

بسم الله الرحمن الرحيم

٤١٧٤

۱۷/۱۱/۱۰۴۳۲۵  
۱۷-۱۲-۴



دانشگاه تربیت مدرس

دانشکده علوم انسانی

پایان نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

بررسی تاثیر آموزش فرزندپروری مثبت به والدین در کاهش

نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

منصوره سادات خیریه

استادان راهنما:

دکتر سید کاظم رسول زاده طباطبایی

دکتر محمدرضا شعیری

استاد مشاور:

دکتر پرویز آزاد فلاح

آبان ماه ۱۳۸۷

موسسه تخصصی روانشناسی  
موسسه تخصصی روانشناسی

۱۷/۱۱/۱۰۴۳۲۵

۱۰۷۱۶۵

تاییدیه اعضای هیئت داوران حاضر در جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد

اعضای هیأت داوران نسخه نهایی پایان نامه خانم منصوره السادات خیریه رشته روانشناسی تحت عنوان « بررسی تاثیر آموزش فرزند پروری مثبت به والدین در کاهش نشانه های کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای » را از نظر فرم و محتوای بررسی نموده و پذیرش آن را برای تکمیل کارشناسی ارشد پیشنهاد می کنند .

اعضای هیأت داوران	نام و نام خانوادگی	رتبه علمی	امضاء
۱- استاد راهنما	دکتر کاظم رسول زاده طباطبایی	استادیار	
۲- استاد راهنمای دوم	دکتر محمد رضا شعیری	استادیار	
۳- استاد مشاور	دکتر پرویز آزاد فلاح	دانشیار	
۴- استاد ناظر	دکتر عباسعلی اللهیاری	استاد یار	
۵- استاد ناظر	دکتر رسول روشن	استاد یار	
۶- نماینده تحصیلات تکمیلی	دکتر عباسعلی اللهیاری	استاد یار	

## دستورالعمل حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی

### دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست‌های پژوهشی دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسان‌ها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیات علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهش‌های علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرح‌های تحقیقاتی که با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد ذیل را رعایت نمایند:

ماده ۱- حقوق مادی و معنوی پایان‌نامه‌ها / رساله‌های مصوب دانشگاه متعلق به دانشگاه است و هرگونه بهره‌برداری از آن باید با ذکر نام دانشگاه و رعایت آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مصوب دانشگاه باشد.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه / رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و استاد راهنما مسئول مکاتبات مقاله باشد.

تبصره: در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه / رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب حاصل از نتایج پایان‌نامه / رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه باید با مجوز کتبی صادره از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه و بر اساس آئین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه / رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این دستورالعمل در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۱۳۸۴/۴/۲۵ در شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب لازم‌الاجرا است و هرگونه تخلف از مفاد این دستورالعمل، از طریق مراجع

قانونی قابل پیگیری خواهد بود.





بسمه تعالی

## آیین‌نامه چاپ پایان‌نامه (رساله)‌های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان‌نامه (رساله)‌های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیتهای علمی - پژوهشی دانشگاه است بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش‌آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می‌شوند:

ماده ۱ در صورت اقدام به چاپ پایان‌نامه (رساله)ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به «دفتر نشر آثار علمی» دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲ در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:  
«کتاب حاضر، حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد/ رساله دکتری نگارنده در رشته  
که در سال در دانشکده دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی سرکار خانم/جناب  
آقای دکتر، مشاوره سرکار خانم/جناب آقای دکتر و مشاوره سرکار  
خانم/جناب آقای دکتر از آن دفاع شده است.»

ماده ۳ به منظور جبران بخشی از هزینه‌های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به «دفتر نشر آثار علمی» دانشگاه اهدا کند. دانشگاه می‌تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴ در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ‌شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تأدیه کند.

ماده ۵ دانشجو تعهد و قبول می‌کند در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه می‌تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند؛ به علاوه به دانشگاه حق می‌دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه‌شده نگارنده برای فروش، تأمین نماید.

ماده ۶ اینجانب دانشجوی رشته مقطع دانشگاه تربیت مدرس، متعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می‌شوم.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضا:

۸۷/۱۰/۱۸

آهنگ‌های ناسازی که در منش و دیدگاه والدین ساز نشده‌اند  
در نهاد کودک ادامه می‌یابند و بر حکایت رنج‌های درونی او موثر می‌افتند.

«نیچه»

تقدیم به همه کودکان  
با آرزوی سازشدن آهنگ‌های ناسازشان

با تشکر از همه کسانی که به من آموختند. آموختن  
را و مرا در این مسیر، همواره یاری دادند و تنها رها نکردند.

با امید بهترین‌ها برایشان

## چکیده

بنا بر تحقیقات انجام شده یکی از نیرومندترین عوامل موثر در ایجاد مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان، کیفیت فرزندپروری‌ای است که آنها دریافت می‌کنند.

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روش آموزش فرزندپروری مثبت (Triple-p) بر کاهش نشانه‌های کودکان ۶-۷ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) بوده است. به این منظور، نمونه مورد بررسی از بین والدین ۳۳۰ کودک مقطع پیش‌دبستانی و اول ابتدایی و طی دو مرحله انتخاب شد: در مرحله اول مادران کودکانی که در فهرست رفتاری کودک (CBCL) (آشنباخ، رسکولار، ۲۰۰۱) نمره بالاتر از نقطه برش را در مواد ODD به دست آورده بودند، انتخاب شده و در مرحله بعد، و به منظور انتخاب نهایی، مورد مصاحبه تشخیصی ساخت یافته مبتنی بر ملاک‌های DSM-IV-TR (۲۰۰۰) 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 آموزش گروهی فرزندپروری مثبت (Triple-P) شرکت کردند. و گروه کنترل در انتظار ماندند.

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

**واژه‌های کلیدی:** آموزش فرزندپروری مثبت (Triple-P)، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)،

مشکلات رفتاری، اختلالات رفتاری ایدایی (DBD)، کودکان ۶ و ۷ ساله.



**فصل اول: کلیات پژوهش**

۲	۱-۱ بیان مساله
۹	۲-۱ ضرورت پژوهش
۱۶	۳-۱ هدف پژوهش
۱۶	۴-۱ فرضیه پژوهش
۱۶	۵-۱ تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
۱۶	۱-۵-۱ اختلال نافرمانی مقابله‌ای
۱۷	۲-۵-۱ برنامه فرزندپروری مثبت

**فصل دوم: مروری بر پیشینه پژوهش**

۲۰	۱-۲ معنای کلی اختلالات کودکی
۲۲	۱-۱-۲ اختلالات برون سازی شده
۲۴	۱-۲-۲ تعریف اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD): تمایزها و تشابهات
۳۲	۲-۲-۲ شیوع اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای
۳۵	۳-۲-۲ اختلالات همایند با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای
۳۸	۴-۲-۲ سیر و پیش‌آگهی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای
۴۴	۵-۲-۲ سبب‌شناسی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای
۵۲	۶-۲-۲ اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و شیوه‌های فرزندپروری
۵۷	۳-۲ فرایند شکل‌گیری رفتارهای ایدایی
۵۹	۴-۲ عوامل حفاظتی در اختلالات ایدایی
۶۱	۵-۲ روش‌های درمانگری اختلال‌های برون‌سازی شده
۶۳	۱-۵-۲ روش‌های درمانگری کودک محور
۶۳	۱-۱-۵-۲ دارو درمانگری
۶۵	۲-۲-۵-۲ مداخله‌های شناختی - رفتاری
۶۶	۳-۲-۵-۲ آموزش مهارت‌های اجتماعی
۶۷	۳-۵-۲ روش‌های درمانگری مدرسه محور
۶۸	۴-۵-۲ روش‌های درمانگری خانواده محور
۷۵	۱-۴-۵-۲ ویژگی‌های برنامه‌های آموزش مدیریت کودکان به والدین (PMT)
۷۶	۲-۴-۵-۲ مزیت‌ها و محدودیت‌های برنامه‌های آموزش مدیریت کودکان به والدین
۷۸	۳-۴-۵-۲ موانع و عوامل تسهیل‌کننده تاثیرات برنامه PMT

- ۸۰ ..... ۲-۴-۵-۴ ارزیابی اثربخشی آموزش مدیریت کودکان به والدین.....
- ۸۳ ..... ۲-۵-۵ برنامه فرزندپروری مثبت (Triple-P).....

### فصل سوم: فرایند روش شناختی پژوهش

- ۹۴ ..... ۳-۱ طرح پژوهش.....
- ۹۴ ..... ۳-۲ آزمودنی‌ها.....
- ۹۴ ..... ۳-۲-۱ جامعه آماری.....
- ۹۴ ..... ۳-۲-۲ نمونه و روش نمونه‌گیری.....
- ۹۷ ..... ۳-۳ ابزارهای گردآوری اطلاعات.....
- ۹۷ ..... ۳-۳-۱ فهرست رفتاری کودک (CBCL).....
- ۱۰۲ ..... ۳-۳-۲ مصاحبه ساخت یافته.....
- ۱۰۳ ..... ۳-۴ شیوه انجام پژوهش.....
- ۱۰۸ ..... ۳-۴-۱ برنامه ۸ جلسه ای برای آموزش گروهی برنامه فرزندپروری مثبت (Triple-p).....
- ۱۱۴ ..... ۳-۵ شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها.....

### فصل چهارم: نتایج پژوهش

- ۱۱۶ ..... ۴-۱ مقدمه.....
- ۱۱۶ ..... ۴-۲ نتایج مربوط به مرحله اول پژوهش.....
- ۱۱۸ ..... ۴-۳ نتایج مربوط به مرحله دوم پژوهش.....
- ۱۱۸ ..... ۴-۳-۱ نتایج توصیفی.....
- ۱۱۸ ..... ۴-۳-۱-۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به سن، تحصیلات و شغل والدین و همچنین تعداد فرزندان خانواده.....
- ۱۲۶ ..... ۴-۳-۱-۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به سن کودکان و پایه تحصیلی آنها.....
- ۱۲۸ ..... ۴-۳-۱-۳ شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش.....
- ۱۳۰ ..... ۴-۴ بررسی فرضیه پژوهش.....

### فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

- ۱۳۳ ..... ۵-۱ مقدمه.....
- ۱۳۴ ..... ۵-۲ تبیین یافته‌های پژوهش.....
- ۱۳۹ ..... ۵-۳ نتیجه‌گیری نهایی.....

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

---

۱۴۲.....	۴-۵ محدودیت‌های پژوهش
۱۴۳.....	۵-۵ پیشنهادهای پژوهش
۱۴۵.....	فهرست منابع
۱۵۵.....	چکیده لاتین

جدول ۱-۲: ملاک‌های تشخیصی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در DSM-IV-TR.....	۲۶
جدول ۱-۴: شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره ODD مبتنی بر CBCL.....	۱۱۶
جدول ۲-۴: شاخص‌های توصیفی مربوط به سن والدین در دو گروه کنترل و آزمایش.....	۱۱۹
جدول ۳-۴: شاخص‌های توصیفی مربوط به میانگین سن مادران و تفاوت سن آنها بر اساس آزمون t.....	۱۲۰
جدول ۴-۴: شاخص‌های توصیفی مربوط به میانگین سن پدران و تفاوت سن آنها بر اساس آزمون t.....	۱۲۰
جدول ۵-۴: فراوانی و درصد مربوط به طبقات سنی مادران در دو گروه کنترل و آزمایش.....	۱۲۱
جدول ۶-۴: فراوانی و درصد مربوط به طبقات سنی پدران در دو گروه کنترل و آزمایش.....	۱۲۲
جدول ۷-۴: فراوانی و درصد مربوط به ویژگی‌های تحصیلی مادران گروه کنترل و آزمایش.....	۱۲۳
جدول ۸-۴: فراوانی و درصد مربوط به ویژگی‌های تحصیلی پدران گروه کنترل و آزمایش.....	۱۲۴
جدول ۹-۴: فراوانی و درصد مربوط به وضعیت اشتغال مادران گروه‌های کنترل و آزمایش.....	۱۲۵
جدول ۱۰-۴: فراوانی و درصد مربوط به وضعیت شغلی پدران گروه‌های کنترل و آزمایش.....	۱۲۵
جدول ۱۱-۴: فراوانی و درصد مربوط به تعداد فرزندان خانواده‌های گروه‌های کنترل و آزمایش.....	۱۲۶
جدول ۱۲-۴: شاخص‌های توصیفی مربوط به سن کودکان در دو گروه کنترل و آزمایش.....	۱۲۷
جدول ۱۳-۴: شاخص‌های توصیفی مربوط به پایه تحصیلی کودکان در دو گروه کنترل و آزمایش.....	۱۲۷
جدول ۱۴-۴: شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های مورد بررسی.....	۱۲۸
جدول ۱۵-۴: نتایج مربوط به مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش.....	۱۲۹
جدول ۱۶-۴: شاخص‌های توصیفی مربوط به تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های کنترل و آزمایش و مقایسه آنها بر اساس آزمون t.....	۱۳۰

## فهرست نمودار ها

صفحه

عنوان

- 
- شکل ۱-۲: توالی‌های رشدی و اختلال همایند با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای ..... ۳۸
- شکل ۲-۲: اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (ODD) و روابط آن با دیگر اختلالات ..... ۴۳
- نمودار ۱-۴: میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در نمره بی‌اعتنایی مقابله‌ای ..... ۱۲۹

فصل اول

کلیات پژوهش

## ۱-۱ بیان مساله

طی چند دهه گذشته علاقه و توجه به تحول عاطفی - اجتماعی کودکان افزایش یافته است. پیش از این پژوهشگران بر این باور بودند که مشکلات کودکان ناشی از نارسایی‌های تحول است (گیمپل<sup>۱</sup> و هالند<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲) و بسیاری از تعارض‌هایی که در طول زندگی کودک و نوجوان بوجود می‌آید به منزله تغییر سطح سازش و در حکم ویژگی‌های مراحل یا دوره‌های تحول محسوب می‌شود (دادستان، ۱۳۸۴).

اگرچه این کودکان مشکلات را پشت سرخواهند گذاشت و فرآیند تحول با تغییرات سریع نمی‌تواند فاقد ناپایداری رفتاری باشد، اما کاملاً روشن است که بسیاری از کودکان در سال‌های نخستین کودکی واجد مشکلات عاطفی و رفتاری‌ای هستند که در طی زمان و شاید تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم یافته (گیمپل و هالند، ۲۰۰۲) و یا در جلوه‌ای دیگر خود را نمایان می‌سازد. بنابراین مساله ناپه‌نچار یا مساله مرضی در کودک بسیار پیچیده است.

انواع ناسازگاری‌ها در کودکان اغلب به طور گسترده به عنوان اختلالات درونی سازی<sup>۳</sup> و برونی سازی<sup>۴</sup> شده طبقه بندی می‌شود. اختلالات درونی سازی شده به احساسات و رفتارهایی بر می‌گردند که بیش از حد مهار شده‌اند و عمدتاً در درون کودک تجربه می‌شوند و اختلالات برونی سازی شده شامل رفتارهایی هستند که خارج از مهار فرزند و عمدتاً جهت‌گیری آنها برونی است. بر خلاف اختلالات درونی سازی شده، اختلال‌های برونی سازی شده در برگیرنده دو گروه رفتارهای قانون شکنانه و پرخاشگرانه است که در سه اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه<sup>۵</sup>، اختلال سلوک<sup>۶</sup> و اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۱</sup> در چهارمین راهنمای

1. Gimpel, G. A.

2. Halland, M. L.

3. Internalizing Disorder

4. Externalizing Disorder

5. Attention Dificit/Hyperactivity Disorder

6. Conduct Disorder

تجدید نظر شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) آمده است. این اختلالات خطر نتایج ضعیف در زندگی آتی کودک را افزایش می‌دهند (کازدین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵ به نقل از کازدین و دیگران، ۲۰۰۵).

میزان شیوع اختلال‌های دوران کودکی بر طبق نظر فلوری<sup>۳</sup> و دیگران در حدود ۶ تا ۲۵ درصد برآورد شده است (ویستر - استراتون<sup>۴</sup>، رید<sup>۵</sup> و هاموند<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱ به نقل از گاسپر، پیوا، ۲۰۰۴). البته باید توجه کرد که این بررسی‌ها عمدتاً بر کودکانی متمرکز بوده‌اند که از اختلال‌های برونی سازی شده که تاثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارند، رنج می‌برده‌اند (ماش<sup>۷</sup> و بارکلی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲).

از میان اختلالات برون سازی شده اختلالات رفتار ایدایی<sup>۹</sup> (DBD) بزرگترین گروه اختلالات ارجاع داده شده به کلینیک‌های سلامت روانی کودکان را تشکیل می‌دهند (اسکومن<sup>۱۰</sup> و تاینان<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۹؛ لمپرت<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۷؛ رید<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۳ به نقل از کاستین<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۴). این کودکان نسبت به سایر اختلالات ارجاع داده شده به کلینیک، آسیب‌های شدیدتر و مزمن‌تری را تجربه می‌کنند (لمبرت<sup>۱۵</sup>، والر<sup>۱۶</sup>، اندید<sup>۱۷</sup> و بیکمن<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۱ به نقل از وربا<sup>۱۹</sup> و دیگران، ۲۰۰۶). میزان شیوع این اختلالات در جمعیت‌های ارجاع داده شده به کلینیک بالغ بر ۵۰ درصد موارد گزارش شده است (کازدین و سیگل<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۰). همچنین می‌توان اشاره کرد که از

- 
1. Oppositional Defiant Disorder
  2. Kazdin, A. E.
  3. Flouri, E.
  4. Webster-stratton, C.
  5. Reid, M.
  6. Hammond, M.
  7. Mash, E. J.
  8. Barkley, R. A.
  9. Disruptive Behavior Disorder
  10. Schuman, W.
  11. Tynan, W. D.
  12. lampert, N.
  13. Reid, M.
  14. Costin, J.
  15. Lambert, E. W.
  16. Whaler, R. G.
  17. Andeade, A. R.
  18. Bickman, L.
  19. Werba, B. E.
  20. Siegle, T. C.



میان اختلالات رفتار ایدایی (DBD) اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) یکی از رایج‌ترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان است (استینر<sup>۱</sup> و دیگران، ۲۰۰۷). میزان شیوع این اختلال (ODD) بسته به نوع ارزیابی و ملاک‌های تشخیصی‌ای که به کار گرفته می‌شود در دامنه‌ای از ۲ تا ۱۶ درصد در کودکان پیش-دبستانی یا اوایل سن مدرسه در مرحله قبل از نوجوانی گزارش شده است (کاپلان<sup>۲</sup> و سادوک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ لوبر<sup>۴</sup> و دیگران، ۲۰۰۰).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) اختلال نسبتاً جدیدی، در کودکانی است که ملاک‌های کامل اختلال سلوک (CD) را ندارند (مورفی<sup>۵</sup> و دیگران، ۲۰۰۱). این اختلال اولین بار در سال ۱۹۶۶ به عنوان یک اختلال رفتاری پیشنهاد شد که کودکان مبتلا به آن علاوه بر مشکلات اساسی‌ای همچون الگوی پایدار رفتار منفی کارانه<sup>۶</sup>، خصومت‌آمیز و گستاخانه، مشکلات چشمگیری در زمینه‌های تحصیلی، شغلی و اجتماعی نشان می‌دهند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

تحقیقات نشان می‌دهد که این اختلال معمولاً تا ۶ سالگی ظاهر می‌شود (فریک<sup>۷</sup> و دیگران، ۱۹۹۳) و میزان شیوع آن قبل از بلوغ در پسران نسبت به دختران بیشتر است ولی پس از بلوغ در هر دو جنس برابر می‌شود (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰؛ ولر<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ کار<sup>۹</sup>، ۱۹۹۹).

افراد مبتلا به این اختلال با خطر ابتلا به اختلالات دیگری نظیر اختلالات سلوک، بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلالات یادگیری، اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، مصرف مواد و الکلیسم (انگلد<sup>۱۰</sup>، کاستلو<sup>۱۱</sup>

- 
1. Steiner, H.
  2. Kaplan, H. I.
  3. Sadock, B. J.
  4. Loeber, R.
  5. Murphy, M. J.
  6. Negativism
  7. Frick, P. J.
  8. Veller, E.
  9. Carr, A.
  10. Angold, A.
  11. Costello, E.

و ارکانلی<sup>۱</sup>؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ بلوم کویست<sup>۲</sup>، ۱۳۸۳؛ بارا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ مارمورستین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ میلین<sup>۵</sup> و همکاران، (۲۰۰۱)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلالات خلقی و رفتارهای بزهکارانه در دوران بلوغ و بزرگسالی روبرو هستند (لوبر و همکاران، ۲۰۰۰؛ ریچارد<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ بلوم کویست، ۱۳۸۳). تحقیقات نشان می‌دهند که روابط خانوادگی به طور کلی و روابط بین والدین و فرزندان به طور خاص، تأثیری نافذ بر سلامتی روانی - فیزیکی - اجتماعی و اقتصادی کودک دارد (چمبلین<sup>۷</sup> و پاترسون<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵؛ پاترسون، ۱۹۸۲؛ ساندرز<sup>۹</sup> و دانکن<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۵ به نقل از کازدین و وایتلی، ۲۰۰۳). عوامل خطر ساز خانوادگی نظیر فقدان روابط گرم با والدین، دلبستگی ناایمن، قوانین انضباطی سخت و ناپایدار، نظارت ناکافی، درگیر شدن با کودکان، تعارضات و اختلافات زناشویی و آسیب‌های روانشناختی والدین (خصوصاً افسردگی مادر) احتمال بروز اختلالات رفتاری و هیجانی مثل سوء مصرف مواد، رفتار ضد اجتماعی و فعالیت‌های بزهکارانه را در کودکان افزایش می‌دهد (کویی<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۶؛ لوبر و فارینگتون<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۸؛ فارینگتون، ۲۰۰۳).

بنا بر تحقیقات انجام شده نیرومندترین عامل خطر در رشد مشکلات هیجانی و رفتاری کیفیت فرزندپروری ای است که یک کودک دریافت می‌کند (ساندرز و مراوسکا<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۵).

1. Erkanli, A.
2. Bloomquist, M. L.
3. Barbara, M.
4. Marmorstin, N. R.
5. Milne, J. M.
6. Richard, R.
7. Chambelain, P.
8. Patterson, G. R.
9. Sanders, M. R.
10. Duncan, S. W.
11. Coie, J. D.
12. Forryington, D. P.
13. Morawska, A.

در مورد اختلال سلوک (CD) و اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) نقش والدین در بروز این اختلالات بیشتر است، زیرا روابط قهرآمیز والدین و کودک یا تربیت نادرست والدین باعث وخیم‌تر شدن اختلالات رفتاری مخرب در کودک می‌شود (بلوم کویست، ۱۳۸۳).

به دلیل مشکلات فزاینده‌ای که اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) در زندگی کودک و اطرافیان او ایجاد می‌کند، توجه بسیاری از پژوهشگران به روش‌های درمانگری این اختلال جلب شده است. به طور کلی دو نوع از درمان‌هایی که با توجه به شواهد و مدارک موجود برای کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) مناسب شناخته شده‌اند عبارتند از: ۱- رویکردهای فردی شامل آموزش مهارت‌های حل مساله و ۲- مداخلات خانوادگی شامل آموزش مدیریت والدین<sup>۱</sup> (PMT) (استینر و رمسینگ، ۲۰۰۷).

آموزش مدیریت والدین (PMT) به عنوان نوید بخش‌ترین رویکرد برای درمان اختلالات ایذایی مورد توجه قرار گرفته است. کازدین و ویز<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) آموزش مدیریت والدین (PMT) را به عنوان یک رویکرد درمانی امیدبخش برای به‌وجود آوردن تغییرات در کودکان سنین پیش نوجوانی مبتلا به ODD/CD معرفی کرده‌اند. PMT به خوبی مطالعه شده است و بسیاری از گزارشات پژوهشی به این نتیجه دست یافته‌اند که PMT یک درمان موثر است (چمبلس<sup>۳</sup> و هالن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵ به نقل از کاستین و دیگران، ۲۰۰۴). یکی از انواع برنامه‌های آموزش مدیریت والدین برنامه فرزندپروری مثبت<sup>۵</sup> (Triple P) است، که برنامه‌ای چندسطحی با جهت‌گیری پیشگیرانه و راهبرد حمایتی خانواده است. این برنامه توسط ساندرز و همکاران در دانشگاه کوئینزلند<sup>۶</sup> در بریسبان<sup>۷</sup> استرالیا ایجاد شده است (ساندرز، ۱۹۹۹ به نقل از ساندرز، ۲۰۰۳).

<sup>1</sup>. Parent Management Training

<sup>2</sup>. Waisz, J. R.

<sup>3</sup>. Chambless, D. L.

<sup>4</sup>. Hollon, S. D.

<sup>5</sup>. Positive Parenting Program

<sup>6</sup>. Queensland

<sup>7</sup>. Brisbane

برنامه فرزندپروری مثبت (Triple P)، الگوی مداخله خانوادگی رفتاری<sup>۱</sup> مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی (یاترسون، ۱۹۸۲ به نقل از ساندرز، ۲۰۰۳) است. این رویکرد به درمان و پیشگیری اختلالات کودکی، قوی‌ترین حمایت تجربی را نسبت به سایر مداخلات در حوزه کودکان به ویژه مداخلات مرتبط با مشکلات سلوک داشته است (کازدین، ۱۹۸۷؛ ساندرز، ۱۹۹۶؛ تیلور<sup>۲</sup> و بیگلن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸؛ وبستر-استراتون و هاموند<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷ به نقل از ساندرز و همکاران، ۲۰۰۳).

هدف این برنامه افزایش عوامل حمایت خانوادگی و کاهش عوامل خطر ساز مرتبط با مسائل رفتاری و هیجانی شدید در کودکان و نوجوانان است. به طور خاص هدف برنامه: ۱- افزایش شناخت، مهارت‌ها، اطمینان و کارآمدی خود؛ ۲- ایجاد محیط پرورش دهنده ایمن، تشویق کننده، عاری از خشونت و با تعارض پایین برای کودکان و ۳- ارتقاء کارایی اجتماعی، هیجانی، زبانی، هوشی و رفتاری کودکان از طریق تمرین‌های فرزندپروری مثبت می‌باشد (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۳). این برنامه به طور خاص به والدین مهارت‌های مدیریت مثبت کودک را به عنوان یک جایگزینی برای روش‌های فرزندپروری ناکارآمد و ناموثر آموزش می‌دهد (ساندرز، ۲۰۰۳).

بنابراین بر اساس داده‌های پژوهشی میان روش‌های فرزندپروری و مشکلات رفتاری در کودکان ارتباط وجود دارد (گاسپر، پیوا، ۲۰۰۴). و آموزش روش‌های فرزندپروری مثبت و جایگزین کردن آنها به جای روش‌های ناکارآمد گذشته، می‌تواند به والدین کودکان دارای نشانه‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای این امکان را بدهد تا در جهت حذف عوامل خطر و افزایش عوامل حفاظتی در جهت پیشگیری و کاهش رفتارهای مشکل آفرین گام بردارند (گاسپر، پیوا، ۲۰۰۴). چنان‌که بر اساس نتایج پژوهش گاسپر و پیوا (۲۰۰۴) قوانین انضباطی مناسب و مثبت و سطوح بیشتر نظارت والدین بر کودکان از جمله عوامل

1. Behavioral Family Intervention

2. Taylor, T. K.

3. Biglan, A.

4. Hammond, M.