرکز شده‌اند، یکی از این درمان‌ها، واقعیت درمانی است؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر خودکنترلی مادران و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان بود. نتایج نشان داد که آموزش واقعیت درمانی باعث بهبود خودکنترلی مادران شده است. نتایج یافته‌های حاصل از فرضیه اصلی با نتایج پژوهش ابراهیمی و ابراهیمی (۲۰۲۱)، صرام و منشئی

(۲۰۱۹)، یولکر توملو و همکاران (۲۰۱۷)، واتسون و همکاران<sup>۲۰</sup> (۲۰۱۴)، کیم و هیون<sup>۲۱</sup> (۲۰۱۶)، مبنی بر تأثیرگذاری درمان مبتنی بر واقعیت درمانی بر مؤلفه‌های روان‌شناختی و نیز خودکنترلی همسو و همراستا می‌باشد. در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان داشت پژوهش‌های انجام شده در نقاط مختلف دنیا، نشان از اثربخش بودن واقعیت درمانی بر انواع مؤلفه‌ها، مشکلات و اختلالات روان‌شناختی دارد، یافته‌ها نشان داد این شیوه به طور معناداری بر افزایش خودکنترلی مؤثر بوده است. در تبیین یافته‌های ذکر شده چنانچه افراد تصور مثبت واقع بینانه ای نسبت به خودشان داشته باشند، احساس ارزشمندی را تجربه می‌کند. یکی از دلایلی که باعث شده نمرات گروه آزمایش پس از جلسه افزایش پیدا کند آن است که در طی این جلسات، بر اساس رویکرد واقعیت درمانی به مراجعان آموزش داده شد تا نیازهای اساسی‌شان را شناخته و به طور صحیحی برآورده کند، زیرا ارضای نیازهای اساسی به شیوه صحیح سبب مدیریت صحیح نیازها و بالطبع افزایش خودکنترلی می‌گردد. همچنین این رویکرد بر تقویت منبع کنترل درونی تأکید می‌کند. این که افراد بتوانند موقعیت‌ها را به خودشان نسبت دهند و معتقد شوند که تفکر، رفتار و احساسی را که تجربه می‌کنند تحت کنترل خودشان است؛ بنابراین با توجه به مطالبی که بیان شد و تحقیقاتی که صورت گرفته است می‌توان به شناختی از علت افزایش خودکنترلی مادران دارای فرزند با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان بر اساس رویکرد واقعیت درمانی دست یافت. از سوی دیگر از آنجایی که خودکنترلی به معنی سرکوب کردن هیجانات و احساسات نیست. برعکس، خودکنترلی یعنی اینکه ما یک انتخاب برای چگونگی ابراز احساساتمان داریم و چیزی که مورد تأکید است، روش ابراز احساسات است به طوری که جریان تفکر را تسهیل کند، از جمله فواید کنترل و تنظیم هیجانات کنترل سطوح برانگیختگی برای به حداکثر رساندن عملکرد، پشتکار داشتن، به رغم دلسردی و وسوسه، جلوگیری از واکنش مخرب در مقابل تحریک و عملکرد صحیح به رغم فشارهای وارده می‌باشد و در جلسات واقعیت درمانی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی افراد تمرکز بر شناخت و آگاهی اعضاء از خود و نحوه تأثیر این شناخت بر خود و دیگران و شناسایی نقاط قوت و منفی خود و تلاش برای کسب هویت موفق و نیز آموزش مهارت تصمیم‌گیری و بررسی تغییر در افکار، احساس و اعمال، فیزیولوژیک در زمان حال، آموزش مهارت تن آرامی برای کنترل و تنظیم هیجان، به این مادران آموزش داده شده توانسته است بر ناتوانی در تنظیم هیجان حاصل

<sup>20</sup> Watson

<sup>21</sup> Kim & Hyun

از مخالفت‌های کودکان خود که گاهی آن‌قدر شدید است که بر تلاش‌های فرد برای انجام عمل صحیح چیره می‌شود، مؤثر واقع شود. از آنجایی که خودکنترلی، مراقبتی درونی است که بر اساس آن، وظایف محول شده انجام و رفتارهای ناهنجار و غیرقانونی ترک می‌شود بی‌آنکه نظارت یا کنترل خارجی در بین باشد، هنگامی که کسی بی‌توجه به کنترل خارجی، تلاش خود را مصروف انجام دادن کاری که بر عهده او واگذار شده است، کند و مرتکب خلافی از قبیل کم‌کاری و سهل‌انگاری نشود، از کنترل درونی بهره‌مند است، به عبارت دیگر؛ هر گاه عامل کنترل‌کننده از خارج به داخل انسان منتقل شود، به طوری که شخص با اختیار و آگاهی به ارزیابی و اصلاح عملکرد خود در قالب استانداردهای مشخص و در جهت اهداف مطلوب بپردازد، خودکنترلی تحقق یافته است؛ در جلسات آموزشی مادران آموختند که چگونگی صدور رفتار از سوی افراد تمرکز بر شناخت و آگاهی اعضای از خود و نحوه تأثیر این شناخت بر خود و دیگران و شناسایی نقاط قوت و منفی خود و تلاش برای کسب هویت موفق را تمرین کنند و نیز با فراگیری تعمق، مدیریت صحیح نیازها، پرورش و ایجاد تصور مثبت از خود و مدیریت صحیح نیازها توانسته‌اند خودکنترلی خود را بهبود ببخشند.

همچنین نتایج نشان دادند که آموزش واقعیت‌درمانی به مادران موجب کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای فرزندان آن‌ها شده است. نتایج این یافته با نتایج پژوهشی آندینا<sup>۲۲</sup> (۲۰۱۹)، استوتی و ووبلدینگ<sup>۲۳</sup> (۲۰۱۸)، چوبداری و همکاران (۲۰۱۵) که به بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر مؤلفه‌هایی نظیر نافرمانی مقابله‌ای پرداخته و نشان داده‌اند این آموزش بر مؤلفه‌های موردپژوهش مؤثر بوده همسو و همراستاست. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که از آنجایی که کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری چالش‌های بسیاری را برای والدینشان به وجود می‌آورند. این کودکان رفتارهایی را از خودشان نشان می‌دهند که تأثیر منفی بر اطرافیان و جامعه می‌گذارد و این افراد با نشانه‌هایی نظیر خلق پایین، عصبانیت زیاد، نافرمانی و لجبازی، می‌توانند کنترل اعضای خانواده را متأثر سازند و به همین دلیل افراد مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای به طور قابل توجهی روابطشان با والدین، معلمان و همسالان تخریب شده است و مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب روانی قرار می‌دهد و نیز این مطلب که با توجه به شیوه‌های فرزند پروری و تربیتی بیش‌ازحد سخت‌گیرانه و تنبیهی والدین و به‌ویژه مادران کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای که وقت

<sup>22</sup> Andina

<sup>23</sup> Stutey & Wubbolding

بسیار بیشتری را با آنان در محیط خانوادگی سپری می‌کنند، مادران نقش بیشتری در افزایش نرخ وقوع مشکلات رفتاری کودکان دارند و از طریق استفاده از این شیوه‌های تربیتی در پیدایش و تداوم مشکلات رفتاری کودکان مؤثر هستند. از سوی دیگر، بررسی‌ها نشان می‌دهند که رفتارهای والدین بر ایجاد و گسترش رفتارهای برونی‌سازی‌شده در کودکان و نوجوانان اثر دارد. می‌توان گفت در این زمینه واقعیت درمانی توانسته است با تمرکز بر خودکنترلی رفتار مادران، به نحوی که باعث افزایش کنترل مدیریت خشم و بهبود ارتباط و افزایش انعطاف‌پذیری و کنترل به کار گرفته شده توانسته باشد بر خودکنترلی مادران مؤثر واقع شده و مادران توانسته باشند ارتباط بهبود یافته تر همراه با کنترل بیشتری را در ارتباط با فرزندان دارای نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای نشان داده و بالطبع باعث کاهش رفتارهای منفی کودکانشان شده باشد. همچنین می‌توان اشاره کرد، مادران دارای کودکان مبتلا به این اختلال، به طور معمول در روابط اجتماعی با کودکانشان مشکل دارند. پژوهش‌ها نشان داده است که بسیاری از آن‌ها فاقد مهارت‌های اجتماعی مناسب در برخوردها هستند افزون بر این، این مادران در شناخت مشکلات و به کارگیری راهبردهای حل مسئله برای برطرف کردن آن‌ها مشکل دارند و راه‌حل‌های مثبت کمتری را به کار می‌برند. این نقایص می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در رابطه با کودکان بشود. علاوه بر این موارد، این مادران بر افکار، خواسته‌ها و کردارشان در زندگی کنترل کمتری به دلیل تنش‌های موجود دارند. گلاسر معتقد است که واقعیت درمانی تأکید دارد که افراد باید با شرایط زندگی‌شان مواجه شوند و مسئولیت آن را بر عهده بگیرند. همچنین با مسائل درست و غلط مواجه شوند و تشویق شوند تا رفتار اکنون خودشان را ارزیابی کنند و روش جدیدی را برای ارضای نیازهایشان برگزینند. واقعیت درمانی یک چارچوب مفهومی مؤثری را برای فهم رفتار افراد فراهم می‌کند خودکنترلی را بهبود می‌بخشد. شرکت در جلسه‌های واقعیت درمانی تا حد زیادی میزان مهارت‌های ارتباطی آنان را افزایش می‌دهد و موجب می‌شود تا کمتر مرتکب رفتارهای غیرمنطقی و غیر کنترل شده مواجه شوند و به تدریج رفتارهای خودکنترلی را بهبود بخشند. تجربه رفتار مسئولانه در جریان واقعیت درمانی موقعیت منحصربه‌فردی برای مادران ایجاد می‌کند تا خود فهمی، خودکنترلی و خود جهت‌دهی را گسترش دهند؛ بنابراین واقعیت درمانی، با مورد هدف قرار دادن عوامل بروز تنش در روابط مادران با کودکانشان، در کاهش این مشکلات، مؤثر واقع می‌شود. مادران در جریان واقعیت درمانی قادر می‌شوند تا شیوه‌های ناسازگارانه مقابله را با شیوه‌های سازگارانه تر جایگزین کنند

و مهارت‌های مقابله‌ای مثبت‌تر را از طریق ارزیابی رفتار و کسب مسئولیت در قبال رفتار خود، یاد بگیرند. همچنین، مهارت‌های متنوع و سودمندی را در زمینه‌های مختلف شناختی، عاطفی و اجتماعی به منظور برقراری ارتباط مناسب با دیگران و حل مشکلات به شیوه‌های مؤثر فرا می‌گیرند و در طول جلسات درمان با انجام فعالیت‌های مختلف بر آن‌ها تسلط می‌یابند؛ بنابراین، قادر خواهند شد این مهارت‌ها را به موقعیت‌های مشابه در زندگی واقعی تعمیم دهند و با به کارگیری آن‌ها به حل مشکلات رفتاری کودکان خود نیز بپردازند و رفتارهای نابهنجار ناشی از فقدان یا کمبود این مهارت‌ها به تدریج در آن‌ها کاهش یافته و یا حذف می‌شود. همچنین با توجه به مؤثر بودن روش واقعیت‌درمانی در افزایش مسئولیت‌پذیری مادران، می‌توان بیان نمود این مادران توانسته‌اند با به کارگیری این مهارت‌ها به عنوان وسیله‌ای برای رشد کنترل درونی این کودکان استفاده کرد تا بتوانند توانایی کنترل خودشان را افزایش دهند و یاد بگیرند چگونه نیازهایشان را ارضا کنند.

بدون شک پژوهشگران در مسیر انجام پژوهش‌های خود با محدودیت‌هایی مواجه می‌شوند که ممکن است نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. شناخت این محدودیت‌ها قابلیت تفسیر بهتر نتایج پژوهش و همچنین ارتقای سطح کیفی پژوهش‌های آتی را امکان‌پذیر می‌کند. پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بوده که شامل این موارد است، در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد، لذا با توجه به این‌که پرسشنامه جنبه‌ی خود گزارش دهی دارد، ممکن است پاسخ آزمودنی‌ها به برخی از گویه‌های پرسشنامه‌ها محافظه‌کارانه یا غیرواقعی بوده باشد. همچنین برنامه مداخله‌ای در این پژوهش بدون مرحله پیگیری اجرا شد. از آنجایی که به نظر می‌رسد، برنامه‌های دارای پیگیری، دارای نتایج دقیق‌تری باشند، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی آموزش همراه با پیگیری صورت گیرد.

### منابع

- امیری، محسن؛ موللی، گیتا؛ نسائیان، عباس؛ حجازی، مسعود و اسدی گندمانی، رقیه. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مدیریت رفتار به مادران بر علائم اختلال و رفتارهای پرخطرانه کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای. مجله توانبخشی، ۱۸ (۲)، ۸۴-۹۷.
- محمودیان، محمد؛ علیزاده، حمید؛ پزشک، شهلا؛ برجعلی، احمد و فرخی، نورعلی (۱۳۹۷). تدوین یک برنامه آموزش مادران مبتنی بر تکنیک‌های آدلر-گلاسر و بررسی اثربخشی آن بر بهبود روابط مادر-فرزند در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای. نشریه روانشناسی خانواده، ۴ (۲)، ۲۸-۱۹.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing.

- Andina, N. L. (2019). Reality Group Counseling to Reduce Disturbing Behavior for Youth Problem with Destructive Behavior Classroom. In 4th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2018) (pp. 30-34). Atlantis Press.
- CHUBDARI, A., KAZEMI, F., & PEZESHK, S. (2015). Effectiveness of reality therapy on the oppositional defiant disorder symptom reduction among students. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Fen Bilimleri Dergisi*, 36(3), 2029-2038.
- Dachew, B. A., Scott, J. G., Heron, J. E., Ayano, G., & Alati, R. (2021). Association of Maternal Depressive Symptoms During the Perinatal Period With Oppositional Defiant Disorder in Children and Adolescents. *JAMA network open*, 4(9), e2125854-e2125854.
- EBRAHIMI, M., & EBRAHIMI, S. (2021). The Effectiveness of the Reality Therapy on the Rumination, Concern and Tolerance of Distress in Mothers of Autistic Children. *JPEN*, 7 (2), 11-20.
- Glasser, W. (2008). *station of the mind: new direction for reality therapy*. New York.
- Heydarpour, S., Parvane, E., Saqzezi, A., Ziapour, A., Dehghan, F., & Parvaneh, A. (2018). Effectiveness of group counseling based on the reality therapy on resilience and psychological well-being of mothers with an intellectual disabled child. *International Journal of Pediatrics*, 6(6), 7851-7860.
- Jamali, Z., & Khodabakhshi-Koolae, A. (2019). The Effectiveness of Parenting Behavior Management Training Via Cell Phone on Mothers in Reducing Oppositional and Aggression Symptoms in Their Children With Oppositional Defiant Disorder: A Single Case Study. *J Arak Uni Med Sci*, 22 (4), 134-145.
- Kim, J., & Hyun, M. S. (2016). The effects of a reality therapy program for the elderly with depressive disorder. *Journal of East-West Nursing Research*, 22(2), 96-103.
- Li, J. B., Liberska, H., Salcuni, S., & Delvecchio, E. (2019). Aggressive perpetration and victimization among Polish male and female adolescents: The role of attachment to parents and self-control. *Crime & Delinquency*, 65(3), 401-421.
- Madukwe, A. U., Echeme, J. O., Njoku, J. C., Annorzie, H. I., Omagamre, U. R., & Nwifo, I. (2016). Effectiveness of reality therapy in the treatment of bullying among adolescents in Owerri North, Imo State, Nigeria. *J Educ Soc Behav Sci*, 1-8.
- Mash, E.J., & Barkley, R.A. (2002). *Child psychopathology*. 2nd ed. New York (NY): Guilford Press.
- Mohammad Yousefi, S., Abbasi, G., & Emadian, S O. (2021). Comparison of Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Parenting Styles Based on Reality Therapy in Mothers' Impulse Control, Flexibility, and Empathy. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology*, 8 (1), 19-24.
- Morshed, N., Babamiri, M., Zemestani, M., & Alipour, N. (2019). A comparative study on the effectiveness of individual and group play therapy on symptoms of oppositional defiant disorder among children. *Korean Journal of Family Medicine*, 40(6), 368.
- Nayeri, M. F., Soltanifar, A., Moharreri, F., & Akbarzadeh, F. (2021). A randomized controlled trial of group Reality Therapy in attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in adolescents. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 15(1), e68643.
- Oltmanns, T.F., & Emery, R.E. (2012). *Abnormal psychology*. 7th ed. Boston (MA): Pearson Publication.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2014). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. 11th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer.
- Sarram, Z., & Manshaei, G. (2019). Effect of group reality therapy on the stress and mental burden of the mothers of the children with neurodevelopmental disorders. *Fpcej*, 5 (1), 169-184.
- Stutey, D. M., & Wubbolding, R. E. (2018). Reality play therapy: A case example. *International Journal of Play Therapy*, 27(1), 1-20.
- ÜLKER TÜMLÜ, G. A. M. Z. E., AKDOĞAN, R., & TÜRKÜM, A. S. (2017). The process of group counseling based on reality therapy applied to the parents of children with disabilities. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 9(2), 81-98.
- Van Prooijen, D. L., Hutteman, R., Mulder, H., van Aken, M. A., & Lacculle, O. M. (2018). Self-control, parenting, and problem behavior in early childhood: A multi-method, multi-informant study. *Infant Behavior and Development*, 50, 28-41.
- Watson, M. E., Dealy, L. A., Todorova, I L G., & Tekwani, Sh. (2014). CHOICE THEORY AND REALITY THERAPY: APPLIED BY HEALTH PROFESSIONALS. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 18 (2), 31-51.
- Zhi, K., Chen, Y., & Huang, J. (2020). Children's self-control and family savings for education: An empirical examination from China. *Children and Youth Services Review*, 119, 105-110.

