

دانشور

رفتار

تأثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت (3P) بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

نویسندگان: محسن جلالی^{۱*}، دکتر محمد رضا شعیری^۲، دکتر کارینه طهماسیان^۳، و الناز پوراحمدی^۱

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندر گز

۲. استادیار، دانشگاه شاهد

۳. استادیار، دانشگاه شهید بهشتی

*E-mail: EMpj1359@yahoo.com

چکیده

هدف: پژوهش حاضر جهت بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین براساس برنامه فرزندپروری مثبت (3P) در کاهش شدت علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۰ ساله شهرستان نهاوند انجام شده است.

روش: این مطالعه از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و جامعه مورد مطالعه آن دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۰ ساله دبستان‌های پسرانه شهرستان نهاوند است. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام شد و مادران ۲۴ نفر از کودکانی که براساس سیاهه رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF)، مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) تشخیص داده شده بودند، انتخاب شده، به دو گروه آزمایش ($n=12$) و کنترل ($n=12$) تقسیم شدند. سپس برنامه فرزندپروری مثبت به مدت ۲ ماه در ۸ جلسه آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، پس از پایان جلسات آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، براساس ارزیابی جداگانه والد و معلم، کاهش معناداری در نمرات شدت علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیدا کرده است ($P < 0.01$).

نتیجه: آموزش برنامه فرزندپروری مثبت سبب کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مبتلا به این اختلال می‌شود.

کلید واژه‌ها: برنامه فرزندپروری مثبت، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

- دریافت مقاله: ۸۶/۷/۲۳
- ارسال به داوران: ۸۶/۹/۲۷ (۱)
- دریافت نظر داوران: ۸۶/۹/۲۷ (۲)
- دریافت نظر داوران: ۸۶/۹/۲۷ (۳)
- دریافت نظر داوران: ۸۶/۱۰/۲۴ (۱)
- دریافت نظر داوران: ۸۶/۱۰/۲۴ (۳)
- ارسال برای اصلاحات: ۸۷/۱/۲۱ (۱)
- دریافت اصلاحات: ۸۷/۲/۱ (۱)
- ارسال به داور نهایی: ۸۷/۲/۸ (۱)
- دریافت نظر داور نهایی: ۸۷/۳/۱۱ (۱)
- پذیرش مقاله: ۸۷/۳/۱۲

Scientific-Research
Journal of
Shahed University
Sixteenth Year
No. 34
2009

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال شانزدهم - دوره جدید
شماره ۳۴
اردیبهشت ۱۳۸۸

مقدمه

پژوهشگران بر این باور بودند که مشکلات کودکان ناشی از نارسایی‌های تحول است که با گذشت زمان، پشت سر گذاشته خواهد شد. واقعیت این است که اگر چه فرایند

طی چند دهه گذشته، علاقه و توجه به تحول عاطفی - اجتماعی کودکان گسترش یافته است. پیش‌تر برخی از

(Attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) اختلالات یادگیری (learning disorder: LD)، خلقی، بیش اضطرابی (overanxious)، مصرف مواد و الکلیسم [۵، ۶، ۷، ۸ و ۹] و نیز اختلال سلوک، اختلال شخصیت ضداجتماعی (antisocial disorder)، اختلالات خلقی و رفتارهای بزهکارانه در دوران بلوغ و بزرگسالی هستند [۵، ۶، ۱۰ و ۱۱].

در باب علت‌شناسی این اختلال، عوامل زیادی مطرح شده‌است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به ناتوانی والدین در مدیریت رفتار کودک و تعامل منفی والد-کودک اشاره کرد [۵، ۶، ۱۳، ۱۴ و ۱۵]. پترسون (Patterson, G. R) [۱۴] معتقد است که اختلالات برون‌سازی‌شده نتیجه شکست در اعمال قوانین والدینی هستند که معمولاً دارای سه ویژگی است: قوانین بی‌ثبات، نظارت کم و مهارت‌های ضعیف حل مسأله. این نوع سبک فرزندپروری، کودکان را به سمت نافرمانی سوق می‌دهد. در همین راستا کچلاک و کینان [۱] بیان کرده‌اند که ضعف مسئولیت‌پذیری والدین و تنبیه شدید، خطر بروز رفتارهای ایدایی را افزایش می‌دهد. بلوم کویت (Bloomquist, M. I) [۶] نیز بیان می‌کند که والدین کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای غالباً در برخورد‌های انضباطی‌شان، والدینی خشن، ناهماهنگ و ناتوان هستند. نتایج مورد اشاره موجب شدند تا روابط متقابل والد-کودک در مرکز توجه آسیب‌شناسی کودک قرار گیرد، چه تعامل‌های نامناسب می‌تواند اختلالات عاطفی و رفتاری را در کودکان و نوجوانان ایجاد کند [۱۶].

ابعاد مختلف این اختلال، مبنای نظریه‌پردازی‌ها و پژوهش‌های علمی زیادی قرار گرفته‌است و به دلیل مشکلات فزاینده‌ای که در زندگی کودک و اطرافیان او ایجاد می‌کند، توجه بسیاری از پژوهشگران را به روش‌های درمان‌گری این اختلال جلب کرده‌است. به طور کلی می‌توان مداخلات مربوط به اختلالات ایدایی، از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در سه قلمرو درمانگری‌های کودک محور [۱۷ و ۱۸]، درمانگری‌های مدرسه محور [۱۹] و درمانگری‌های خانواده محور [۲۰ و ۲۱] قرار داد.

مداخلات کودک محور از زمره مداخلات روانی اجتماعی است که در کودکان مبتلا به اختلالات ایدایی

تحول و تغییرات سریع همراه آن نمی‌تواند فاقد ناپایداری رفتاری باشد، اما باید توجه داشت که بسیاری از کودکانی که در سال‌های نخستین کودکی واجد مشکلات عاطفی و رفتاری هستند نه تنها به‌سادگی از آن عبور نمی‌کنند، بلکه ممکن است این امر تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم یابد [۱]. براساس پذیرش این واقعیت که مشکلات عاطفی و رفتاری اغلب به طور طبیعی کاهش نخواهد یافت، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان این مشکلات معطوف شده‌است [۲].

میزان شیوع اختلالات دوران کودکی بین ۶ تا ۲۵ درصد برآورد شده‌است [۳]. این بررسی‌ها عمدتاً بر کودکانی متمرکز بوده که دارای اختلالات برون‌سازی‌شده (externalized disorders) بوده‌اند که تأثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارد [۳]. از میان اختلالات برون‌سازی‌شده، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (oppositional Defiant disorder) (ODD) از مهم‌ترین اختلالات روانی است که با شیوع ۲ تا ۱۶ درصد در کودکان پیش دبستانی یا اوایل سن مدرسه، و در مرحله قبل از نوجوانی بروز می‌کند [۵ و ۴]. 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، تعمد در ناراحت کردن دیگران، سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات و سوء رفتار خود، زود رنجی و زود ناراحت شدن از دست دیگران، دلخوری و عصبانیت و نیز کینه‌توزی و انتقام‌جویی خود را نشان می‌دهد [۵ و ۴]. اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلالی تدریجی و مزمن است [۶] 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، به دلیل 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 یادشده موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات کج خلقی می‌شود [۵]. پیش‌آگهی (prognosis) اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر رشد مشکلات دیگری همچون اختلال سلوک (Conduct disorder: CD)، بیش‌فعالی - کمبود توجه

اثر بخشی برنامه فرزند پروری مثبت در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. این برنامه از پستوانه تجربی خوبی در درمان اختلالات رفتاری [۲۳، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۰]، شیوه های فرزند پروری ناکارآمد [۲۷، ۲۸ و ۲۹]، افسردگی، اضطراب، استرس و خشم والدین [۲۷، ۳۰ و ۳۱] و تعارضات زناشویی [۲۷ و ۳۰] برخوردار بوده است.

توجه به تحقیقات بیان شده در مورد سیر بروز و پیشرفت مشکلات و جنبه های شیوع اختلال نافرمانی مقابله ای و نیز توجه به جنبه های بومی و نیاز به درمانی مؤثر که بتواند مشکلات کودکان مبتلا را کاهش دهد، این پرسش را مطرح می کند که آیا مداخلات خانوادگی رفتاری به شیوه برنامه فرزند پروری مثبت می تواند نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای را در کودکان ایرانی کاهش دهد؟

روش

الف: نوع تحقیق

مطالعه حاضر، پژوهشی از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بوده است.

ب: آزمودنی

ب-۱: جامعه آماری
جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر سال اول تا چهارم دبستان های ابتدایی شهرستان نهاوند بوده است.

ب-۲: شیوه نمونه گیری

برای جمع آوری نمونه، چهار مدرسه به طور تصادفی از میان دبستان های پسرانه انتخاب و سپس به این مدارس مراجعه گردید و با مسئولین این مدارس در ارتباط با تحقیق حاضر و ویژگی دانش آموزان نمونه گفتگو شد. بعد از هماهنگی های لازم با مسئولین این مدارس، سیاهه رفتاری کودک (Child Behavioral Checklist: CBCL) همراه با توضیحاتی در مورد هدف تحقیق، توسط دانش آموزان این مدارس برای والدین ارسال شد. پس از تکمیل سیاهه رفتاری کودک توسط والدین و ارجاع مجدد آن به مدرسه، ۴۷ دانش آموزی که در شاخص نافرمانی مقابله ای سیاهه رفتاری کودک، نمره بالاتر از نمره برش کسب کردند، انتخاب شدند. سپس به منظور تأیید نظرگاه والدین، فرم گزارش معلم (Teacher Report Form: TRF) توسط معلم

به کار می رود. این مداخلات به طور مستقیم بر روی مجموعه مهارت های اجتماعی کودک تمرکز دارد. نتایج نشان می دهد که شواهد قطعی و روشنی دال بر کارآمدی این مداخلات وجود ندارد [۱۹].

مداخلات مدرسه محور نیز دربرگیرنده روش هایی است که در مورد کودکان مبتلا به اختلالات ایدایی به کار برده می شوند. این برنامه ها به طور ویژه بر ارتباط همسالان، رفتار کلاسی و پیشرفت تحصیلی تمرکز دارند. علی رغم برجسته بودن نتایج مداخلات مدرسه محور در ارزیابی کوتاه مدت، در حال حاضر تأثیر بلندمدت این برنامه ها نسبتاً محدود است [۱۹].

سومین دسته از مداخلاتی که به طور وسیع در مورد کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری به کار می رود مداخلات خانواده محور است. تحقیقات ثابت کرده است که مداخلات خانوادگی رفتاری (Behavior Family Intervention) بر مبنای اصول یادگیری اجتماعی در درمان و پیشگیری طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و هیجانی [۲۲ و ۲۳] و بالاخص کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای و والدین آنها [۲۴] مؤثر است.

با توجه به این که تحقیقات نشان می دهد که عوامل خطر ساز خانوادگی مثل فرزند پروری (parenting) ضعیف، تعارضات (Conflict) خانوادگی و جدایی زناشویی (Marital breakdown) پیش بینی کننده های نیرومندی برای رشد و حفظ مشکلات عاطفی و رفتاری در کودکان و نوجوانان هستند [۲۲ و ۲۵]، لذا روش مداخله اولیه که شیوه فرزند پروری والدین را مورد هدف قرار دهد، از زمره روش های بسیار مؤثر پیشگیری از اختلالات مزمن رفتاری است [۲۵]. بدین منظور سندرز (Sanders, M. R) و همکارانش براساس مداخلات خانوادگی و فرزند پروری، برنامه فرزند پروری مثبت (positive parenting program) را به وجود آوردند [۲۵] که در قلمرو درمانگری های خانوادگی رفتاری براساس اصول یادگیری اجتماعی قرار دارد [۲۲]. این برنامه، یک مداخله چند سطحی است [۲۱] که عوامل محافظتی کودکان را غنا می بخشد و عوامل خطر سازی را که با مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان در ارتباط است کاهش می دهد [۲۲].

شد. نتایج نشان داد 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. اعتبار سازه و محتوای این دو پرسشنامه نیز در هنجاریابی ایرانی مورد تأیید قرار گرفته‌است [۳۲].

د: شیوه انجام تحقیق

بعد از مراحل اولیه تشخیص و مصاحبه تشخیصی براساس DSM-IV-TR، از مادران دانش‌آموزانی که شرایط لازم جهت انجام پژوهش را دارا بودند، دعوت 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 دو سویه و دو جانبه تعاملات والد-کودک را مشخص می‌کند. این مدل آموزش به شناسایی آن دسته از سازوکارهای یادگیری در والدین می‌پردازد که الگوهای استبدادی و مختل تعامل خانواده را حفظ می‌کند و رفتار ضداجتماعی آتی را در کودکان پیش‌بینی می‌کند. در نتیجه، برنامه مذکور، مهارت‌های مثبت کنترل کودک را به جای والدگری استبدادی به والدین می‌آموزد.

برنامه مذکور شامل ۸ جلسه آموزشی دو ساعته بود که در فواصل یک هفته‌گی به مدت دو ماه اجرا شد. محتوای جلسات به شرح زیر بوده‌است:

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 می‌گیرد و علت مشکلات رفتاری برای مادران تشریح می‌شود. همچنین والدین تشویق می‌شوند به مشاهده و ردیابی رفتار کودک خود پرداخته، اهدافی برای تغییر رفتار کودکان تعیین کنند.

جلسه دوم (ارتقای 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 به تمرین و ایفای نقش آن‌ها در گروه‌های کوچک بپردازند.

دانش‌آموزان مربوط تکمیل شد. پس از بررسی هماهنگی دو نظرسنجار والدین و معلمان، دانش‌آموزانی (n=۱۱) که از دیدگاه معلم در خرده‌مقیاس نافرمانی مقابله‌ای در حد بالینی ارزیابی نشده بودند از نمونه حذف شدند. همچنین با توجه به این‌که تحقیقات ثابت کرده‌اند برنامه فرزندپروری مثبت بر والدینی با سطح اقتصادی-اجتماعی و تحصیلات پایین کارایی کمی دارد (سندرز، ۲۰۰۳)، براساس شواهد جمعیت‌شناختی که در پرسشنامه والدین وجود داشت، خانواده‌هایی (n=۶) که از لحاظ اجتماعی-اقتصادی و تحصیلات در سطح پایین بودند، از نمونه اصلی حذف شدند.

در نهایت ۳۰ دانش‌آموزی که در هر دو ابزار استفاده شده، نمره بالا گرفته بودند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و مادران آن‌ها به عنوان نمونه‌ای که آموزش در مورد آن‌ها صورت خواهد گرفت، انتخاب گردیدند. سپس این مادران به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به تعداد ۱۵ نفر در هر گروه قرار گرفتند. از هر ۱۵ نفر، ۱۲ نفر آزمودنی‌های اصلی و ۳ نفر ذخیره قرار داده شدند. در نهایت بعد از شروع آزمایش، به دلیل افت آزمودنی، ۹ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل باقی ماندند.

ج: ابزارها

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، سیاهه رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF) است. این دو پرسشنامه، دو فرم نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشتنباخ (Ashtenbakh System of Empirically Based Assessment) هستند که به ترتیب توسط والد و معلم، براساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل می‌شوند. در این پرسشنامه‌ها مقیاس‌هایی براساس اختلالات DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) تنظیم شده‌است که عبارتند از: مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه/فزون-کنشی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری. سؤالات مقیاس‌های این پرسشنامه‌ها به صورت سه گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً است 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

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 کند. در پایان هر جلسه نیز خلاصه رئوس مطالب جلسه به صورت تایپ شده به شرکت کنندگان ارائه گردید و همچنین تکالیف لازم مربوط به آن جلسه، جهت تمرین در منزل به آن‌ها داده شد. لازم به ذکر است که در ابتدای هر جلسه، مطالب جلسات قبل مرور گردیده، سپس در مورد تکالیف منزل و مشکلاتی که در اجرای تمرینات با آن مواجه شده بودند، بحث شده، با رفع مشکلات و سؤالات احتمالی به موضوع جدید پرداخته می‌شد. در مورد مادران گروه کنترل هیچ گونه مداخله آموزشی- درمانی انجام نشد و تنها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون شرکت کردند. پس از اتمام جلسات آموزشی، مادران و معلمان گروه آزمایش و کنترل مجدداً سیاهه رفتاری کودک و فرم گزارش معلم را تکمیل کردند.

و: شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های قبل و بعد از آموزش به کمک برنامه کامپیوتری spss و آزمون U من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این قسمت (الف) به ویژگی‌های نمونه تحقیق پرداخته، سپس در قسمت (ب) نتایج استنباطی ارائه خواهد شد. (الف) جدول ۱ در برگزیده ویژگی‌های سن کودکان و مادران دو گروه آزمایش و کنترل و جدول ۲ نشانگر وضعیت تحصیلی مادران گروه‌های کنترل و آزمایش است. نتایج ارائه شده در جدول ۱ نشان می‌دهد که «تی» 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 است. همچنین مقدار «تی» محاسبه شده مربوط به سن کودکان گروه کنترل و آزمایش، برابر ۰/۱۹- است که در مقایسه با مقادیر بحرانی، نشانگر تفاوت معنادار میانگین سنی دو گروه نیست.

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود ۷۷/۸٪ از مادران گروه آزمایش و ۶۶/۷٪ از مادران گروه کنترل دارای

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

جلسه چهارم (ارتقای 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 سوء رفتار کودک آموزش داده می‌شود. این روش‌ها شامل قانون گذاشتن، بحث مستقیم، دستور دادن مستقیم و روشن، و نادیده گرفتن است.

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 این‌که 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 بقا 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 و از آن‌ها خواسته شد

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

آزمودنی گروه	شاخص	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معناداری	t مشاهده شده	درجه آزادی	سطح معناداری
والدین	آزمایش	۲۶	۱/۸۷	۰/۱۳	۰/۷۲	۰/۹۷	۱۹	۰/۲۴
	کنترل	۲۶/۹۲	۲/۲۱					
کودکان	آزمایش	۸/۳۳	۱	۰/۰۱	۰/۹۱	-۰/۱۹	۱۹	۰/۸۴
	کنترل	۸/۲۵	۰/۹۶					

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به وضعیت تحصیلی مادران آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

گروه	تحصیلات	شاخص	فراوانی	درصد
آزمایش	زیر دیپلم	۲	۲	۲۲/۲
	دیپلم و بالاتر			۷۷/۸
کنترل	زیر دیپلم	۲	۲	۳۳/۲
	دیپلم و بالاتر			۶۶/۸

نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمایش با توجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، در گروه آزمایش کاهش یافته‌است. از این رو با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، آموزش برنامه فرزندپروری مثبت به والدین، باعث کاهش نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شده‌است.

ب-۲) برای بررسی تأثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای از دیدگاه معلمان، در ذیل به مقایسه تفاضل میانگین پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل براساس آزمون U من‌ویتنی می‌پردازیم. جدول ۴ در برگرنده نتایج یادشده است.

نگاهی به نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که z مشاهده‌شده ناشی از آزمون U من‌ویتنی در مورد نمرات دو گروه کنترل و آزمایش، با توجه به مقادیر بحرانی، معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل بر مبنای دیدگاه معلمان معنادار است؛ یعنی نشانه‌های

تحصیلات دیپلم و بالای دیپلم و بقیه مادران، یعنی ۲۲/۲ درصد در گروه آزمایش و ۳۳/۳ درصد در گروه کنترل دارای تحصیلات زیر دیپلم بوده‌اند.

ب) در این قسمت، نخست تأثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت از منظر والدین و سپس تأثیر یادشده از منظر معلمان پی گرفته می‌شود.

ب-۱) برای بررسی تأثیر برنامه فرزندپروری مثبت بر کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای از دیدگاه والدین، در ذیل به مقایسه تفاضل میانگین پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل براساس آزمون U من‌ویتنی می‌پردازیم. جدول ۳ در برگرنده نتایج یادشده است.

نگاهی به نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که z مشاهده‌شده ناشی از آزمون U من‌ویتنی در مورد نمرات دو گروه کنترل و آزمایش، با توجه به مقادیر بحرانی، معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل بر مبنای دیدگاه والدین معنادار بوده و به عبارت دیگر،

جدول ۳: مقایسه تفاضل نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون اختلال نافرمانی مقابله‌ای دو گروه کنترل و آزمایشی براساس آزمون U من‌ویتنی از دیدگاه والدین

گروه	شاخص	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون	میانگین تفاضل	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین رتبه	U من‌ویتنی	Z	سطح معناداری
کنترل		۸/۳۳	۰/۷۷	۸/۳۳	۱/۰۷	۰	۱/۲	۱۲	۷/۳۸	۱۰/۵۰	-۳/۱۳	۰/۰۰۲
آزمایشی		۸/۵۶	۱/۰۱	۴/۴۴	۲/۱۸	۴/۱۱	۲/۴	۹	۱۵/۸۳			

جدول ۴: مقایسه تفاضل نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون اختلال نافرمانی مقابله‌ای دو گروه کنترل و آزمایشی براساس آزمون U من‌ویتنی از دیدگاه معلمان

گروه	شاخص	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون	میانگین تفاضل	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین رتبه	U من‌ویتنی	Z	سطح معناداری
کنترل		۸/۵۸	۰/۶۶	۸/۴۱	۰/۶۶	۰/۱۶	۱/۰۲	۱۲	۷/۰۸	۷	-۳/۴۱	۰/۰۰۱
آزمایشی		۸/۵۶	۰/۵۲	۶/۱۱	۱/۰۵	۲/۴۴	۰/۰۱	۹	۱۶/۲۲			

آن‌ها، سبک فرزندپروری والدین است [۶، ۱۴ و ۲۲]. تحقیقات نشان می‌دهد تعامل منفی والد- کودک و سبک فرزندپروری ناکارآمد، نقش مهمی در بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد. این اختلال گویای شکست والدین در به‌کارگیری سبک فرزندپروری کارآمد و مناسب به منظور مهار رفتار فرزندانشان است [۱۴]. لذا روش درمانی که بتواند شیوه فرزندپروری والدین را مورد هدف قرار دهد از زمره روش‌های بسیار مؤثر در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای است [۲۵]. یکی از بهترین مداخلات درمانی، برنامه فرزندپروری مثبت [۲۳] است. برنامه فرزندپروری مثبت به دلیل کارایی گسترده، بخصوص هنگامی که به صورت گروهی برگزار می‌شود، ارزان بودن، و پذیرش آن توسط خانواده‌ها، راهبرد مؤثری برای کمک به والدینی است که با اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکانشان مواجه هستند [۲۰]. با توجه به این‌که آموزش برنامه فرزندپروری مثبت ممکن است از معیارهای فرهنگی تأثیر پذیرد و در ایران تاکنون مطالعه مشابهی در این گروه سنی براساس برنامه فرزندپروری مثبت انجام نشده‌است این مطالعه از این نظر که می‌تواند نقش و لزوم ارائه این آموزش‌ها را در کاهش مشکلات کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان دهد، حائز اهمیت است.

نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمایش با توجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، در گروه آزمایش کاهش یافته‌است. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده، آموزش برنامه فرزندپروری مثبت به والدین، باعث کاهش نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شده‌است.

بحث

بر اثر پیشرفت‌های وسیعی که در روان‌شناسی مرضی رخ داده، توجه زیادی به اختلالات دوران کودکی شده‌است. اثرهای بلندمدت این اختلالات بر ابعاد مختلف زندگی کودک، خانواده و جامعه و همچنین تداوم بسیاری از آن‌ها در دوران بزرگسالی، این اختلالات را در کانون توجه بسیاری از پژوهش‌های مختلف در قلمرو روان‌شناسی مرضی کودک قرار داده‌است [۳].

یکی از اختلالات روانی کودک که بیش‌ترین نقد و بررسی را به خود اختصاص داده، اختلال نافرمانی مقابله‌ای است [۳۳]. این اختلال، مشکلات فزاینده‌ای در زندگی کودک و خانواده‌اش ایجاد می‌کند و فرد مبتلا را در خطر ابتلا به اختلالات وخیم‌تر در دوران بزرگسالی قرار می‌دهد [۴، ۱۱ و ۱۲]. پژوهش‌های مختلف، بسیاری از عوامل مؤثر در بروز اختلال را شناسایی کرده‌اند. یکی از مهم‌ترین

[۲۸]. بنابراین می‌توان پذیرفت که آموزش کسانی که بیش‌ترین زمان را با کودک می‌گذرانند و بیش‌ترین تأثیر را بر او دارند، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در کودک افزایش می‌دهد. از طرف دیگر، یافته‌های این پژوهش با دیگر یافته‌ها در شرایط فرهنگی متفاوت نزدیک بوده‌است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که اختلال نافرمانی مقابله‌ای به طور کلی پدیده‌ای فرا فرهنگی است، هر چند ممکن است در محتوای مسائل به وجود آمده، شرایط فرهنگی نیز دخالت داشته باشد. از سویی، اصولی که برنامه فرزندپروری مثبت بر آن بنا شده، تئوری‌هایی است که نقش آن‌ها در تبیین بخشی از رفتارهای آدمی غیر قابل انکار است. بدین خاطر، نتایج این تحقیق شباهت قابل توجهی با دیگر تحقیقات دارد. هر چند باید توجه داشت که از تأثیر حضور پدران و آموزش آن‌ها، در شرایط فرهنگی خود، مطلع نیستیم. البته باید توجه داشت که این مطالعه محدود به سن و جنس خاص و براساس آموزش مادران بوده‌است و بدون تردید پژوهش‌های آتی می‌تواند گستره‌های تازه‌ای را در مورد تأثیر برنامه فرزندپروری مثبت در مقابل ما بگشاید.

سیاسگذاری

شایسته است در انتها از همکاری صادقانه آموزش و پرورش کل شهرستان نهاوند و مسئولان و معلمان گرامی دبستان‌های پسرانه این شهرستان و نیز والدین دانش‌آموزان شرکت کننده در این مطالعه تشکر کنیم.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمایش با توجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، کاهش یافته‌است. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که آموزش برنامه فرزندپروری مثبت به مادران، باعث کاهش نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شده‌است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهشگران دیگر هم‌سویی دارد [۲۳، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۱]. این پژوهشگران نیز نشان دادند که مشکلات افراد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تحت تأثیر مداخله مبتنی بر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت کاهش می‌یابد. در ایران نیز به رغم این‌که تاکنون مطالعه‌ای مبنی بر تأثیر برنامه فرزندپروری مثبت بر روی کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری و از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام نگرفته، اما شواهد حاکی از آن است که شیوه‌های دیگر آموزش والدین در کاهش اختلالات ایدایی کودکان مؤثرند [۳۴، ۳۵، ۳۶ و ۳۷].

با توجه به یافته‌های مربوط به کاهش شدت نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در اثر آموزش، می‌توان گفت که مداخله به کار گرفته‌شده در پژوهش حاضر، روش سودمندی جهت کاهش نشانه‌های اختلال در دانش‌آموزان مبتلا بوده‌است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که بسیاری از مشکلات کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در محیط طبیعی خانواده فرا گرفته می‌شوند و عوامل نگهدارنده آن‌ها نیز در همین محیط قرار دارند

منابع

۴. انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۱) متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (محمد رضا نیکخو و هامایاک آزادیس یانگ، مترجم). تهران: انتشارات سخن.
۵. سادوک، بنیامین، و سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۲) خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی، جلد سوم (نصرت ا. پورافکاری، مترجم). تهران: نشر آب.
1. Gimpe, G.A., & Holland, M.L. (2002) Emotional and behavioral problem of young children: Effective intervention in the preschool and kindergarten years, New York: Guild ford press
2. 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
3. Mash, E.J., & Barkley, R.A. (2002) Child psychopathology-New York: The Guild Ford Press

- based system of parenting and family support. *prevention science*, 3(3),183-189.
22. Sanders, M.R. (2003) The translation of evidence-based parenting program in to regular clinical services. *Australian e-Journal For The Advancement of Mental Helth (AejAMH)*, 2(3), 1-4.
 23. 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.
 24. Sanders, M.R. (2000) Community-based parenting and Family support intervention and prevention of drug abuse. *Addictive behavior*, 25(6), 929-942.
 25. Dean, C., Myers, K., & Evans, E. (2003) Communicating-wide implementation of parenting program: The south East Sydney positive parenting program. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Helth*, 2(3), 1-12.
 26. 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.
 27. Sanders, M. R. (2005) Triple P: A Multi-Level System of Parenting Intervention: Workshop Participant Notes. The University of Queensland: Brisbane, Australia.
 28. Bor, W., Sanders, M.R., & Markie-Dadds, C. (2002) The effective s 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.
 29. 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.
 30. 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 Helth (AejAm)*, 2(3), 264-276.
 31. Sanders, M.R., & McFarland, M. (2006) Treatment of depressed mothers with disorder children: A-controlled elevation of cognitive behavior therapy. 31(1), 89-112.
 ۳۲. مینایی، ا. (۱۳۸۴) هنجاریابی نظام بخشی مبتنی بر تجربه آشنابخ تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.
 33. Schachar, R., & Washmuth, R. (1990) Oppositional defiant disorder in children: a validation study compairing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 31, 1089-1102.
 ۳۴. فتحی، نیره. (۱۳۷۴) تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم اختلال ADHD، پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
 ۳۵. زرگری نژاد، غزاله (۱۳۸۳) بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه موردی)، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
 ۶. بلوم کویت، مایکل آل. (۱۳۸۳) مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار: راهنمای عملی برای والدین و درمانگران، ترجمه جواد علاءیندراد. تهران: انتشارات سنا
 7. Anagold, A. Costello, E., & Erkanli, A. (1999) Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-97.
 8. 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.
 9. Mamerstein, N.R (2006) Relationship between anxiety and exte- nalizing disorder in youth: The influences of age and gender, *Journal of Anxiety Disorder (Article in press)*
 10. 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.
 11. 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.
 12. 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.
 13. 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.
 14. Bradly, S.J. (2002) Affect regulation and the development of psychology. New York: The Guild Ford Press.
 15. Holenstein, T. (2004) Rigidity in parent-child interaction early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (4), 595-607.
 16. Beena, J. (2002) Behaviour Problem in Children and Adolescents With Learning Disabilities. *The Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 48-61.
 ۱۷. اروین، آ.ز، بانکرت، سی. ال. و دوپل، جی. (۱۳۷۹) اختلال نارسیایی توجه/فزون نقش. در: رابینیکه، م.، داتیلیوف، و فرمین، آر. شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان، ترجمه جواد علاءیندراد، چاپ اول تهران: نشر بقیه
 18. Davison, C.G. (2005) *Abnormal psychology* New York: John Wiley.
 19. Terri, L. Shelton., Russell, A. Barkely., Chergl, Crosswait, Maureen, Moorehouse., Kenneth, Fletcher., Susan, Barrett, Lucy, Jenkins., & Lori Metevia (2000) Multimethod, psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: two- year post-Treatment follow-up. *Journals Abnormal Child psychology*, 28(3), 253-266.
 20. Sanders, M.R. (2003) Triple p-positive parenting program: A population Approach to promoting competent parenting. *Australian e-Journal For The Advancement of Mental Helth (AejAm)*, 2(3), 1-17.
 21. Sanders, M.R., turner, K.M., & Markei-Dadds, C. (2003) The development and dissemination of The Triple p-positive parenting program: A multilevel evidence -

۳۷. احسان منشی، مجتبی (۱۳۷۲) کارورزی والدین کودکان مبتلا به اختلال سلوک، پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران .

۳۶. طهماسیان، کارینه (۱۳۸۳) بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان، پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران