

اثر بخشی روش آموزش فرزندپروری مثبت بر کودکان

مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

Effect of the triple P-positive parenting program on children with oppositional defiant disorder

تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۸۷/۹/۳

Kheirie M. MSc[✉], Shaeiri M. R. PhD,
Azad Fallah P. PhD, Rasulzade Tabatabaei K. PhDمنصوره سادات خیری[✉]، محمدرضا شعیری^۱،
پرویز آزاد فلاح^۲، کاظم رسولزاده طباطبایی^۳

Abstract

Introduction: The purpose of the present research was to investigate the effect of Positive parenting program (Triple-P) on decreasing the symptoms of ODD in 6-7 year-old children.

Method: An experimental and a pretest-posttest control group design method have been applied in this regard. Participants of the study were all parents of 330 children who were at pre-school grade and also first grade in the school. To find and select the main subjects, two steps were taken. At the first step, the selected parents were those whose children gain the scores higher than cut-off score in Children Behavior Checklist (CBCL), and at the second step, for final selection, these chosen parents were attended in the Structured Diagnostic Interview-based on DSM-IV-TR criteria. Main subjects were finally, those parents whose children's disorder symptoms were confirmed through the diagnostic interview selected and divided randomly to two experimental (25 people) and control group (21 people). The experimental group received Triple-P and control group received no intervention.

Results: The analysis showed that the children of mothers who were in experimental group had a significant decrease in the symptoms of ODD, while the children of mothers in control group showed no significant difference.

Conclusion: Although there were cultural and social differences between the studies groups of this research and those groups in other communities and cultures, there was a significant decrease in the symptoms of ODD in the children of mothers in experimental group.

Keywords: Positive Parenting Program (Triple-P), Oppositional Defiance Disorder (ODD), Behavioral Problems, Disruptive Behavior Disorder (DBD), 6-7 Year-Old Children

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روش آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش نشانه‌های کودکان ۶-۷ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

روش: نمونه‌ها از بین والدین ۳۳۰ کودک مقطع پیش‌دبستانی و اول ابتدایی طی دو مرحله انتخاب شد. در مرحله اول، مادران کودکانی انتخاب شدند که در فهرست رفتاری کودک نمره آنها بالاتر از نقطه برش مواد اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. در مرحله بعد و به‌منظور انتخاب نهایی، تحت مصاحبه تشخیصی ساخت‌یافته مبتنی بر ملاک‌های DSM-IV-TR قرار گرفتند. مادرانی که وجود نشانه‌های اختلال در کودکان آنها توسط مصاحبه تشخیصی نیز تایید شد به عنوان نمونه اصلی پژوهش انتخاب شدند. در نهایت، ۴۶ نفر انتخاب شده و در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. گروه آزمایش در جلسات گروهی آموزش فرزندپروری مثبت شرکت کردند و بر روی گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت.

یافته‌ها: تحلیل یافته‌ها مبتنی بر آزمون t برای گروه‌های مستقل نشان داد که کودکان مادران گروه آزمایش، در نشانه‌های بی‌اعتنایی مقابله‌ای کاهش معنی‌داری دارند.

نتیجه‌گیری: علیرغم وجود تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی میان گروه مورد بررسی نسبت به گروه‌های مورد بررسی در جوامع و فرهنگ‌های دیگر، نشانه‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در کودکان مادران گروه آزمایش کاهش معنی‌داری را نشان داد.

کلیدواژه‌ها: آموزش فرزندپروری مثبت، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مشکلات رفتاری، اختلالات رفتاری ایدایی، کودکان ۶-۷ ساله

✉ **Corresponding Author:** Faculty of Humanities, Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Email: mansoure.kheirie@gmail.com

✉ دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۱ دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۲ دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

مقدمه

کودکان است که برای والدین اجرا می‌شود. این برنامه، چندسطحی و براساس جهت‌گیری پیشگیرانه و در راستای راهبردهای حمایت از خانواده توسط *ساندرز* و همکاران ایجاد شده است [۸]. برنامه فرزند پروری مثبت، الگوی مداخله خانوادگی رفتاری مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی [۸] است. این نوع رویکرد به درمان و پیشگیری اختلالات کودکی، نسبت به سایر مداخلات در حوزه کودکان به ویژه مداخلات مرتبط با مشکلات سلوک، قوی‌ترین حمایت تجربی را داشته است [۵].

این برنامه برای والدین کودکان ۲ تا ۱۲ سال به کار برده می‌شود و دارای ۵ سطح است که با نزدیک شدن به سطوح بالاتر، شدت مداخلات افزایش می‌یابد [۵]. دلیل منطقی برای سطح‌بندی این برنامه، وجود سطوح متفاوت اختلال در عملکرد و رفتار کودکان و نیز نیازهای گوناگون والدین آنها (از نظر نوع، شدت و روش مساعدت) است [۹]. هدف این برنامه افزایش عوامل حمایت خانوادگی و کاهش عوامل خطر ساز مرتبط با مسائل رفتاری و هیجانی شدید در کودکان و نوجوانان است. به‌طور خاص، این برنامه مهارت‌های مدیریت مثبت کودک را به عنوان جایگزینی برای روش‌های فرزندپروری ناکارآمد و غیرمؤثر به والدین آموزش می‌دهد [۸]. بنا به تحقیقات تجربی گسترده، کارایی این روش اثبات شده است. به‌طوری‌که، از قوی‌ترین پشتوانه تجربی در میان مداخلات پیشگیرانه و درمانی بکار گرفته شده در کودکان برخوردار است [۵].

به‌طور کلی، این برنامه در جهت فهم بهتر نشانه‌های اختلال و یادگیری روش‌های رفتار با کودک، اصولی را به والدین آموزش می‌دهد. به ویژه اینکه اشکال گروهی این برنامه‌ها (که از تکنیک‌های رفتاردرمانی بهره می‌گیرند) برای کودکان دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای نسبت به روش‌های دیگر، بهترین نتایج درمانی را در برداشته است [۲]. چندین مطالعه تصادفی، نسخه‌های مختلف برنامه را بررسی و ارزیابی کرده‌اند [۵]. بسیاری از پژوهش‌ها برای حل مشکلات سلوکی در کودکان سنین پیش‌دبستانی و اوایل مدرسه (ابتدایی) از درمان‌های مبتنی بر خانواده حمایت می‌کنند [۱۰].

علاوه بر این پژوهش‌ها، مطالعات دیگری نیز اثربخشی روش‌های آموزش مهارت‌های فرزندپروری را بر نشانه‌های کودکان مبتلا به بی‌اعتنایی مقابله‌ای خاطر نشان کرده‌اند [۱۱، ۱۲]. همچنین، با توجه به این‌که قومیت و فرهنگ به‌عنوان عوامل مداخله‌کننده عمل کرده و می‌توانند بر میزان اثربخشی درمان مؤثر باشند [۱۳]. در مورد این‌که آیا به‌طور کلی می‌توان نتایج درمان ناشی از به‌کارگیری مداخله در گروه‌های خاص قومی و فرهنگی را به گروه‌های قومی و فرهنگی دیگر تعمیم داد و یا این‌که آیا درمان و مداخله‌ای که برای یک گروه مناسب است می‌تواند برای گروه‌های دیگر نیز مناسب شناخته شود، اختلاف نظرهایی وجود دارد که پژوهش‌های بیشتر در این زمینه را می‌طلبد [۱۳].

اختلال نافرمانی مقابله‌ای، یکی از رایج‌ترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان است [۱]. این اختلال در طبقه اختلالات رفتاری ایذایی قرار می‌گیرد که از بزرگترین گروه اختلالات ارجاعی به کلینیک‌های سلامت روانی کودکان است [۲]. میزان شیوع این اختلال بسته به نوع ارزیابی و ملاک‌های تشخیصی که به کار گرفته می‌شود، در بازه وسیعی بین ۲ تا ۱۶٪ در سنین پیش‌دبستانی یا اوایل سن مدرسه گزارش شده است [۱].

اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال نسبتاً جدید در کودکانی است که ملاک‌های کامل اختلال سلوک را ندارند. این اختلال، اولین بار به عنوان یک اختلال رفتاری پیشنهاد شد که در آن، کودکان مبتلا علاوه بر مشکلاتی همچون الگوی پایدار رفتار منفی‌کارانه، خصومت‌آمیز و گستاخانه، مشکلات چشمگیری در زمینه‌های تحصیلی، شغلی و اجتماعی نیز نشان می‌دادند. مطالعات نشان می‌دهند که شروع زود هنگام نشانه‌های این اختلال به معنی پیش‌آگهی ضعیف آن بوده و احتمال پیشرفت و تبدیل آن به اختلال سلوک و در نهایت اختلال شخصیت ضد اجتماعی و پرخاشگری در آینده بیشتر است.

پژوهشی مجزا و سیستماتیک در مورد سبب‌شناسی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای وجود ندارد و بهترین داده‌ها مربوط به مطالعاتی است که در زمینه اختلال سلوک انجام شده است. اکثر کارشناسان معتقدند که به‌جای یک علت واحد، عوامل گوناگونی افراد را در معرض خطر ابتلا به اختلالات ایذایی قرار می‌دهند که به‌طور کلی این عوامل شامل مجموعه‌ای از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی کودک، فرزندپروری ناکارآمد و شرایط محیطی است [۱].

تحقیقات نشان می‌دهند که روابط خانوادگی به‌طور کل و روابط بین والدین و فرزندان به‌طور خاص، تأثیر عمیقی بر سلامت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی کودک دارد [۳]. تعاملات خانوادگی ضعیف، شامل فرزندپروری بی‌ثبات و مبتنی بر تنبیه، نگرش والدی طردکننده یا سرد، قوانین انضباطی سخت و ناپایدار، دلبستگی ناایمن، نظارت یا کنترل ناکافی والدی و اختصاص زمان اندک به کودک و فقدان ارتباط مثبت با او [۴، ۵]. به‌عنوان عوامل خطر و پیش‌بینی‌کننده در نظر گرفته می‌شوند که به‌طور کلی کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای پرخاشگرانه قرار می‌دهند [۶]. به دلیل مشکلات روبه‌رشدی که اختلال نافرمانی مقابله‌ای در زندگی کودک و اطرافیان او ایجاد می‌کند، توجه بسیاری از پژوهشگران به روش‌های درمانی این اختلال جلب شده است. با توجه به اهمیت رابطه بین والدین و کودک در پدیدار شدن مشکلات رفتاری کودکان، آموزش والدین یکی از رایج‌ترین شیوه‌های درمانگری برای این اختلال‌ها محسوب می‌شود [۷].

برنامه فرزندپروری مثبت، یکی از انواع برنامه‌های آموزش مدیریت

سن مادران، سن پدران و سن کودکان در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد که تفاوت سنی آنها در دو گروه معنی‌دار نیست. به طور کلی قبل و پس از انجام مداخلات مربوطه برای گروه آزمایش، هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند و تفاضل نمرات به‌دست آمده از دو مرحله مبنای تحلیل داده‌ها قرار گرفت. علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، برای تحلیل نتایج از آزمون t مستقل برای دو گروه نیز استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

الف) فهرست رفتاری کودک: با توجه به متغیر اصلی تحقیق حاضر، به‌منظور تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای از ابزار فهرست رفتاری کودک استفاده شد. فرم‌های نظام سنجشی مبتنی بر تجربه/آشنای در حدود ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شوند. در صورت کمبود وقت می‌توان از پاسخ‌دهندگان خواست تا صرفاً بخش‌هایی را که مربوط به مشکلات عاطفی- رفتاری است، تکمیل نمایند. این فهرست دارای ۱۱۸ گویه است که توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را به‌عهده دارد و از او مراقبت می‌کند، بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته تکمیل می‌شود [۱۵].

این فهرست دارای دو بخش است، بخش اول مربوط به صلاحیت کودک در زمینه‌های مختلف نظیر فعالیت‌ها، روابط اجتماعی و مدرسه است و بخش دوم مربوط به مشکلات عاطفی- رفتاری است که می‌توان آن را به دو صورت مورد بررسی قرار داد. ابتدا می‌توان از نیمرخ‌های تنظیم شده بر اساس اختلال‌های DSM-IV-TR استفاده کرد. این جهت‌گیری بر اساس DSM-IV و مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، بی‌اعتنایی مقابله‌ای و مشکلات هنجاری را دربر می‌گیرد.

برای هنجاریابی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه/آشنای در ایران، مبنایی پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی این فهرست را با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای بر روی نمونه‌ای به تعداد ۱۴۳۸ نفر (شامل ۶۸۹ دختر و ۷۴۹ پسر) بر اساس دوره و پایه تحصیلی از سه بخش شمال، مرکز و جنوب شهر تهران و تعدادی از مراجعه‌کنندگان به بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان روزبه اجرا نمود [۱۶]. همسانی درونی مقیاس‌های شایستگی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه/آشنای در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و دامنه آن از آلفای ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ برای فهرست رفتاری کودک و ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ برای فهرست خود- گزارش‌دهی است. ضرایب آلفای مقیاس کلی فرم گزارش معلم، ۰/۸۳ است. ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر DSM در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای فهرست رفتاری کودک و ۰/۶۴ تا ۰/۷۳ برای فهرست خود- گزارش‌دهی و ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ برای فرم گزارش معلم است. همچنین ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه نیز در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ برای CBCL، ۰/۶۵ تا ۰/۸۷ برای YSR و ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ برای TRF گزارش شده است.

با توجه به مطالب یادشده، تاثیر شیوه‌های فرزندپروری بر مشکلات رفتاری کودکان انکارناپذیر بوده و این شیوه می‌تواند زمینه‌های ترمیم رفتارهای کودکان را فراهم سازد. بنابراین، تلاش پژوهش حاضر پاسخ به این پرسش است که آیا در شرایط فرهنگی ایران، آموزش برنامه فرزندپروری مثبت به والدین می‌تواند منجر به کاهش نشانه‌های ODD شود؟

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون بوده و جامعه آماری آن در برگیرنده تمامی مادران کودکان ۶-۷ سال بود که مشغول گذراندن دوره پیش‌دبستانی (آمادگی) و یا اول ابتدایی در سال تحصیلی ۸۶-۸۷ در منطقه ۲ آموزشی شهرستان تهران بودند. برای دستیابی به نمونه، ابتدا چندین مدرسه و مراکز پیش‌دبستانی منطقه ۲ آموزشی شهرستان تهران به صورت تصادفی انتخاب شده و سپس به این مدارس و مراکز مراجعه شد و با مسئولین آنها در ارتباط با پژوهش حاضر و نحوه همکاری لازم از سوی مدرسه و یا مرکز برای انجام پژوهش بحث و گفتگو شد. پس از پذیرش روند اجرایی پژوهش، کار با چند مرکز و مدرسه در سطوح پیش‌دبستانی و اول ابتدایی آغاز شد و فهرست رفتاری کودک [۱۴] در اختیار کودکان جهت رساندن آنها به والدین قرار گرفت. آزمودنی‌ها از بین والدین ۳۳۰ کودک مقطع پیش‌دبستانی و اول ابتدایی انتخاب شدند. به این ترتیب که والدین کودکانی که نمره‌های بالاتر از نقطه برش را در فهرست رفتاری کودک به‌دست آورده بودند و مشکلات آنها در مصاحبه تشخیصی ساخت یافته بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR که به صورت فردی با هر یک از مادران انجام شد، نیز تأیید شده بود، به عنوان نمونه اصلی پژوهش انتخاب شدند. از ۵۹ نفری که دعوت به مصاحبه را پذیرفته بودند، ۴۶ نفر به عنوان نمونه مورد تأیید برای حضور در پژوهش و به عنوان نمونه اصلی انتخاب شده و در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. به منظور جلوگیری از پدیده انتشار، جایگزینی افراد در گروه‌ها به صورت تصادفی در سطح مراکز انجام شد و یک مرکز به عنوان گروه کنترل و دیگری به عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شد.

گروه آزمایش به صورت گروهی و در هر جلسه به مدت ۲ ساعت، آموزش فرزندپروری مثبت را دریافت کرد. شیوه برگزاری جلسات مبتنی بر الگوی بسته اصلی شیوه فرزندپروری مثبت انجام شد [۸]. از ۲۵ نفری که در گروه آزمایش برای شرکت در جلسات گروهی آموزش فرزندپروری مثبت دعوت شدند ۶ نفر از همان آغاز از شرکت در جلسات گروه انصراف دادند و دو نفر نیز در ضمن کار از شرکت در برنامه خودداری کرده و برنامه را ترک کردند. بنابراین ۱۷ نفر در این گروه باقی ماندند. همچنین از والدین گروه کنترل نیز ۳ نفر در پس‌آزمون شرکت نکردند، بنابراین ۱۸ نفر از گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. البته لازم به ذکر است که مقایسه میانگین

در جدول ۲ در عین ارائه میانگین تفاضل پیش و پس آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل، شاهد t ناشی از مقایسه در گروه بر مبنای میانگین تفاضل‌ها نیز می‌باشیم که با توجه به مقادیر بحرانی، معنی‌دار می‌باشد. قابل ذکر است که بر اساس نتایج به دست آمده، F لوین (۰/۵۹۷) مربوط به آزمون t مستقل، نشانگر عدم معنی‌داری برای تفاوت واریانس‌ها بوده است.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به تفاوت نمرات پیش و پس آزمون در نمرات ODD در گروه‌های کنترل و آزمایش و نتایج مربوط به آزمون t

شاخص گروه	M	SD	انحراف درجه	t	مشاهده شده	سطح معنی‌داری
آزمایش	۱۷	۲/۲۹	۱/۷۵	۳۳	۵/۶	۰/۰۰۱
کنترل	۱۸	۰/۷۷	۱/۴۷			

همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش ۲/۲۹ است که نشان‌دهنده کاهش میانگین نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون است. در حالی که میانگین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل ۰/۷۷- است که نشان‌دهنده اندکی افزایش میانگین نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در این گروه است. بنابراین، گروه آزمایشی تحت آموزش فرزندپروری مثبت در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معنی‌داری را در نمره بی‌اعتنایی مقابله‌ای نشان داده است. در نتیجه، آموزش فرزندپروری مثبت به والدین، بر کاهش نشانه‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای کودکان مبتلا موثر بوده است.

بحث

پژوهش‌های بسیاری از درمان‌های مبتنی بر خانواده برای حل مشکلات سلوکی در کودکان سنین پیش‌دستانی و اوایل مدرسه (ابتدایی) حمایت می‌کنند [۱۰]. به علاوه، پژوهش‌های بسیار دیگری نیز اثربخشی روش‌های آموزش مهارت‌های فرزندپروری را بر نشانه‌های کودکان مبتلا به بی‌اعتنایی مقابله‌ای خاطر نشان کرده‌اند [۱۱، ۱۲].

همچنین، پژوهش‌ها نشان داد مادرانی که کودکان آنها در معرض خطر بروز اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای هستند، ناکارآمدی‌های خانوادگی بیشتر، در مهارت‌های فرزندپروری شایستگی کمتر، راه‌حل‌های پیشنهادی کمتر برای حل مشکلات رفتاری کودکان و همچنین سطوح بالاتری از ابتلا به اختلالات درون‌سازی شده را نشان می‌دهند [۱۸]. بر طبق سایر پژوهش‌ها [۱۱]، والدین کودکان مبتلا به اختلالات ایزدایی برای مقابله با مشکلات رفتاری آنها به انتخاب راهبردهای نامناسب می‌پردازند و این انتخاب به نوبه خود مشکلات کودکان را افزایش می‌دهد.

سوالات زیرمقیاس‌های این فرم به صورت سه گزینه کاملاً، معمولاً و اصلاً است که به ترتیب نمرات ۲، ۱ و ۰ را دریافت می‌کنند. این فهرست برای آزمودنی‌های ۴ تا ۱۸ سال قابل کاربرد است [۱۵]. در این قسمت تعداد ۵ سوال در ارتباط با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای است که نمره هر فرد در این خرده‌مقیاس می‌تواند از ۰ تا ۱۰ تغییر کند. نمره بالاتر و مساوی ۴ به منزله وجود اختلال در فرد می‌باشد. اعتبار تست بر اساس آزمون-آزمون مجدد با فاصله زمانی یک هفته و نیز بین مصاحبه‌گران در نمرات فهرست رفتاری کودک بالاتر از ۰/۹۳ بوده است. این اعتبار برای مقیاس‌های صلاحیت، کنش‌وری سازشی و نشانگان عاطفی-رفتاری در فهرست رفتاری کودک برابر ۰/۹۰ بوده است [۱۴].

ب) مصاحبه ساخت‌یافته: مصاحبه ساخت‌یافته یا ساختاری، نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه بر خلاف مصاحبه غیرساختاری، موضوعات مورد بحث طبق برنامه از پیش تنظیم شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد [۱۷]. در این پژوهش به منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، بر اساس معیارهای DSM-IV-TR، مصاحبه تشخیصی ساخت‌یافته توسط پژوهشگر از مادران کودکان انجام شد.

یافته‌ها

هدف اساسی پژوهش حاضر تعیین تاثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت به والدین، در کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان ۶-۷ سال بود. به این منظور، در این بخش پس از ارایه نتایج توصیفی مربوط به پیش و پس‌آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش، به مقایسه آنها خواهیم پرداخت.

آزمون دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس نتایج حاصل از اجرای پرسش‌نامه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد، تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش چشمگیر و نشان‌دهنده کاهش میانگین نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون است. در حالی که تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل بسیار کمتر است.

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات بی‌اعتنایی مقابله‌ای پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	M	SD	انحراف	t	آزمایش	کنترل
پیش آزمون	۴/۹۵	۱/۰۵	۴	۷	۱/۴۵	۵/۶۴
پس آزمون	۵/۷۲	۱/۶۰	۳	۱۰	۱/۳۴	۳/۲۳

سطح اجتماع تعمیم یابد و اثرات آن پایدار بماند، البته در این طرح به بُعد پیگیری پرداخته نشده است. علیرغم وجود تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی میان گروه مورد بررسی نسبت به گروه‌های مورد بررسی در جوامع و فرهنگ‌های دیگر، نشانه‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در کودکان مادران گروه آزمایش کاهش معنی‌داری را نشان می‌دهد.

منابع

- 1- Steiner H, Rensing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007;46(1):126-41.
- 2- Costin J, Lichte C, Hill-Smith A, Vance A, Luk E. Parent group treatments for children with Oppositional Defiant Disorder. Australian Network for Promotion; 2004.
- 3- Kazdin AE, Whitley MK. Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior; 2003. p. 504-15.
- 4- Lengua LJ, Honorado E, Bush NR. Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. Elsevier; 2007. p. 40-55.
- 5- Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, scientific and clinical foundations of the triple p-positive parenting program a population approach to the promotion of parenting competence. The Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland; 2003.
- 6- Webster-Stratton C. Aggression in young children: Services proven to be effective in reducing aggression. Rev ed. Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds *Encyclopedia on Early Childhood Development*; 2005.
- 7- Turner KMT, Sanders MR. Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behavior Therapy*. 2006;37(2):131-42.
- 8- Sanders MR. Triple p-positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. Australian e-journal for the Advancement of Mental Health. 2003;2(3):1-17.
- 9- Kazdin AE, Marciano PL, Whitley MK. The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive and antisocial behavior. *APA American Psychological Association*; 2005. p. 720-30.
- 10- Essau C, Essau CA. Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors and treatment. Lawrence Erlbaum; 2003.
- 11- Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham WE. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. Springer; 2004.
- 12- Gimpel GA, Hollnd ML. Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the preschool and kindergarten years. New York: Guilford Press; 2002.
- 13- Kazdin AE. Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive and antisocial behavior in children and adolescents. Oxford University Press, USA; 2005.
- 14- Achenbach TM, Rescolar LA. Manual for the ASEBA school age: Form & Profiles Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychology; 2001.
- 15- Sanders MR, McFarland M. Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. Elsevier; 2000. p. 112-89.

در مورد اثربخشی مداخلات خانوادگی- رفتاری در کاهش نشانه‌های کودکان مبتلا به بی‌اعتنایی مقابله‌ای و به‌طور کلی مشکلات ایذایی در کودکان، برخی از پژوهشگران [۱۵]. بر اثربخشی این روش در کاهش نشانه‌های اختلالات ایذایی و از جمله اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای تاکید کرده‌اند که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد. هدف کلی از برقراری جلسات آموزش فرزندپروری مثبت برای والدینی که کودکان آنها دارای نشانه‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای بودند، دستیابی به اهدافی بود که برنامه فرزندپروری مثبت نیز در راستای دستیابی به آنها گام برداشته و آن را به‌عنوان اهداف اصلی برنامه خود معرفی می‌کند. این برنامه تلاش می‌کند تا با آموزش‌های خود، تعاملات مثبت والدین با کودکان را افزایش داده و شیوه فرزندپروری بی‌ثبات و سرکوب‌گرانه آنها را کاهش دهد. این برنامه نشان می‌دهد که ادراک و مهارت‌های فرزندپروری والدین و همچنین مهارت‌های اجتماعی و سازگاری در مدرسه کودکان بهبود یافته و مشکلات رفتاری آنها نیز کاهش می‌یابد [۱۹]. البته موفقیت درمانی در هر یک از انواع مختلف برنامه‌های آموزشی برای والدین از جمله "برنامه فرزندپروری مثبت" به استفاده ماهرانه، مداوم و باثبات مادران بستگی دارد. بنابراین، مشارکت فعال در مباحث گروهی از ارزش زیادی برخوردار است و هرچه والدین انگیزه و تلاش بیشتری در به‌کارگیری اصول آموخته شده در جلسات داشته باشند، اثرات درمان نیز افزایش خواهد یافت [۹]. بنابراین شرکت فعال والدین در جلسات و انگیزه آنها، در نتایج درمان اثری تعیین‌کننده دارد.

در این برنامه‌ها در زمینه عملکردها و فعالیت‌های متناسب با سن و مرحله تحولی کودک اطلاعاتی در اختیار والدین قرار داده می‌شود و با بالا بردن شناخت و دانش آنها در زمینه هنجارهای رشدی و تحولی و پایین آوردن سطح انتظارات والدین، به آنها آموزش داده می‌شود تا از کودکان خود، انتظاراتی متناسب با سن و مرحله تحولی او داشته باشند [۱۹]. در این روش، فنون شکل‌دهی رفتار بر اساس اصول یادگیری اجتماعی به والدین آموزش داده می‌شود. والدین یاد می‌گیرند که پیش‌آیندها (پیش‌آمدها) و پس‌آیندها (پیامدها) را چگونه دستکاری کنند تا به نتیجه دلخواه دست یابند و چطور رفتارهای کودکان را نظارت کنند و به آنها پاداش‌های معینی بدهند و با توجه به رفتارهای مثبت مشکلات را کاهش داده و کمتر از تنبیه بدنی استفاده کنند. علاوه بر بهبود مشکلات رفتاری در برخی از پژوهش‌ها، این روش همچنین منجر به کاهش استرس و بهبود رابطه اجتماعی و پذیرش در والدین شده است [۲۰].

نتیجه‌گیری

این برنامه انتظار دارد تا تاثیر آموزش‌های فرزندپروری به ساختارهای متنوعی همچون موقعیت‌های درون و بیرون خانه و در

19- Sanders MR, Morawska A. Can changing parental knowledge, dysfunctional expectations and attributions, and emotion regulation improve outcomes for children. Encyclopedia on Early Childhood Development (Online); 2005.

20- Markie-Dadds C, Sanders MR, Turner KMT. Every parent's group workbook. Families International; 1997.

۱۶- مینایی اصغر. هنجاریابی نظام بخشی مبتنی بر تجربه آشناباخ. تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی؛ ۱۳۸۴.

۱۷- هرسن مایکل، ام ترنر ساموئل. مصاحبه تشخیصی. شاملو رضاحمدی؛ مترجم. تهران، انتشارات رشد. ۱۳۸۵.

18- Serra-Pinheiro MA, Schmitz M, Mattos P, Souza I. Oppositional defiant disorder: A review of neurobiological and environmental correlates, comorbidities, treatment and prognosis. Revista Brasileira de Psiquiatria; 2004.