مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی ویژه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای و درمان شناختی – رفتاری بر تعاملات کودک با معلم

نغمه خدامی[۱]، مختار ملک پور[۲*]، امیر قمرانی[۳]، حمید آتش پور[۴]

۱-دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی ، واحد اصفهان (خوراسگان) ، اصفهان، ایران

۲- پروفسور، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد خوراسگان، اصفهان، ایران

یافته / دوره بیست و دوم / شماره ۱ / بهار ۹۹ / مسلسل ۸۳

چکیده

دریافت مقاله: ۹۸/۱۲/۱۹ پذیرش مقاله: ۹۹/۱/۲۷

مقدمه: اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از رایج ترین تشخیص‌های اختلالات سلامت روان در دوران کودکی می باشد،که الگوی عودکننده از رفتارهای منفی کارانه، نافرمانی، سرکشی و خصم آلود در برابر اشخاص صاحب قدرت است که تأثیرات وسیعی بر فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع دارد. از این رو پروتکل آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی ویژه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای در راستای بهبود تعامل کودک با معلم تدوین گردید. این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثر بخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی ویژه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای و درمان شناختی –رفتاری بر تعاملات کودک با معلم اجرا گردید.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. تعداد ۶۰ کودک نافرمان مقابله-ای ۸ تا ۱۲ ساله به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (روش مداخله: آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی و درمان شناختی –رفتاری) و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار سنجش شامل پرسشنامه رابطه معلم- دانش آموز و پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بود.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که آموزش ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر افزایش تعامل کودک با معلم تأثیر معنی دار داشته است. همچنین بررسی‌ها نشان داد که بین افزایش تعامل کودک با معلم تحت آموزش ذهن آگاهی و تحت درمان شناختی-رفتاری تفاوت معنی دار وجود دارد (P=۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری: افزایش تعامل کودک با معلم در گروهی که تحت درمان شناختی-رفتاری بوده اند، بیشتر از افزایش تعامل کودک با معلم در گروهی که تحت آموزش ذهن آگاهی بوده‌اند، می باشد.

واژه‌های کلیدی: کودکان نافرمانی مقابله‌ای، ذهن آگاهی، شناختی – رفتاری، تعامل کودک با معلم

*آدرس مکاتبه: اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان(خوراسگان)، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی .

پست الکترونیک: info@khuisf.ac.ir

مقدمه

امروزه موضوع کودکان نافرمان یکی از مباحث مهم در مسائل رفتاری کودکان است زیرا اگر این اختلال در کودکی درمان نشود، ممکن است باعث ایجاد اختلال سلوک در بزرگسالی شود. کودکان نافرمان به علت رفتارهایی که دارند ممکن است در مدرسه در معرض طرد همکلاسی‌ها و معلم قرار بگیرند و این امر علاوه بر اینکه بهداشت روان کودک را دچار آسیب می‌کند، مشکلات تحصیلی متعددی نیز برای کودک ایجاد می‌کند(۱). براساس تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder-5)، اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایداری منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر عوامل قدرت است. این اختلال با عواملی چون از کوره در رفتن، مشاجره با بزرگسالان، سرپیچی فعالانه از مقررات و درخواست‌های بزرگسالان و یا عدم همکاری با آنها، ناراحت کردن تعمدی دیگران، سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات و بدرفتاری خود، زودرنجی و زود ناراحت شدن از دست دیگران، دلخوری و عصبانیت، کینه توزی و انتقام جویی همراه می باشد. شیوع این اختلال بین۱ تا ۱۱ ٪ است که درکودکان پیش دبستانی یا اوایل مدرسه و در مرحله قبل از نوجوانی بروز می‌کند. همچنین شیوع قبل از نوجوانی در پسران قدری بیشتر از دختران است (۲). رفتارهای پرخاشگرانه کودکان نافرمان مقابله‌ای باعث اخلال در روابط با گروه همسالان و طردشدن آنها و همچنین منجر به مشکلات یادگیری و نتایج تحصیلی ضعیف می‌شود (۳). سیر اختلال لجبازی-نافرمانی مزمن و تدریجی است. همچنین پیش آگهی این اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر رشد مشکلات دیگری همچون اختلالات خُلقی و اضطرابی، اختلال سلوک، مصرف مواد و الکلیسم و نیز اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتارهای بزهکارانه در دوران بلوغ و بزرگسالی قرار می‌گیرند (۵،۴). از عواملی که در به وجودآمدن اختلال لجبازی- نافرمانی دخالت دارند می‌توان به ترکیبی از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی کودکان، روابط خانوادگی و تاثیر متقابل شرایط اجتماعی و محیطی اشاره کرد (۶). کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای سازگاری اجتماعی و روانشناختی پایین تری دارند و روابط اجتماعی ضعیف‌تر و مشکل‌های روانشناختی بیشتری را نشان می‌دهند (۷). عاطفه‌ی منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و سازگاری عاطفی کمتری نسبت به کودکان بهنجار دارند، در زمینه-ی اجتماعی و آموزشی نیز رفتارهای ناسازگارانه‌ای را ابراز می کنند و به راحتی با محیط خود سازگار نمی‌شوند. این کودکان عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگترها می‌باشند (۹،۸)، در روابط بین فردی ضعیف می‌باشند (۱۰) و دارای مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی می‌باشند (۱۲،۱۱). ارتباط معلم- دانش‌آموز یکی از اساسی‌ترین تعاملات بین فردی در مدرسه است. ارتباط معلم-دانش‌آموز نوعی ارتباط شناختی، رفتاری و هیجانی پایداری است که در طول تعاملات بلند مدت به تدریج بین دانش آموزان و معلمان شکل می‌گیرد و با رشد و پیشرفت دانش‌آموزان بسیار مرتبط می‌باشد (۱۳). محققان معتقدند که هیچ فرد دیگری جز معلم نمی‌تواند تاثیر بیشتری بر دانش‌آموزان داشته باشد. روابط معلم و دانش‌آموز بر انگیزه‌های دانش‌آموز ، رشد هوش و پیشرفت او موثر است. روابط موثر معلم و دانش‌آموز، درگیری دانش‌آموز در فرایند تعلیم و تربیت را موجب می‌شود که این امر به نوبه خود در دانش آموزان ایجاد علاقه نموده و همچنین این علاقه را حفظ می‌کند و زندگی تحصیلی دانش‌آموز را بهبود می‌بخشد. تعامل با معلمان و مربیان در کلاس درس، یکی از کلیدهای تجارب آموزشگاهی مرتبط با رشد دانش‌آموزان است. تعامل مثبت و نزدیک بین

معلمان و مربیان با دانش‌آموزان رشد تحصیلی و شخصی را تسریع کرده و زمینه ساز تجارب مساعد تحصیلی می-شود (۱۴). اختلال لجبازی- نافرمانی تاثیر گسترده ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارد (۱۵) و مشکلات رو به رشدی را در زندگی کودک و اطرافیان وی ایجاد می-کند. رفتارهای مقابله‌ای می‌تواند پیامدهای منفی قانونی و ارتباطی جدی را برای کودک در پی داشته باشد و اثرات منفی آن محدود به خود کودک منتهی نمی‌شود و می-تواند به دیگران نیز آسیب بزند (۱۶). معلمان این دانش-آموزان اغلب به جای وظایف آموزشی و تحصیلی بخش زیادی از وقت و تلاش‌شان را صرف توجه و پاسخدهی به رفتارهای مخرب این دانش‌آموزان می‌کنند (۱۷) و چنین رفتارهایی می‌تواند موجب فرسودگی و تنیدگی بیش از حد و نارضایتی شغلی معلم شود (۱۸). کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً پاسخ‌های خود را در مقابل محیط بدون سازماندهی و برنامه‌ریزی فکری ابراز می‌دارند. بدیهی است که آموزش ذهن‌آگاهی منجر به برنامه‌ریزی در سطح تفکر اجرایی، مهار پاسخ‌های آنی صادر شده از طرف مغز، تصمیم‌گیری بهینه‌تر و در نتیجه به تعامل اجتماعی مناسب محیط و در نهایت به کاهش علائم، سازش نایافتگی با اطرافیان و حرف نشنوی از بزرگسالان در نزد این کودکان می‌گردد (۱۹). ذهن آگاهی بدان معناست که شخص، آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال حاضر معطوف کند (۲۰). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون می‌افتد؛ یعنی تجربه‌ی واقعیت محض بدون توضیح. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما با گذشته یا آینده درگیر نمی باشد (۲۱). افکار و رفتارهایی که در بدن یا ذهن خود فرد در حال وقوع می باشند و قبلاً ناهشیار بودند، از طریق ذهن آگاهی به پدیده‌هایی قابل مشاهده تبدیل می‌شوند (۲۲). ذهن آگاهی می‌تواند از طریق تقویت لحظه به لحظه رفتارهای افراد منجر به کاهش رفتارهای منفی (خصومت، اجبار، کنترل بیش از حد و ارتباط بی‌اثر) و افزایش رفتارهای مثبت (گرمی، پذیرش، تشویق) شده و درنهایت موجب کاهش مشکلات رفتاری، هیجانی و روانشناختی کودکان شود (۲۳). ذهن آگاهی به جای تغییر محتوای افکار، رابطه فرد را با افکارش تغییر می‌دهد (۲۴). هدف از این تکنیک بیرون کردن افکار منفی از ذهن نیست بلکه هدف پیشگیری از تحکیم این افکار است. هوشیاری فراگیر به کمک تنفس و با استفاده از اعضای بدن، آگاهی از وقایع، آگاهی از بدن، تنفس، صدا و افکار و پذیرش افکار بدون قضاوت و داوری در مورد آنها منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی خاص می‌شود و فرد به این نکته پی می‌برد که افکار بیش از اینکه بازتابی از واقعیت باشند، افکار ساده‌ای هستند. این روش باعث می‌شود که فرد متوجه فعالیت‌های اتوماتیک وار و رفتارهای عادتی خود شود و آگاهی و هوشیاری فزاینده‌ای در فعالیت‌های روزانه و روابط خود با دیگران به دست بیاورد (۲۵). درمان شناختی رفتاری به عنوان مجموعه منسجمی از فنون و راهبردهای موثر در مداخله‌های روانشناختی در حیطه کودکان و نوجوانان کاربردهای گسترده‌ای یافته است (۲۶). بزرگترین کاربرد درمان و آموزش شناختی-رفتاری در آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان بر کاهش مشکلاتی مانند نافرمانی، تضادورزی و قانون شکنی متمرکز می‌باشد (۲۷). رویکرد شناختی-رفتای، شامل راهبردهایی خاص برای جبران مشکلات مهم رفتاری است. حل مسئله، آموزش خود، بازآموزی اسنادی، آموزش تنش زدایی نمونه‌هایی از درمان‌های مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری هستند که به طور موثر جهت بهبود رفتار استفاده می‌شوند. مداخله های مبتنی بر این رویکرد به طور معمول شامل آموزش فرایند شناسایی بر انگیزه-های درونی و بیرونی و نیز استفاده از محرک‌های درونی (مانند خودگویی‌ها، حل مسئله و تصویر سازی ذهنی) به کودکان است. در این مداخله از پاداش، مدل سازی، ایفای

نقش و خود ارزیابی، و نیز رفتار درمانی ترکیبی (به عنوان مثال مدل سازی، بازخورد و تقویت) و واسطه‌های شناختی (به عنوان مثال فکر کردن با صدای بلند) برای ایجاد یک قالب مقابله‌ای جدید استفاده می‌کنند (۲۸). مداخلات شناختی- رفتاری به طور گسترده‌ای به بررسی تأثیر آموزش مدیریت خشم (تکنیک‌های آرامش سازی پیشرفته، بازسازی شناختی، مهارت‌های مقابله با خشم و سایر فنون)، به کودکان و نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداخته‌اند. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که مداخله شناختی- رفتاری مبتنی بر مدیریت خشم، باعث کاهش معناداری در شدت خشم کودکان و نوجوانان دارای اختلال رفتاری و بی اعتنایی مقابله‌ای شده و همچنین بهبود معناداری را در مقابله‌های شناختی، رفتاری و کنترل خشم آنها به وجود خواهد آورد (۲۹). آموزش شناختی و رفتاری به کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌آموزد که علل روانشناختی هیجان منفی خود و راه اندازهای حس خود را بازشناسی کنند. درمان شناختی و رفتاری کودکان با نافرمانی مقابله‌ای آگاهی کودکان از الگوهای تفکر که محرک و هدایت کننده رفتار آنهاست، افزایش می‌دهد و روش‌هایی را برای مقابله با تفکرشان، به آنها می‌آموزد و بنابراین دایره ارتباط‌های فرد گسترش پیدا می‌کند (۳۰). ساکیروگلو (۳۱) معتقد هست که مداخله‌های شناختی-رفتاری با محوریت آموزش مدیریت خشم به تغییرات معناداری در مشکلات رفتاری نوجوانان مثل رفتارهای حاکی از اختلال نافرمانی مقابله‌ای منجر می‌شود. از طریق آموزش مدیریت خشم دانش‌آموزان یاد می‌گیرند که در محیط مدرسه سازگارانه تر رفتار کنند، هیجان‌های منفی خود را به شیوه مناسب‌تری ابراز کنند و پرخاشگری کمتری ابراز کنند. از آنجا که کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اساسا در روابط اجتماعی با والدین، معلمان و همسالان دارای مشکل هستند. بسیاری از آنها فاقد مهارت‌های اجتماعی مناسب هستند و بسیار کم از سوی همسالان‌شان پذیرفته می‌شوند. بعلاوه این کودکان در شناخت مشکلات و بکارگیری راهبردهای حل مسئله دارای نقایصی هستند و در مقایسه با همسالان خود راه حل‌های مثبت کمتری بکار می‌گیرند، که این نقایص می تواند باعث ایجاد مشکلاتی در مدرسه، ایجاد حفظ روابط مثبت با همسالان و جلب محبوبیت کودکان دیگر شده و پیش بینی رفتارهای ضد اجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی باشد. با توجه به این که پیش آگهی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال های آینده در معرض خطر رشد مشکلات دیگری قرار می گیرند و این اختلال می‌تواند هزینه‌های سنگینی را بر دوش کودک، خانواده و جامعه تحمیل کند بنابراین برای پیشگیری و درمان این اختلال نباید از هیچ تلاشی فروگذار بود. از اینرو پژوهش حاضر، با هدف بررسی مقایسه اثر بخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی ویژه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای و درمان شناختی –رفتاری بر تعاملات کودک با معلم انجام گرفت. در این تحقیق، یک فرضیه مورد بررسی قرار گرفت؛ بین اثر بخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی ویژه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای و درمان شناختی –رفتاری بر تعاملات کودک با معلم تفاوت معنا دار وجود دارد.

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش شبه آزمایشی و در قالب طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری عبارت بود از کلیه کودکان نافرمان مقابله‌ای ۸ تا ۱۲ ساله شهرستان اصفهان که از اردیبهشت تا بهمن ماه سال ۹۷ به مراکز مشاوره و روانشناسی شهرستان اصفهان مراجعه داشتند. نمونه مورد نظر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به این پژوهش (الف- ابتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به تشخیص روانشناس کودک، بر اساس کسب نمره بالاتر از ۲۰ از خرده مقیاس پرسشنامه نافرمانی مقابله ای

(CSI-4)؛ ب- عدم وجود مشکلات جسمانی نظیر معلولیت (مشکلات شنوایی، بینایی، حرکتی و ...) به تشخیص پزشک متخصص؛ ج- عدم مصرف داروهایی که باعث کاهش هوشیاری کودک شود (بر اساس گفته‌های والدین) از بین کودکان نافرمان مقابله‌ای انتخاب شد. نمونه ۶۰ کودک بودند که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (ذهن آگاهی، ۲۰ نفر) و (شناختی –رفتاری، ۲۰نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) اختصاص داده شدند. معیارهای اخلاقی این پژوهش عبارت بودند از: ارائه اطلاعات کافی درباره چگونگی پژوهش به تمامی شرکت کنندگان، احترام به اصل رازداری، اطمینان بخشی به شرکت کنندگان مبنی بر عدم ضرر و زیان به دلیل شرکت در این پژوهش، امکان انصراف شرکت کنندگان در صورت تمایل نداشتن به همکاری در هر مرحله از پژوهش.

جلسات مداخله ای برای گروه آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی ده جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (۱ بار در هفته) و برای گروه درمان شناختی-رفتاری ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۱ بار در هفته) در نظر گرفته شد و توسط پژوهشگر اجرا گردید. محتوای مداخله آموزش مهارت های ذهن آگاهی ویژه کودکان با نافرمانی مقابله ای تدوین شده توسط پژوهشگر بر اساس تحلیل مضمون، شبکه مضامین متون در حوزه مهارت‌های ذهن آگاهی در خصوص کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اعتباریابی شده توسط متخصصین حوزه مهارت‌های ذهن آگاهی شامل این موارد بود: ۱) آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و پژوهشگر؛ ۲) تنفس ذهن آگاهانه (تکنیک فوت کردن شمع)؛ ۳) تنفس ذهن آگاهانه سه دقیقه‌ای؛ ۴) مراقبه نشسته (تمرین افزایش آگاهی خود نسبت به تنفس و بدن در یک حالت راحت و راست)؛ ۵) ذهن آگاهی نسبت به محیط پیرامونی (خودآگاهی نسبت به بدن، تنفس، افکار، هیجانات و صداها و بوها و محیط اطراف)؛ ۶) ذهن آگاهی نسبت به شی (بازی لیوان آب)؛ ۷) گوش دادن ذهن آگاهانه (بازی صداها ؛ موسیقی ذهن آگاهانه)؛ ۸) مراقبه راه رفتن (توجه به تنفس و بدن در زمان راه رفتن)؛ ۹) وارسی بدن (آگاهی فرد را نسبت به احساسات مثبت جسمانی و روانی بیشتر و مقابله با هیجانات و افکار منفی)؛ و ۱۰) ارزیابی آموزش ها، آموزش تن آرامی و برنامه ریزی برای کاربرد. محتوای مداخله درمان شناختی-رفتاری بر اساس پروتکل ارائه شده توسط نمث، ری و اشکسنایدر (۳۲) شامل این موارد بود: ۱) آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و پژوهشگر؛ ۲) افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی و گروهی ۱ (بررسی محاسن ارتباط با دیگران و انجام کار گروهی در مقایسه با انجام کار به تنهایی ، تقویت نقش و جایگاه مهم افراد در فعالیت‌های گروهی، تقسیم‌کار و تسهیل امور در کارهای محل زندگی)؛ ۳) افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی و گروهی ۲ (تقویت و آموزش مهارت‌های ارتباط کلامی و غیر کلامی مثل گوش دادن و نحوه‌ی گفتگوی صحیح، نحوه‌ی درخواست محترمانه از دیگران، رعایت کردن حقوق دیگران خصوصا در محل زندگی مشترک)؛ ۴) افزایش مهارت خودآگاهی ۱ (شناخت ویژگی‌های جسمانی و ظاهری کودکان مثل رنگ مو، چشم ، رنگ پوست و...)؛ ۵) افزایش مهارت خودآگاهی ۲ (شامل نقاط قوت هر کودک در مقایسه با بررسی و تقویت توانایی‌ها و گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او، پرهیز از خود گویی‌های منفی و بررسی‌نقش آنها در احساس ناامیدی)؛ ۶) مهارت مقابله با هیجان منفی ۱ (کمک به کودکان در جهت شناسایی ۴ احساس اصلی غم، ترس، شادی، خشم و حالت‌های چهره‌ای و غیر کلامی آنها)؛ ۷) مهارت مقابله با هیجان منفی ۲ (مرور تجارب هیجانی کودکان در طول هفته، بررسی نشانه‌ها و علل هیجان خشم در افراد، استفاده از روش بازسازی شناختی ABC، در تشخیص باورهای اشتباه و موثر در عصبانیت)؛ ۸) افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی (قوطی نگرانی، بررسی نشانه ها و علل در تشخیص باورهای اشتباه و موثر در انتخاب سبک‌های ناکارآمد مقابله‌ای)؛ ۹) مهارت مقابله کارآمد (بازی حباب سازی، استفاده از ABC در تشخیص علل ناتوانی در بروز رفتار مقابله‌ای کارآمد، تمرین خودگویی‌های مثبت، ABC در هنگام روبرو شدن با مشکل)؛ و ۱۰) ارزیابی و جمع بندی مهارت‌ها (افزایش مهارت حل مساله و

تصمیم‌گیـــری شامل آشنایی کودکان با تصمیم‌هـــای روزانه در طول زندگی).

ابزار سنجش به منظور جمع آوری اطلاعات در این پـژوهش دو پرسشنامه بود کـه در پـیش آزمـون‌هـا ، پـس آزمـون هـا و پیگیری‌ها مورد استفاده قرار گرفت. اولـین ابـزار مـورد اسـتفاده پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بـود. ایـن پرسشـنامه برای اولین بار در سـال ۱۹۸۴ توسـط اسـپیرافکین و گـادو بـر اساس طبقه بنـدی DSM-3 سـاخته شـد. در نهایـت در سـال ۱۹۹۴ براساس DSM-4 اصلاح و منتشر شـد. ایـن پرسشـنامه شامل دو فرم والدین و معلم است کـه در ایـن پـژوهش از فـرم والدین پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) اسـتفاده شـده است (۳۳).

این پرسشنامه شامل ۱۱۰ سوال است که ۲۶ سوال ابتدایی آن مربوط به نشانه‌های بالینی کودکـان ODD مـی باشـد. ایـن سوالات شامل نشانه‌های اختلال در دقت (سوالات ۱ تا ۹) بیش جنبشی (سوالات ۱۰ تا ۱۸)، و رفتار مقابلـه‌ای (سـوالات ۱۹ تـا ۲۶) است. (۳۳). دو شیوه‌ی نمره‌گذاری، برای پرسشنامه علائـم مرضی کودکان طراحی شده است. شـیوه‌ی نمـره بـرش غربـال کننده و شیوه‌ی نمره برحسب شدت نشانه‌های مرضـی. نمـره‌ی غربال کننده مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳۴). در ایـن پـژوهش نیز از روش نمره‌ی غربال کننده استفاده شـده اسـت (هرگـز و گاهی نمره " ۰" و بیشـتر و اغلـب اوقـات نمـره " ۱"). در ایـن روش، شیوه‌ی نمره‌گذاری با جمـع زدن تعـداد عبـاراتی کـه بـا گزینه‌های اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسـخ داده‌انـد، بـه دسـت می‌آید. در مطالعه‌ای که توسط گادو و همکـاران ۱۹۹۷ صـورت گرفت، ضریب پایایی خرده مقیاس‌ها به روش بازآزمایی بررسـی شد. ضریب همبستگی برای همـه خـرده مقیـاس‌هـا در سـطح $P\leq ۰/۰۱$ معنادار بود.

این پرسشنامه توسط فـرزاد و همکـاران در سـال ۱۳۹۰ در ایـران هنجاریـابی شـده اسـت. مقـدار ضـریب اعتبـار بـه روش هماهنگی درونی برای فرم والدین ۰/۹۴ به دست آمده اسـت. در تحقیق کلانتری و همکاران اعتبار این پرسشـنامه بـا اسـتفاده از روش دونیمه کردن برای فرم والدین، ۰/۸۵ به دست آمـد (۳۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفا کل برابر با ۰/۸۷ مـی باشـد. ابـزار دوم، پرسشنامه ارتبـاط معلـم- دانـش‌آمـوز (IT-SR) بـود. ایـن پرسشنامه خود گزارش‌دهی دانـش‌آمـوز توسـط مـوری و زواک (۳۶) با اقتبـاس ۱۹ گزینـه از پرسشـنامه دلبسـتگی والـدین و همسالان برای استفاده در جو ارتباطی معلم دانش‌آمـوز سـاخته شده است. فرم تجدید نظر شده آن موری و زواک ۲۰۱۱ شـامل ۱۷ گویه است. پرسشنامه دارای ۳ خرده مقیـاس ارتبـاط (۴، ۹، ۸، ۱۱، ۱۷، ۱۵، ۱۲، ۱۰) اعتمـاد (۳، ۱، ۲، ۱۳، ۷) و بیگـانگی (۵،۱۶،۶ ۱۴) می باشد.

نمره گذاری آزمون بر اساس طیـف چهـار گزینـه‌ای هرگـز لیکرت(هرگز:۱، بعضـی اوقـات: ۲، اغلـب اوقـات،۳، همیشـه:۴) است. دامنه نمرات بین ۱۷ تا۶۸ می‌باشـد، نمـرات بـالاتر نشـان دهنده کیفیت ارتبـاطی بهتراسـت. در پـژوهش مـوری و زواک ۲۰۱۱ ضریب آلفـای کرونبـاخ بـرای ۳ خـرده مقیـاس ارتبـاط، اعتماد و بیگانگی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۴ و ۰/۷۲ به دست آمد که نشان دهنـده‌ی همسـانی درونـی خـوب آن اسـت. در پژوهش بیرامی، هاشمی، فتحی آذر و اعلایی(۳۷) ضریب آلفـای کرونباخ برای کل مقیاس و سه خـود مقیـاس ارتبـاط اعتمـاد و بیگانگی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۸، ۰/۷۵ و ۰/۴۲ و ضـریب روایـی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی برابر با ۰/۶۹ محاسبه شد. در پژوهش حاضرآلفای کرونباخ کل برابر با ۰/۸۱ می باشد.

آنالیز آماری

پس از جمع آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل‌هـای پـژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نـرم افـزار Spss نسخه ۲۰ صورت گرفت. در بخش نخست شاخص‌های توصیفی متغیر مورد ارزیابی قرار گرفت، سپس در بخش دوم، بـه منظـور بررسی گزاره پژوهش، ابتدا مفروضه‌ی نرمال بودن متغیر بررسـی شد و در ادامه آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش گروه نمونه شامل تعداد ۶۰ نفر (۲۰ نفر یک گروه آزمایش، ۲۰ نفر گروه آزمایش دیگر و ۲۰ نفر گروه کنترل) بود که مشخصات جمعیت شناختی و توزیع پاسخ دهندگان بر حسب جنسیت و تحصیلات آنها در جدول ۱، گزارش شده است.

جدول۱. داده های جمعیت شناختی گروه نمونه پژوهش

متغیر	گروه آزمایش (ذهن آگاهی) فراوانی	درصد فراوانی	گروه آزمایش (شناختی-رفتاری) فراوانی	درصد فراوانی	گروه کنترل فراوانی	درصد فراوانی
سن						
۸ سال	۳	۱۵	۴	۲۰	۳	۱۵
۹ سال	۳	۱۵	۳	۱۵	۴	۲۰
۱۰ سال	۵	۲۵	۴	۲۰	۴	۲۰
۱۱ سال	۴	۲۰	۵	۲۵	۵	۲۵
۱۲ سال	۵	۲۵	۴	۲۰	۴	۲۰
جنسیت						
پسر	۱۱	۵۵	۱۲	۶۰	۱۲	۶۰
دختر	۹	۴۵	۸	۴۰	۸	۴۰

در بررسی آماره‌های توصیفی متغیر پژوهش، شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در متغیر تعامل کودک- معلم به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیر پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری

گروه ها / آزمون ها	(شناختی-رفتاری) میانگین	انحراف استاندارد	(ذهن آگاهی) میانگین	انحراف استاندارد	(کنترل) میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۴۳/۸۰	۶/۳۵	۴۴/۸۰	۳/۴۷	۴۷/۶۰	۵/۶۶
پس آزمون	۵۱/۶۰	۵/۹۹	۴۹/۱۰	۶/۹۸	۴۶/۳۰	۵/۷۹
پیگیری	۴۹/۴۰	۵/۴۲	۴۷/۰۰	۴/۳۳	۴۵/۷۰	۳/۸۸

با توجه به جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمرات تعامل معلم- کودک در گروه آزمایشی با درمان به روش شناختی-رفتاری و گروه آزمایشی با آموزش ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل تغییر چشمگیری داشته است به طوری که تعامل معلم- کودک کودکان نافرمان مقابله‌ای افزایش یافته است که این می‌تواند به نوعی نمایانگر اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل باشد. می-بایست به منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده نمود. پیش از استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر می‌بایست مفروضات این آزمون مورد بررسی قرار گیرد. بررسی‌های مقدماتی برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های این روش آماری صورت گرفت که نتایج این بررسی‌ها حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف (Z برابر با ۱/۳۹ ، سطح معناداری برابر با ۰/۲۹)، همگنی ماتریس کوواریانس با استفاده از آزمون M باکس (F برابر با ۰/۸۸ ، سطح معناداری برابر با ۰/۵۲) و تناسب کوواریانس با استفاده از آزمون کرویت ماچلی (میزان ماچلی برابر با ۰/۹۷۲ ، سطح معناداری برابر با ۰/۶۸۱) در گروه‌ها بود ($p>0/05$). بنابراین می‌توان از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد. از این رو، فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین اثر بخشی آموزش مهارت - های ذهن‌آگاهی ویژه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای و درمان شناختی –رفتاری بر تعاملات کودک با معلم تفاوت معنادار وجود دارد، مورد ارزیابی قرار گرفت. برای پاسخگویی به این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ ارئه شده است.

جدول۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر(مقایسه تاثیر درمان شناختی-رفتاری و آموزش ذهن آگاهی)

مشخصه آماری (آزمون تعامل با معلم)	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
درمان	۶۴۵/۶۹	۲	۳۲۲/۸۴	۷۲/۵	۰۰۰۱/۰	۰/۵۶	۱/۰۰۰
گروه	۶۲۸/۸	۱	۶۲۸/۴۷	۴۱/۸	۰۰۰۱/۰	۰/۶۴	۱/۰۰۰
درمان× گروه	۵۹۳/۲۴	۲	۲۹۶/۶۲	۲۱/۴	۰۰۰۱/۰	۰/۵۴	۱/۰۰۰

بر اساس جدول ۳ می‌توان مشاهده کرد در متغیر تعامل با معلم، مقدار F به دست آمده در خصوص تفاوت میانگین ها در

آزمون‌های مختلف در سطح P≤۰/۰۱ معنی‌دار است. بنابراین، بین نمرات مربوط به این متغیر در سه آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون بونفرونی جهت بررسی مقایسه بین گروهی متغیر تعامل با معلم در گروه‌های شناختی – رفتاری و ذهن آگاهی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون بونفرونی (مقایسه بین گروهی متغیر وابسته در گروه‌های شناختی – رفتاری و ذهن آگاهی)

مقایسه گروه ها	تفاوت میانگین ها	انحراف معیار	معناداری
شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی (تعامل با معلم)	۶/۷۸	۱/۹۲	۰/۰۲

بر اساس جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد که اختلاف نمره متوسط بین گروه شناختی – رفتاری و ذهن‌آگاهی نشان دهنده این است که اختلاف معناداری در دو گروه وجود دارد. با توجه به جدول ۲ که میانگین تعامل معلم-کودک را به تفکیک گروه و آزمون نشان می‌دهند، نتایج نشان‌دهنده تأثیر بیشتر درمان شناختی-رفتاری بر افزایش تعامل کودک با معلم نسبت به آموزش ذهن آگاهی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثر بخشی آموزش مهارت های ذهن آگاهی ویژه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای و درمان شناختی –رفتاری بر تعاملات کودک با معلم صورت گرفت. نتایج نشان داد که هر دو مداخله آموزش مهارت های ذهن و درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش تعامل کودک با معلم می شود و نیز نتایج نشان‌دهنده تأثیر بیشتر درمان شناختی- رفتاری نسبت به آموزش ذهن‌آگاهی می‌باشد. یافته-های بدست آمده از این پژوهش، فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین اثر بخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی ویژه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای و درمان شناختی –رفتاری بر تعاملات کودک با معلم تفاوت معنادار وجود دارد را مورد تایید قرار داد. با توجه به اینکه تحقیقی در خصوص مقایسه اثربخشی آموزش مهارت-های ذهن آگاهی و درمان شناختی- رفتاری بر کودکان نافرمان مقابله‌ای (داخل و خارج) انجام نشده است، این نتایج می‌تواند با نتایج پژوهش‌های رونن (۲۰۰۴)، گرین ، آبلون و گورین (۲۰۰۵) ، نواکو (۱۹۹۳)، لین، چی، ونگ، هیس، دو و فنگ (۲۰۰۹) ، کرو و مایک (۲۰۰۷) و وگت، دکویک، پرینزی، استمس و اسچر (۲۰۱۳) همسو باشد.

رونن در تحقیق سال ۲۰۰۴ اعلام داشت که آموزش شناختی- رفتاری موجب کاهش رفتارهای مخرب و افزایش خود مهارگری و افزایش تعامل‌های بین فردی دانش‌آموزان مبتلا به به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود. گرین و همکاران در تحقیق سال ۲۰۰۵ اعلام داشتند که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش تکانشگری و بهبود روابط با همسالان می-شود. آنها نشان داده‌اندکه آموزش شناختی- رفتاری سبب پرورش مهارت‌های روانی، اجتماعی و رفتاری می گردد، در کاهش رفتارهای خشونت آمیز مؤثر است، پرخاشگری‌های کلامی و بدنی را کاهش می‌دهد و افراد را برای حضور مؤثر در روابط بین فردی آماده می‌سازد. نواکو در تحقیق سال ۱۹۹۳ اعلام داشت که کودکان نافرمان مقابله‌ای از طریق شرکت در برنامه‌های آموزش شناختی- رفتاری می‌توانند ضمن بازسازی شناختی، مهارت‌های مورد نیاز را فرا گیرند و با غنی کردن خزانه شناختی و رفتاری خود، افکار و احساس‌های دیگران را بهتر درک کنند و روابط بین فردی سازگارانه نشان دهند.

لین و همکاران در تحقیق سال ۲۰۰۹ اعلام داشتند که آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش تعاملات و ارتباطات اجتماعی کودکان می‌گردد، بنابراین با افزایش کنش‌های اجتماعی می‌توان بهبود سازگاری اجتماعی را نیز در این کودکان انتظار داشت. کرو و مایک در تحقیق سال ۲۰۰۷ اعلام داشتند که آموزش ذهن آگاهی بر روابط اجتماعی کودکان تأثیر مثبت دارد. وگت و همکاران در تحقیق سال ۲۰۱۳ اعلام داشتند که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند باعث تعامل اجتماعی مناسب با محیط در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی گردد. به این ترتیب نتایج پژوهش‌های پیشین، کارآمدی این دو روش در جنبه‌های بهبود روابط بین فردی و سازگاری اجتماعی مورد تایید قرار دادند.

در پژوهش حاضر، اجرای درمان شناختی- رفتاری با افزایش آگاهی و دانش کودکان به آنها کمک می‌کند که اعمال

خود را مهار کنند و خود نظم دهی‌شان افـزایش یابـد در نتیجـه تأثیر مثبتی بر سازگاری و روابط کودکان دارد. مداخله شناختی-رفتاری شامل فنون و مهارت‌هایی است که بر هیجان‌های منفـی به خصوص خشم تأثیر مـی‌گـذارد، بـه گونـه‌ای کـه بـه کسـب مهارت‌های رفتاری منجر می‌شود و کارکرد مهارت‌های ارتباطی-اجتماعی را به طور معناداری بهبود مـی‌بخشـد و بـه دنبـال آن سازگاری کودکان نیز افزایش می‌یابد و آنها را به سمت رفتارهای جامعه پسند سوق می‌دهد و سبب تسهیل تعاملات بـین فـردی مناسب می‌شـود. آمـوزش شـناختی- رفتـاری سـبب پـرورش مهارت‌های روانی، اجتماعی و رفتاری این کودکان می‌شود و آنها را برای حضور مناسب در روابط بین فردی با والـدین، معلمـین و همسالان و به طور کلی اجتماع آماده می‌کند. در ایـن پـژوهش، درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش خودآگاهی فرد نسبت بـه هیجان‌های خود و نیز درک دقیق‌تر عواطـف دیگـران شـد کـه بهره‌مندی از این مهارت‌ها می‌تواند بر کاهش رفتارهای مقابلـه‌ای و علائم نافرمانی مؤثر باشد و می‌تواند باعث بهبود رفتار کودکـان شود و در نتیجه سبب بهبود روابط بین فردی آنها گردد.

از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌توان به افـزایش توانـایی خودآگاهی و پذیرش خود در کودکان مبتلا به اختلال نافرمـانی مقابله‌ای منجر شد به کمک ذهن‌آگاهی، کودک نافرمان نسـبت به فعالیت‌های روزانه و کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشـته و آینده، آگاهی یابد و از طریق آگـاهی لحظـه بـه لحظـه افکـار، احساسات و حالت‌های هیجانی بر آنها کنترل پیدا کند. با گـوش دادن ذهن آگاهانه می‌توان ذهن کودکـان را آرام کـرد و توانـایی توجه آنها را افزایش داد. تمرین تمرکز بر تنفس باعث مـی شـود کودکان پاسخ های خود را با فکر بدهند تا اینکه سریع و بازتـابی پاسخ دهند. ذهن آگاهی به محیط پیرامون باعث آگاهی نسـبت به افکار و هیجانات می‌شود.

کودکان در این پژوهش با آموزش تکنیک‌های ذهن آگـاهی یاد می‌گیرند که خودشان را آرام سازند و به هر آنچـه در محـیط پیرامون رخ می‌دهد، توجه کنند، نسبت به رفتارها و روابط خـود با دیگران تعمق کنند که این مـی‌توانـد کلیـد موفقیـت آنهـا در روابط فـردی باشـد، زیـرا کودکـان نافرمـان مقابلـه‌ای تکانشـی هستند، بنابراین آنها به جای عکس العمل سریع نشـان دادن در برابر بعضی مسائل، تعمق و تفکر می‌کنند و بعد به درستی پاسخ می‌دهند که این خود منجر به از هم نپاشیدن روابط بـا دیگـران می‌شود. در این پژوهش تأثیر بیشتر درمان شـناختی –رفتـاری نسبت به آموزش مهارت هـای ذهـن آگـاهی ویـژه کودکـان بـا نافرمانی مقابله‌ای بر تعاملات کودک با معلم نشان داده شد.

در پژوهش حاضر نشان داده شد درمـان شـناختی-رفتـاری تأثیر بیشتری نسبت به آموزش مهارت های ذهـن آگـاهی ویـژه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای بر تعـاملات کـودک بـا معلـم دارد. بنابراین می توان گفت که دلیل تـأثیر بیشـتر درمـان شـناختی رفتاری نسبت به ذهن‌آگاهی، تاکید درمان شناختی رفتـاری بـر شناخت است اما در ذهن‌آگاهی بر فرایندهای شـناختی تـا ایـن حد تاکید نمی‌شود. در ذهن آگاهی فرایندهای شناختی پذیرفته می‌شوند و توجه فرد به بدن و تنفس و ... معطوف می‌شود. اما در درمان شناختی – رفتاری باورهای بنیادین شناسایی می شـوند، مورد ارزیابی قرار مـی‌گیرنـد و در یـک فراینـد ارزیـابی مجـدد، بازسازی می‌شوند. بنابراین، ایـن امـر مـی‌توانـد اثـرات عمیـق و پایداری بر فرد داشته باشد.

با توجه به تأثیر مثبت هر دو روش بر تعامل با معلم کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیشنهاد می‌شود در پژوهش-های آتی روش‌های آموزشی پژوهش حاضر، در کودکـان مبـتلا به سایر اختلال های مخرب نیز انجـام گیـرد. از محـدویت‌هـای پژوهش حاضر، عدم آموزش مهارت‌های ذهن‌آگـاهی و مداخلـه درمان شناختی-رفتاری بر روی والدین کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله ای شرکت کننده در پژوهش حاضر مـی‌باشـد. همچنـین جامعه آماری پژوهش حاضر محدود به کودکان نافرمان مقابله‌ای مراجعه کننـده بـه مراکـز مشـاوره و روانشناسـی در شهرسـتان اصفهان بود، بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به کودکان نافرمان مقابله‌ای مناطق دیگر کشور باید با احتیاط صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دوره دکترای روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان می‌باشد. بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش (کودکان) و والدین آنها که صمیمانه در این پژوهش با ما همکاری داشتند، اعلام می‌نمایم.

References

1. Andrade B, Browne D, Tannock F. Prosocial skills may be necessary for better peer functioning in children with symptoms of disruptive behavior disorders. Peer Journal. 2014; 487:1-16.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
3. Hamilton S S, Armando J. Oppositional defiant disorder. Am Fam Phys. 2008; 78(7):861-6.
4. Marmorstein N R. Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: the influences of age and gender. J Anxiety Disord. 2008; 21(3):420-32.
5. Ghosh A, Malhotra S, Basu D. Oppositional defiant disorder (ODD), the forerunner of alcohol dependence: A controlled study. Asian J Psychiatry. 2014;11:8-12.
6. Dick D M, Viken R J, Kaprio J, Pulkkinen L, Rose RJ.Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms. J Abnorm Child Psychol. 2005; 33(2): 219–229.
7. Sigurdson J F, Wallander J, Sund A M. Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood?. Child Abuse & Neglect. 2014; 38: 1607-1617.
8. Hommersen P, Murray C, Johan J, Johnston C. Oppositional Defiant Disorder Rating Scale. Preliminary Evidence of Reliability and Validity.2006.
9. Coy K, Speltz M, Deklen M. Social – Cognitive Processes in Preschool Boys with and without Oppositional Defiant Disorder. Journal of Abnormal Child Psychology.2001; 29 (2):107-117.
10. Greene R W, Ablon J S, Goring J. Effectiveness of collaborative problem with solving in effectively deregulated children with oppositional-defiant disorder: initial findings. J Consult Clin Psychol. 2002; 72(6): 157-64.
11. Loeber R, Burke J D, Lahey B B, 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 ; 39:1468-1484.
12. Gadow K D, Nolan E E. Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD+ADHD symptoms. J Child Psychol psychiatry. 2002; 43:191-2016.
13. Tengteng T, Naiyi W. The Influence of Student Personality and Teacher-student Interactions on Teacher-student Relationship Quality. Journal of Beijing Normal University (Social Science). 2013; 1:174-177.
14. Wubbles T, Levy J." A comparison of interpersonal behavior of Dutch and American teachers". International Journal of Intercultural Relationships. 2009; 15:1-18.
15. Tseng W L, Kawabata Y, Gau S S. Social adjustment among Taiwanese children with symptoms of ADHD, ODD,

and ADHD comorbid with ODD. Child Psychiatry Hum Dev. 2011; 42(2): 134-51.
16. Matthys W, Lochman J E. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood. Blackwell Publishing. 2010.
17. Folino A. The Effects of Antecedent Exercise on Students' Aggressive and Disruptive Behaviours: Exploratory Analysis of Temporal Effects and Mechanism of Action. A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Department of Human Development and Applied Psychology University of Toronto. 2011.
18. Baker S D, Lang R., O'Reilly M. Review of video modeling with students with emotional and behavioral disorders. Education & Treatment of Children. 2009; 32: 403-420.
19. Klingberg T, Forssberg H, Westerberg H. Training of working memory in children with ADHD. J Clin Exp Neuropsychol.2002; 24(6): 781–791.
20. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Dell Publishing. 1990.
21. Gilbert P. Psychotherapy and counselling for depression. Third ed . London. SAGE Publications Ltd. 2007.
22. Semple R J, Lee J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children. Second Edition. New York: Applications Across the Lifespan. 2014;161-188.
23. Parent J, McKee L G, Rough J N, Forehand R. The association of parent mindfulness with parenting and youth psychopathology across three developmental stages. Journal of Abnormal Child Psychology,2015; 44 (1):191-202.
24. Hayes S C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy. 2004; 35 (4): 639-665.
25. Paterniti A. A pilot study compareing mindfulness program to study skills training program in reduction test anxiety. Island: Department of psychology.2007.
26. Reinecke M, Dattilio F, Freeman A .Cognitive Therapy with Children and Adolescents. Second Edition. New York: The Guilford Press. 2006.
27. Lochman J E, Pardini D A. Cognitive behavioral therapies. In M. Rutter , D. Bishop , D. Pine , S. Scott , J. Stevenson , E. Taylor & A. Thapar (Eds.), Rutter ' s Child and Adolescent Psychiatry (5th ed), London: Blackwell. 2008; 1026-1045.
28. Kendall P C. Cognitive- behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status,and emerging developments.Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1993; 61: 235-247.
29. Siegel-Wolf M. Cognitive behavioral intervention used to improve anger management skills with second and third grade students [dissertation]. Florida: School Psychology Miami Shore. 2007.
30. Nock M K, Kazdin A E, Hiripi E Kessler R C. Lifetime prevalence, correlates and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the national comorbidity survey replication. J Child Psychol and psychiatry.2007 ; 48(7): 703-713.

31. Şakiroglu M. Use positive anger. Istanbul: Postiga Publications.2012.
32. Nemeth D G, Ray K P, Schexnayder M.M. Anger management training for children: A group approach. In: Keller PA, Ritt LG, eds. Innovations in Clinical Practice. Sarasota: Professional Resource Press. 2012; 120-161.
33. Shamsai F, Eugene H, Jahangir L, Dehghani M, Soltanian A S. Evaluation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Coping Disobedience, and Conduct in Parents of Children with Bipolar Disorder. Scientific Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan. 2014; 23: 44-33. (in Persian)
34. Mohammad Ismail E . Validity, Validity and Cut-off Point of Behavioral Disorders Questionnaire for 5-6 Years Old Children in Primary and Secondary Schools in Tehran. Department of Behavioral Disorders Research Institute for Exceptional Children. 2001. (in Persian)
35. Kalantari M, Neshat Doost H T, Pashasaltani A. Investigating the Effectiveness of Solving Method Training in reducing symptoms of attention deficit / hyperactivity disorder. Cognitive Science News. 2001; 10: 46-52. (in Persian)
36. Murray Ch, Zvoch K.Teacher-Student Relationships Among Behaviorally At-Risk African American Youth From Low-Income Backgrounds: Student Perceptions, Teacher Perceptions, and Socioemotional Adjustment Correlates. Journal of Emotional and Behavioral Disorders.2011; 19(1): 41– 54.
37. Beirami M, Hashemi T, Fathi Azar E, Alaie P. Traditional bullying and cyber adolescent girls of the junior school:The role of student teacher communication quality. Journal of Educational Psychology.2012; 8(26):151-176. (in Persian)
38. Ronen T. Imparting self- control skills to Decrease Aggressive behavior in a 12 year old boy. Journal of Social Work. 2004; 4:269-288.
39. Greene R W, Biederman J, Zerwas S, Monteaux M C, Goring J C, Faraone S V. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. Am J psychiatry. 2002; 15(9): 1214-1224.
40. Novaco R W. Stress inoculation therapy foranger control: A manual for therapists. Irvine: University of California. 1993.
41. Lin X, Li L, Chi P,Wang Z, Heath M A Du H, Fang X. Effectiveness of mindfulness training on interpersonal relationship among Chinese children with oppositional defiant disorder. Child Abuse Neglect . 2006; 51: 192-202.
42. Krew J, Mike C E. Treatment for social relationship in children with oppositional defiant disorder. Advances in Mental Health. 2007; 2(1):26-33.
43. Vugt E, Deković M, Prinzie P, Stams G, Asscher J. Effectiveness of mindfulness training on social skills for children with oppositional defiant disorder. Children and Youth Services Review.2013; 35: 162-167.

A Comparison of the Effectiveness of the Mindfulness Skills Training for Children with Oppositional Defiant and Cognitive-Behavioral Therapy on the Child-Teacher Interactions

Khodami M[1], Malekpour M[*2], Ghamarani M[3], AtashpourM[4]

1. PHD of general psychology, Islamic Azad university,Isfahan(khorasgan) branch, Esfahan,Iran

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran, na.khodami@ymail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Khorasgan Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Received: March. 9, 2020 **Accepted:** Apr. 15, 2020

Abstract

Background: Oppositional defiant disorder is one of the most common diagnoses of mental health disorders in childhood, which is a recurrent pattern of negative caring behaviors, disobedience, rebellion, and hostility toward the power holder. It has a profound impact on the individual, the family, the school and the community. Hence, the protocol for training the mindfulness skills of children with oppositional defiant disorder was developed to improve the child's interaction with the teacher. The purpose of this study was to compare the effectiveness of mindfulness training for children with oppositional defiant disorder and cognitive-behavioral therapy on the child-teacher interactions.

Materials and Methods: The research method was a semi-experimental pretest-posttest and follow-up with a control group. Sixty 8 to 12-year-old oppositional defiant children were selected by available sampling and were randomly assigned into two experimental groups (interventional technique: mindfulness skills training and cognitive-behavioral therapy) and a control group. Measurement tools consisted of a Teacher-Student Relationship Questionnaire and Questionnaire CSI-4.

Results: The results of the analysis of variance with repeated measures indicated that mindfulness training and cognitive-behavioral therapy had significant effects on enhancing the child interactions with the teacher. Studies have also showed a significant difference between the increasing child-teacher interaction with mindfulness training and cognitive-behavioral therapy ((P =0.001).

Conclusion: The rise of child-teacher interactions in the cognitive-behavioral group is greater than the increase in the child-teacher interactions in the group with mindfulness training.

Keywords: children with oppositional defiant, mindfulness, cognitive- behavioral, child interaction with teacher

**Citation:* A Comparison of the Effectiveness of the Mindfulness Skills Training for Children with Oppositional Defiant and Cognitive-Behavioral Therapy on the Child-Teacher Interactions. Yafte. 2020; 22(1):25-38.