

بررسی اثر کوتاه‌مدت آموزش برنامه فرزندپروری مثبت (3P) بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

**Investigating Short-Term Triple P-Positive Parenting Program Effectiveness in Modification of Parenting Styles of Mothers of Children with Oppositional Defiant Disorder (ODD)**

*E. Pour Ahmadi, M. A.*

✉ الناز پورا احمدی

مدرس دانشگاه آزاد اسلامی بندر گز

*M. Jalali, M. A.*

محسن جلالی

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی بندر گز

*M. A. Shaeiri, Ph.D.*

دکتر محمدرضا شعیری

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شاهد

*K. Tahmassian, Ph.D.*

دکتر کارینه طهماسیان

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

دریافت مقاله: ۸۸/۲/۳

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۸/۶/۱۸

پذیرش مقاله: ۸۸/۸/۱۵

**Abstract**

The purpose of the study was to investigate the effectiveness of the short-term triple p-positive parenting program in modification of parenting styles of mothers of children with oppositional defiant disorder (ODD). Four schools were randomly selected from schools of Nahavand city. 27 mothers whose children had received scores above of cut-off points on

**چکیده:**

پژوهش حاضر جهت بررسی تأثیر کوتاه‌مدت آموزش مدیریت والدین بر اساس برنامه فرزندپروری مثبت (3P) بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شده است. این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است و جامعه مورد مطالعه آن دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۰ ساله دبستان‌های پسرانه شهرستان نهاوند می‌باشند.

✉ Corresponding author: Islamic Azad University, Bandar Gaz, Golestan  
Tel: +98912-4358711  
Fax: ---  
Email: [empj1359@yahoo.com](mailto:empj1359@yahoo.com)

✉ نویسنده مسئول: استان گلستان، بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی  
تلفن: ۰۹۱۲۴۳۵۸۷۱۱  
پست الکترونیکی: [empj1359@yahoo.com](mailto:empj1359@yahoo.com)

oppositional defiant disorder subtest of Child Behavioral Checklist (CBCL) and their problems were also confirmed by the Teacher Report Form (TRF) were selected. Parenting styles questionnaire was administered to the mothers. A sum of 22 mothers that had ineffective parenting styles were randomly selected and allocated to the experimental and control groups. Experimental group received Triple-p for 8 weekly sessions each lasted for two hours. Upon the completion of the training, the parenting style questionnaire was administered as a post-test to both groups of mothers. Data obtained from this study was analyzed using the Mann-Whitney U procedure. The results indicated that there is a significant difference between the experimental and control groups after the training. The experimental group reported a significant decrease in authoritarian and permissive parenting styles ( $p < 0/01$ ) and significant increase in authoritative parenting style ( $p < 0/05$ ). Parenting styles impacted the development of prolem behaviors in childrens with oppositional defiant disorder. The results of this research suggest that the triple p-positive parenting program is helpful for modification of effectless parenting styles of mothers of childrens with oppositional defiant disorder.

**KeyWords:** positive parenting program, oppositional defiant disorder, parenting styles.

نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد. ۳۰ نفر از مادران کودکانی که بر اساس سیاهه رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF)، مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) تشخیص داده شده بودند، انتخاب و شیوه فرزندپروری آن‌ها با استفاده از پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری دیانا باومریند مورد ارزیابی قرار گرفت. در نهایت ۲۲ نفر از مادرانی که دارای شیوه فرزندپروری ناکارآمد بودند انتخاب و به دو گروه آزمایش ( $n=12$ ) و گواه ( $n=12$ ) تقسیم شدند. سپس برنامه فرزندپروری مثبت به مدت ۲ ماه در ۸ جلسه آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. در طول دوره آموزش، ۳ نفر از مادران گروه آزمایش از شرکت در جلسات خودداری کردند، ولی تعداد افراد گروه گواه ثابت ماند. شیوه‌های فرزندپروری مادران دو گروه، بلافاصله پس از پایان جلسات آموزشی، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفت. در نهایت نتایج بدست آمده توسط آزمون U من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون شیوه‌های فرزندپروری در دو گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیوه فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه مادران گروه آزمایشی پس از پایان جلسات آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، با توجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، کاهش یافته ( $P < 0/01$ )، در مقابل شیوه فرزندپروری مقتدرانه در گروه آزمایش نسبت به گواه افزایش یافته است ( $P < 0/05$ ). این نتایج نشان می‌دهند که آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد مادران کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای را تغییر می‌دهد. با توجه به این‌که روابط معناداری بین شیوه فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بروز، شدت و تداوم بیماری کودکان وجود دارد، لذا با آموزش برنامه‌هایی که شیوه فرزندپروری والدین را مورد هدف قرار می‌دهند، می‌توان مشکلات رفتاری کودکان را کاهش داد.

**کلیدواژه‌ها:** برنامه فرزندپروری مثبت، شیوه فرزندپروری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای.

## مقدمه

دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی شده و شکل می‌گیرد. اغلب ناسازگاری‌ها و اختلالات رفتاری در نوجوانی و بزرگسالی، از بی‌توجهی به مسائل و مشکلات عاطفی - رفتاری دوران کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل ناشی می‌شود. با پذیرش این واقعیت، اخیراً توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان مشکلات و اختلالات دوران کودکی معطوف شده است (کارت‌رایت - هاتون، ۲۰۰۵).

میزان شیوع اختلالات دوران کودکی بین ۶ تا ۱۹ درصد برآورد شده است (ماش و بارکلی، ۲۰۰۲). این بررسی‌ها عمدتاً بر کودکان مبتلا به اختلالات رفتار ایذایی<sup>۱</sup> متمرکز بوده‌اند، چراکه این اختلالات بخش وسیعی از موارد بالینی را شامل شده (کازدین<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ به‌نقل از کوستین و همکاران، ۲۰۰۴) و تأثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارند (ماش و بارکلی، ۲۰۰۲). از میان اختلالات ایذایی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۳</sup> از شایع‌ترین اختلالات روانی است که با شیوع ۲ تا ۱۶ درصد در کودکان پیش‌دبستانی یا اوایل سن مدرسه و در مرحله قبل از نوجوانی بروز می‌کند. 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، تمرد در ناراحت کردن دیگران، سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات و سوءرفتار خود، زود رنجی و زود ناراحت شدن از دست دیگران، دلخوری و عصبانیت و نیز کینه‌توزی و انتقام‌جویی، خود را نشان می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۸۱؛ کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلالی تدریجی و مزمن است (بلوم‌کوئیست، ۱۳۸۳) که تقریباً همیشه در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل می‌کند. این کودکان اغلب دوست و رفیقی ندارند و روابط انسانی برای آن‌ها رضایت‌بخش نیست. آن‌ها علی‌رغم هوش کافی، به‌دلیل عدم مشارکت و مقاومت در برابر توقعات خارجی و اصرار بر حل مشکلات به کمک دیگران، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است مردود شوند. مشکلات یاد شده موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم در ناکامی‌ها، خلق افسرده و حملات کج خلقی می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲) که پیش‌آگهی<sup>۴</sup> اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر رشد مشکلات دیگری هم‌چون اختلال سلوک<sup>۵</sup> (CD)، اختلالات خلقی، بیش‌اضطرابی<sup>۶</sup>، مصرف مواد و الکلیسم (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲؛ بلوم‌کوئیست، ۱۳۸۳؛ انگلد و کاستلو، ۱۹۹۹؛ باربارا و همکاران، ۲۰۰۴؛ مارمورستین، ۲۰۰۶؛ میلن و ادواردز، ۲۰۰۱) و نیز اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتارهای بزهکارانه در دوران بلوغ و بزرگسالی قرار می‌گیرند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲؛ بلوم‌کوئیست، ۱۳۸۳؛ میلن و ادواردز، ۲۰۰۱؛ لوبر و همکاران، ۲۰۰۰؛ ریچارد و همکاران، ۲۰۰۲).

در باب علت‌شناسی این اختلال عوامل بسیاری مطرح شده، که از جمله آن‌ها می‌توان به تعامل منفی والد - کودک و شیوه فرزندپروری ناکارآمد والدین اشاره کرد (بینا، ۲۰۰۲؛ برادلی، ۲۰۰۲؛ بارت و همکاران، ۲۰۰۳؛ هالنشتین، ۲۰۰۴؛ کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲؛ بلوم کوپست، ۱۳۸۳؛ جلالی و همکاران، ۱۳۸۶). پترسون<sup>۷</sup> (۱۹۹۲، به نقل از برادلی، ۲۰۰۲) معتقد است که اختلالات برون‌سازی شده نتیجه شکست در اعمال قوانین والدینی است که معمولاً دارای سه ویژگی شامل: قوانین بی‌ثبات، نظارت کم و مهارت‌های ضعیف حل مسئله هستند. این نوع سبک فرزندپروری، کودکان را به سمت نافرمانی سوق می‌دهد. در همین راستا کچلاک و کینان<sup>۸</sup> (۲۰۰۱، به نقل از گیمپل و هالند، ۲۰۰۲) بیان کرده‌اند که، ضعف مسئولیت‌پذیری والدین و تنبیه شدید، خطر بروز رفتارهای ایذایی را افزایش می‌دهد. بلوم کوپست (۱۳۸۳) نیز بیان می‌کند که والدین کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای غالباً در برخورد‌های انضباطی‌شان، والدینی خشن، ناهماهنگ و ناتوان هستند. این نتایج موجب شدند تا روابط متقابل والد - کودک در مرکز توجه آسیب‌شناسی کودکان قرار گیرد، چراکه تعامل‌های نامناسب و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد والدین می‌تواند اختلالات عاطفی و رفتاری را در کودکان و نوجوانان ایجاد کند (بینا، ۲۰۰۲؛ جلالی و همکاران، ۱۳۸۶ الف).

با توجه به این‌که بسیاری از تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل خطر ساز خانوادگی مثل، فرزندپروری<sup>۹</sup> ناکارآمد والدین پیش‌بینی‌کننده نیرومندی برای رشد و حفظ مشکلات عاطفی و رفتاری در کودکان و نوجوانان می‌باشد (سندرز، الف ۲۰۰۳؛ دن و همکاران، ۲۰۰۳)، لذا روش مداخله‌ای که شیوه فرزندپروری والدین را مورد هدف قرار دهد، از زمره روش‌های بسیار مؤثر پیشگیری از اختلالات مزمن رفتاری در کودکان می‌باشد (دن و همکاران، ۲۰۰۳). بدین منظور سندرز<sup>۱۰</sup> و همکاران بر اساس مداخلات خانوادگی و فرزندپروری، برنامه فرزندپروری مثبت<sup>۱۱</sup> را به وجود آوردند (سندرز، ۱۹۹۹؛ به نقل از دن و همکاران، ۲۰۰۳) که در قلمرو درمانگری‌های خانوادگی رفتاری بر اساس اصول یادگیری اجتماعی قرار دارد (سندرز، الف ۲۰۰۳). این برنامه یک مداخله چند سطحی است (سندرز و همکاران، ۲۰۰۳) که عوامل محافظتی کودکان را غنا می‌بخشد و عوامل خطر سازی را که با مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان در ارتباط است، کاهش می‌دهد (دیویسون، ۲۰۰۵).

برنامه آموزش مذکور این اهداف را دنبال می‌کند: افزایش دانش، مهارت، اعتماد به نفس، خود کارآمدی و خوش‌فکری والدین در تربیت کودکان‌شان؛ ارائه درمان به وسیله یادگیری آموزشی، حل مسئله به واسطه الگوپردازی، درمانگری ساخت‌یافته حل مسئله؛ گسترش سرگرمی، ایمنی، پرورش و ایجاد محیط‌هایی با میزان تعارض کمتر برای کودکان؛ افزایش کارآمدی رفتاری، هوشی، زبانی، عاطفی و اجتماعی کودکان از طریق مهارت‌های فرزندپروری مثبت (سندرز، ۲۰۰۳).

اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. این برنامه از پشتوانه تجربی خوبی در درمان اختلالات رفتاری (سندرز و همکاران، ۲۰۰۱؛ لئونگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ کن<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ سندرز و همکاران، ۲۰۰۴؛ سندرز، ۲۰۰۵؛ مارکی دادز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۱، به‌نقل از سندرز، ۲۰۰۵؛ هازل<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۰، به‌نقل از بار و همکاران، ۲۰۰۲؛ جلالی و همکاران، ۱۳۸۶؛ پوراحمدی و همکاران، ۱۳۸۷؛ جلالی و همکاران، ۱۳۸۷؛ ج؛ فرمند و همکاران، ۱۳۸۵)، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد والدین (زوبریک، ۲۰۰۱؛ بار و همکاران، ۲۰۰۲؛ لئونگ و همکاران، ۲۰۰۳)، افسردگی، اضطراب، استرس و خشم والدین (زوبریک، ۲۰۰۱، مارکی دادز، ۲۰۰۱، به‌نقل از سندرز، ۲۰۰۵؛ سندرز، ۲۰۰۵؛ کن و همکاران، ۲۰۰۳؛ سندرز و فورلند، ۲۰۰۶؛ روشن بین و همکاران، ۱۳۸۶؛ جلالی و همکاران، ۱۳۸۷) و تعارضات زناشویی (سندرز، ۲۰۰۵؛ کن و همکاران، ۲۰۰۳) برخوردار بوده است.

توجه به تحقیقات بیان شده در مورد تأثیر تعاملات منفی والد - کودک و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد والدین در ایجاد اختلالات رفتاری کودکان، ضرورت اعمال مداخلاتی جهت تغییر در شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد والدین و در نتیجه کاهش مشکلات رفتاری کودکان را روشن می‌کند. در همین راستا پژوهش حاضر در صدد پاسخ دادن به این سؤال است که آیا مداخلات خانوادگی رفتاری به شیوه برنامه فرزندپروری مثبت می‌تواند شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را تغییر دهد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه مورد مطالعه شامل دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۰ ساله دبستان‌های پسرانه شهرستان نهاوند می‌باشند. نمونه‌گیری در دو مرحله تصادفی و مبتنی بر هدف انجام شد به این ترتیب که در ابتدا چهار مدرسه به طور تصادفی از میان دبستان‌های پسرانه انتخاب و بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین این مدارس، ۴۰۰ دانش‌آموز (از هر مدرسه ۱۰۰ نفر) به تصادف انتخاب شده و سیاهه رفتاری کودک<sup>۱۵</sup> (CBCL) توسط دانش‌آموزان این مدارس برای والدین آن‌ها ارسال شد. پس از تکمیل سیاهه رفتاری کودک توسط والدین و ارجاع مجدد آن به مدرسه، ۴۷ دانش‌آموزی که در شاخص نافرمانی مقابله‌ای سیاهه رفتاری کودک نمره بالاتر از نمره برش کسب کردند، انتخاب شدند. سپس به منظور تأیید نظر والدین، فرم گزارش معلم<sup>۱۶</sup> (TRF) توسط معلم دانش‌آموزان مربوطه تکمیل شد. در نهایت ۳۷ دانش‌آموزی که در هر دو ابزار استفاده شده، نمره بالا گرفته بودند، انتخاب شدند. بعد از انتخاب افراد نمونه توسط پرسشنامه‌های مذکور، جهت تشخیص نهایی و دقیق از والدین دعوت شد

که در مصاحبه‌ای نیم ساعته که در یکی از مدارس انجام شد شرکت کنند. سپس با مادران هر یک از کودکان بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای موجود در DSM-IV به صورت انفرادی مصاحبه‌ای انجام شد، تا نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها، با مصاحبه حاضر تطبیق داده شود. در مرحله بعد از مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای دعوت شد تا در این پژوهش شرکت کنند. شیوه فرزندپروری این مادران با استفاده از پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری دیانا باوم‌ریند مورد ارزیابی قرار گرفت. هم‌چنین مادران مذکور یک پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق ساخته را نیز تکمیل کردند. بر اساس نتایج پرسشنامه شیوه فرزندپروری ۲۸ نفر از مادرانی که دارای شیوه فرزندپروری ناکارآمد بودند، انتخاب شدند. هم‌چنین با توجه به این‌که تحقیقات ثابت کرده‌اند که برنامه آموزش رفتاری بر روی والدینی با سطح اقتصادی - اجتماعی و تحصیلات پایین کارایی کمی دارد (سندرز، ب ۲۰۰۳)، در نتیجه بر اساس شواهد جمعیت‌شناختی که در پرسشنامه والدین وجود داشت، ۶ نفر از مادرانی که از خانواده‌های دارای سطح اقتصادی - اجتماعی پایین و میزان تحصیلات پایین بودند از نمونه اصلی حذف شدند. در نهایت بر اساس نتایج پرسشنامه‌های اجرا شده، ۲۲ نفر از مادرانی که دارای شیوه فرزندپروری ناکارآمد (سهل‌گیر و مستبدانه) بودند انتخاب و به دو گروه آزمایش ( $n=12$ ) و گواه ( $n=12$ ) تقسیم شدند. سپس برنامه فرزندپروری مثبت به مدت ۲ ماه در ۸ جلسه آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. در طول دوره آموزش، ۳ نفر از مادران گروه آزمایش از شرکت در جلسات خودداری کردند، ولی تعداد افراد گروه گواه ثابت ماند.

### ابزارهای پژوهش

**فهرست رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF):** سیاهه رفتاری کودک و فرم گزارش معلم، دو فرم نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشتنباخ<sup>۱۷</sup> هستند که به ترتیب توسط والد و معلم، بر اساس وضعیت کودک در شش‌ماه گذشته تکمیل می‌شوند. در این پرسشنامه‌ها مقیاس‌هایی بر اساس اختلالات DSM-IV-TR تنظیم شده است که عبارتند از: مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه/افزون‌کنشی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری. سؤالات مقیاس‌های این پرسشنامه‌ها، به صورت سه گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً می‌باشد که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند. هنجاریابی این پرسشنامه‌ها، پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونه ایرانی انجام شد. نتایج نشان دادند که ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر DSM-IV در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای CBCL و ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ برای TRF است (مینایی، ۱۳۸۴).

**پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری دینا باومریند:** پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری دینا باومریند در سال ۱۹۷۲ توسط دینا باومریند طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۳۰ جمله است که ۱۰ جمله آن به شیوه سهل‌گیرانه، ۱۰ جمله به شیوه مستبدانه و ۱۰ جمله دیگر به شیوه قاطع و اطمینان‌بخش مربوط می‌شود. الگوی پاسخگویی به سؤال‌ها از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم، موافقم، مطمئن نیستم، تقریباً مخالفم و مخالفم) تبعیت می‌کند. علاوه بر الگوی پاسخدهی، نمره‌گذاری سؤالات پرسشنامه دینا باوم نیز بر مبنای مقیاس لیکرت صورت می‌گیرد و با جمع نمرات سؤالات مربوط به هر شیوه، سه نمره مجزا بدست می‌آید. پرسشنامه دینا باوم در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار و روایی آن تأیید شده است (بوری، ۱۹۹۷). اسفندیاری (۱۳۷۴) نیز پایایی آزمون بر روی یک نمونه ۱۲ نفری از مادران را به شیوه بازآزمایی و با فاصله زمانی ۱ هفته، به ترتیب برای شیوه سهل‌گیری (۰/۶۹)، شیوه استبدادی (۰/۷۷) و شیوه قاطع و اطمینان‌بخش (۰/۷۳) گزارش نمود. روایی محتوای آزمون نیز توسط ۱۰ نفر از صاحب‌نظران روان‌شناسی و روان‌پزشکی مورد تأیید قرار گرفت. در کل نتایج بدست آمده از مطالعات خارجی و داخلی، اعتبار و روایی پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری را مورد تأیید قرار می‌دهد.

### شیوه اجرا

بعد از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری، از مادران دانش‌آموزانی که شرایط لازم جهت انجام پژوهش را دارا بودند، جلسه معارفه‌ای برگزار گردید و در طی آن رضایت مادران برای شرکت در جلسات مداخله جلب گردید و از آن‌ها خواسته شد که در پژوهش حاضر شرکت کنند. سپس این مادران به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در مرحله بعد مادران گروه آزمایش در جلسات گروهی برنامه آموزش فرزندپروری مثبت شرکت کردند. این برنامه بر پایه مدل یادگیری اجتماعی تعامل والد - کودک استوار است و ماهیت دوسویه و دوجانبه تعاملات والد - کودک را مشخص می‌کند. محتوای جلسات آموزش فرزندپروری مثبت به شرح زیر بوده است:

**جلسه اول (فرزندپروری مثبت گروهی):** در این جلسه شرکت‌کنندگان پس از آشنایی با یکدیگر با اهداف و محتوای برنامه آشنا می‌شوند، قوانین گروه مورد بحث قرار گرفته و علت مشکلات رفتاری برای مادران تشریح می‌شود. همچنین والدین تشویق می‌شوند که به مشاهده و ردیابی رفتار کودک خود پرداخته و اهدافی برای تغییر رفتار کودک‌شان تعیین کنند.

**جلسه دوم (ارتقاء رشد کودک ۱):** در این جلسه استراتژی‌هایی برای ایجاد ارتباط مثبت با کودک (مانند صحبت کردن با کودک، عاطفه به خرج دادن، اختصاص دادن زمان مفید به کودک) آموزش داده می‌شود و از والدین خواسته می‌شود که به تمرین و ایفای نقش آن‌ها در گروه‌های کوچک بپردازند.

**جلسه سوم (ارتقای رشد کودک ۲):** در این جلسه استراتژی‌هایی برای افزایش رفتارهای مثبت (تحسین توصیفی، فراهم کردن فعالیت‌های سرگرم‌کننده...) به والدین آموزش داده می‌شود و به آن‌ها آموزش داده می‌شود که چه وقت و چگونه می‌توانند این آموزش‌ها را به کار ببرند.

**جلسه چهارم (ارتقاء رشد کودک ۳):** در این جلسه جهت یاددهی رفتارها و مهارت‌های جدید به کودک استراتژی‌هایی همانند آموزش اتفاقی، تکنیک پرسیدن، گفتن، انجام دادن و... به والدین آموزش داده می‌شود.

**جلسه پنجم (مدیریت رفتار ناکارآمد ۱):** در این جلسه درباره پیامدهای منفی تنبیه با والدین صحبت می‌شود و استراتژی‌هایی برای مقابله با سوءرفتار کودک آموزش داده می‌شود. این روش‌ها شامل قانون گذاشتن، بحث مستقیم، دستور دادن مستقیم و روشن و نادیده گرفتن می‌باشد.

**جلسه ششم (مدیریت رفتار ناکارآمد ۲):** در این مرحله استراتژی‌های جایگزین تنبیه به شکل پیشرفته (شامل پیامد منطقی، محروم‌سازی و زمان ساکت) برای مقابله مؤثر با رفتارهای نامناسب به والدین آموزش داده می‌شود.

**جلسه هفتم (مدیریت رفتار ناکارآمد ۳):** با توجه به این که روش‌های معرفی شده در جلسات پیشین به تنهایی مؤثر واقع نمی‌شوند و نیازمند ترکیب شدن با یکدیگر هستند، به والدین سه برنامه کاربردی شامل برنامه روزانه پیروی، برنامه تصحیح رفتار و چارت رفتاری آموزش داده می‌شود تا والدین بتوانند به صورت روزانه برای مدیریت سوء رفتار کودک خود از آن استفاده کنند.

**جلسه هشتم (از پیش برنامه‌ریزی کردن):** در این جلسه به والدین آموزش داده می‌شود که موقعیت‌های پرخطر را شناسایی کنند و استراتژی‌های معرفی شده در طول جلسات پیش را در قالب تکنیک فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده در موقعیت‌های پرخطر (در خانه و خارج از آن) به کار گیرند. در این جلسه هم‌چنین رهنمودهایی برای بقاء و دوام خانواده به مادران ارائه می‌شود.

نحوه انجام کار چنین بود که در ابتدا بعد از ایجاد ارتباط با مادران، در هر جلسه موضوعات اصلی با زبانی ساده و قابل فهم برای آن‌ها بازگو شد و از آن‌ها خواسته شد که در صورت احساس مشکل و یا داشتن سؤال آن را مطرح و ایفای نقش نمایند تا درمانگر به اتفاق دیگر اعضای جلسه در این مورد بحث و گفتگو نمایند. در پایان هر جلسه نیز خلاصه رؤس مطالب جلسه به صورت تایپ شده به شرکت‌کنندگان ارائه و تکالیف لازم مربوط به آن جلسه، جهت تمرین در منزل به آن‌ها داده می‌شد. لازم به ذکر است که در ابتدای هر جلسه مطالب جلسات قبل مرور شده و سپس در مورد تکالیف منزل و مشکلاتی که در اجرای تمرینات با آن مواجه شده بودند، بحث شده و با رفع مشکلات و سؤالات احتمالی به موضوع جدید پرداخته می‌شد. در مورد مادران گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله آموزشی - درمانی انجام نشد و تنها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون شرکت کردند.



پس از اتمام جلسات، پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری مجدداً توسط مادران هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. در نهایت نتایج بدست آمده توسط آزمون U من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. هم‌چنین لازم به ذکر است که به دلایل اخلاقی و تعهدی که نسبت به مادران گروه کنترل وجود داشت و با توجه به تقاضای برخی از آن‌ها، سه جلسه آموزشی - درمانی دو ساعته برای مادران گروه کنترل، بعد از اتمام تلاش‌های مرحله اول، تشکیل شد.

### یافته‌ها

در این قسمت در ابتدا به ویژگی‌های نمونه تحقیق پرداخته، سپس در قسمت بعد، نتایج استنباطی مربوط به سؤال اصلی پژوهش ارائه خواهد شد. جدول ۱ در برگیرنده ویژگی‌های سن کودکان و مادران دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد.

جدول ۱: مقایسه سن کودکان و مادران دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص آزمودنی گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معناداری	t	درجه آزادی	سطح معناداری
والدین	آزمایش	۲۳	۰/۱۳	۰/۷۲	۰/۹۷	۱۹	۰/۲۲
	کنترل	۲۳/۹۲					
کودکان	آزمایش	۸/۳۰	۰/۰۱	۰/۹۱	-۰/۱۹	۱۹	۰/۸۴
	کنترل	۸/۱۹					

نتایج ارائه شده در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که t مشاهده شده مربوط به مقایسه میانگین سن مادران گروه آزمایش و گروه کنترل برابر (۰/۹۷) با درجه آزادی ۱۹ بوده که نشانگر عدم وجود تفاوت معنادار سن مادران دو گروه کنترل و آزمایش می‌باشد. هم‌چنین مقدار t محاسبه شده مربوط به سن کودکان گروه کنترل و آزمایش برابر (۰/۱۹-) می‌باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی، نشانگر تفاوت معنادار میانگین سنی دو گروه نمی‌باشد.

جهت بررسی تأثیر برنامه فرزندپروری مثبت بر تغییر شیوه فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون شیوه‌های فرزندپروری دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس آزمون U من ویتنی مورد مقایسه قرار گرفت. جدول ۲ در برگیرنده نتایج یاد شده می‌باشد.

## جدول ۲: مقایسه تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون شیوه‌های فرزندپروری دو گروه کنترل

## وآزمایشی بر اساس آزمون U من ویتنی

سطح معناداری	Z	U من ویتنی	میانگین رتبه	انحراف استاندارد	میانگین تفاضل	انحراف استاندارد پس‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پیش‌آزمون	گروه شاخص	
										کنترل	مقتدرانه
۰/۰۰۸	-۲/۶۴	۱۷	۱۴/۰۸	۳/۴۶	-۳/۱۹	۲/۵۰	۱۸/۰۸	۲/۶۲	۱۴/۸۳	کنترل	مقتدرانه
			۶/۸۹	۵/۵۲	-۹/۵۵	۵/۸۷	۱۹/۴۴	۲/۰۸	۱۵/۸۹	آزمایشی	
۰/۰۱	-۲/۳۹	۲۰	۸/۳۰	۴/۰۲	۲/۱۹	۴/۹۵	۲۵/۱۷	۳/۴۲	۲۷/۴۲	کنترل	سهل‌گیرانه
			۱۴/۷۲	۳/۵۵	۵/۸۸	۵/۴۴	۱۹/۷۸	۳/۸۷	۲۸/۶۷	آزمایشی	
۰/۰۰۱	-۳/۲۴	۸	۷/۱۷	۵/۹۰	-۱/۸۳	۳/۹۳	۲۵/۶۷	۵/۵۲	۲۳/۸۳	کنترل	مستبدانه
			۱۶/۱۱	۳/۸۲	۸/۸۸	۲/۹۵	۱۶/۳۰	۴/۰۲	۱۹/۱۸	آزمایشی	

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که شیوه فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه مادران گروه آزمایشی پس از پایان جلسات آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، با توجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، کاهش یافته ( $P < 0/01$ ) و در مقابل شیوه فرزندپروری مقتدرانه در گروه آزمایش نسبت به گواه افزایش یافته است ( $P < 0/01$ ).

## بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شیوه فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای پس از پایان جلسات آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، کاهش یافته و در مقابل شیوه فرزندپروری مقتدرانه در این گروه نسبت به مادران دارای کودک عادی افزایش یافته است. بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت که آموزش برنامه فرزندپروری مثبت به مادران، باعث تغییر در شیوه‌های فرزندپروری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شده است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهشگران دیگر همسویی دارد (زوبریک، ۲۰۰۱؛ بار و همکاران، ۲۰۰۲؛ لئونگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ فرمند و همکاران، ۱۳۸۵). این پژوهشگران نیز نشان دادند که شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد والدین تحت تأثیر مداخله مبتنی بر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت کاهش می‌یابد. برای تبیین این امر باید توجه داشت که شرکت مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در جلسات آموزشی، همراه با توضیح در مورد ماهیت و علت اختلالات رفتاری، دانش، مهارت، اعتماد به نفس، خود کارآمدی و خوش‌فکری والدین در تربیت کودکان‌شان را افزایش داده و شناخت‌های نادرست آن‌ها را نسبت به خود و فرزندانشان اصلاح می‌کند (سندرز، ۲۰۰۲). از سوی دیگر اهداف تمامی سطوح درمانی این روش، بر افزایش خودکفایی و خود کارآمدی والدین در کنترل رفتار کودکان مبتنی است که از طریق آموزش‌های والدین به منظور ارتقاء تحول کودک، حس صلاحیت اجتماعی و خودکنترلی میسر می‌شود (سندرز و همکاران، ۲۰۰۰). بدین ترتیب، یادگیری شیوه‌های تعامل درست با کودکان و پیدایش ظرفیت

خودتنظیمی در والدین، به ایجاد روابط بهتر با کودکان و تغییر شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد مادران کمک می‌کند. از طرف دیگر، یافته‌های این پژوهش با دیگر یافته‌ها در شرایط فرهنگی متفاوت نزدیک بوده است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که اصولی که برنامه فرزندپروری مثبت بر آن بنا شده، تئوری‌هایی است که نقش آن‌ها در تبیین بخشی از رفتارهای آدمی غیرقابل انکار است. بدین خاطر نتایج این تحقیق شباهت قابل توجهی با دیگر تحقیقات بدست آمده، دارد.

## یادداشت‌ها

1. Disruptive Behaviour
2. Kazdin, A. E.
3. Oppositional Defiant disorder
4. Prognosis
5. Conduct disorder
6. Overanxious
7. Patterson, G. R
8. Kechluk & Kinan
9. Parenting.
10. Sanders, M. R.
11. Positive parenting program.
12. Cann, W
13. Markie-Dadds, C
14. Hazzel
15. Child Behavioral Checklist.
16. Teacher Report Form
17. Ashtenbakh System of Empirically Based Assessment

## منابع

- اسفندیاری، غ. (۱۳۷۴). بررسی و مقایسه شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری و مادران کودکان بهنجار و تأثیر آموزش مادران بر اختلالات رفتاری فرزندان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: انستیتو روان پزشکی تهران.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۱). متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ترجمه م. نیکخو و ه. آزادیس یانگ). تهران: انتشارات سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۰).
- بلوم کویست، م. ال. (۱۳۸۳). مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار: راهنمای عملی برای والدین و درمانگران (ترجمه ج. علاقبندراد). تهران: انتشارات سنا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۱۹۹۶).
- پوراحمدی، ا.، جلالی، م.، روشن، ر.، و عابدین، ع. (۱۳۸۷). اثر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت در کاهش شکایات جسمانی کودکان. مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل، (۲) ۱۱، ۷۹-۷۴.

جلالی، م.، پوراحمدی، ا.، و باباپور خیرالدین، ج. (۱۳۸۶). ماه برگزاری کنگره). مقایسه شیوه‌های فرزندپروری و سلامت روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) و مادران کودکان عادی و پیش بینی سلامت روان‌شناختی آن‌ها بر اساس شیوه‌های فرزندپروری و زیرمقیاس‌های GHQ. مقاله ارائه شده در سومین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده. تهران. دانشگاه شهید بهشتی.

جلالی، م.، شعیری، م.، طهماسبیان، ک.، و پوراحمدی، ا. (۱۳۸۷). اثر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. دانشور رفتار، زیر چاپ.

جلالی، م.، پوراحمدی، ا.، باباپور خیرالدین، ج.، و شعیری، م. (۱۳۸۷). اثر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلالات برونی سازی شده. فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۱۳، ۱۵-۳۶.

جلالی، م.، پوراحمدی، ا.، طهماسبیان، ک.، و شعیری، م. (۱۳۸۷). اثر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. فصلنامه خانواده پژوهی، (۴)، ۱۶، ۳۶۸-۳۵۳.

روشن‌بین، م.، پوراعتماد، ح.، و خوشابی، ک. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۱۰-۴ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه. خانواده پژوهی، (۳)، ۱، ۵۷۲-۵۵۵.

سادوک، ب.، و سادوک، و. (۱۳۸۲). خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی (ترجمه ن. پورافکاری، جلد سوم). تهران: نشر آب. تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۳.

فرمند، آ.، خوشابی، ک.، محمد خانی، پ.، و محمودی راد، م. (۱۳۸۵). سودمندی درمان ترکیبی: برنامه گروهی فرزندپروری مثبت و دارودرمانی، بر علائم و شیوه‌های تربیتی کودکان ۱۲-۳ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، در مقایسه با هر یک از این درمان‌ها به تنهایی. پایان‌نامه دکترای تخصصی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

مینایی، ا. (۱۳۸۴). هنجاریابی نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنایخ. تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.

- Anagold, A., Costello, E., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-97.
- Barbara, M., Richard, R., Julie, M., Robert, G., & Haward, M. (2004). conduct disorder and oppositional defiant disorder in national sample :Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621.
- Beena, J. (2002). Behavior problem in children and adolescents with learning disabilities. *The Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 48-61.
- Bor, W., Sanders, M. R., & markie-Dadds, C. (2002). The effectiveness of the triple p – positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and antinational /hyperactivity difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 572-587.
- Bradly, S. IJ. (2002). *Affect regulation and the development of psychology*. New York : The Guild Ford Press.
- Buri, J. (1997). Parental authority questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 57, 110-119.
- Burt, S. A., Krueger, R. F., Mc Gue, M., & Iacano, W. (2003). Parent-child conflict and the co-morbidity among childhood externalizing disorder. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 60, 505-513.

- Cann, W., Roggers, H., & Worley, G. (2003). Report on a program evaluation of a telephone assisted parenting support service for families living in isolated rural areas. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(3), 264-276.
- Cartwright-Hatton, S. (2005). Parent skill training: An effective intervention for internalizing symptoms in younger children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 7, 128-139.
- Costin, J., Lichte, C., Smith, A. H., Vance, A., & Luk, E. (2004). Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3, 1446-7984.
- Dean, C., Myers, K., & Evants, E. (2003). Communicating-wide implementation of parenting program: The South East Sydney positive parenting program. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(3), 1-12.
- Gimpe, G. A., & Holland, M. L. (2002). *Emotional and behavioral problem of young children: Effective intervention in the preschool and kindergarten years*. New York: Guilford Press.
- Holenstein, T. (2004). Rigidity in parent-child interaction early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 595-607.
- Loeber, R., Burkley, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zora, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part 1. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 39, 1468-1484.
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mark, R., Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the Triple P- Positive Parenting Program in Hongkong. *Family Process*, 42(2), 531-544.
- Marmarstein, N. R. (2006). Relationship between anxiety and externalizing disorder in youth: The influences of age and gender. *Journal of Anxiety Disorder*, 31(1), 82-112.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2002). *Child Psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Milen, J. M., & Edwards J. K. (2001). Family treatment of oppositional defiant disorder: Changing views and strength-Based approaches. *The Family Journal: Counseling And Therapy For Couples and Families*, 1, 17-28.
- Richard, R., Barbara, M., Andrew, P., Jane, C., & Adrian, A. (2002). The relation between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Finding from the Great Smoky maintains study. *Journal of Child Psychology And Psychiatry*, 43, 39-50.
- Sanders, M. R. (2000). Community-based parenting and family support intervention and prevention of drug abuse. *Addictive behavior*, 25(6), 929-942.
- Sanders, M. R. (2003a). The translation of evidence-based parenting program in to regular clinical services. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(3), 1-4.
- Sanders, M. R. (2003b). Triple p-positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(3), 1-17.
- Sanders, M. R. (2005). *Triple P: A multi-level system of parenting intervention: Workshop participant notes*. The University of Queensland: Brisbane, Australia.
- Sanders, M. R., & McFarland, M. (2006). Treatment of depressed mothers with disorder children: A-controlled Elevation of Cognitive Behavior Therapy, 31(1), 89-112.

- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2001). The triple p-positive parenting program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavior family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 624-640.
- Sanders, M. R., Pidgeon, A. M., Gravesock, F., Connors, D., Brown, S., & Young, R. W. (2004). Dose parental attitudinal retraining and anger management enhance the effects of triple p-positive parenting program with parents at risk of child maltreatment. *Behavior Therapy, 35*(3), 513-535.
- Sanders, M. R., Turner, K. M., & Markei-Dadds, C. (2003). The development and dissemination of the triple p-positive parenting program: A multilevel evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science, 3*(3), 183-189.

