





دانشگاه علامه طباطبائی
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره گرایش خانواده

آموزش برنامه فرزندپروری مثبت به مادران بر کاهش علایم اختلال نافرمانی
مقابله ای فرزندان و بهبود تعامل والد - کودک

نگارش:

اکرم صالحی شیجانی

استاد راهنما:

دکتر کیومرث فرحبخش

استاد مشاور:

دکتر اسماعیل سعدی پور

استاد داور:

دکتر حمید علیزاده

تقدیم به تمام کسانی که بی وجودشان ادامه ی این راه میسر نبود

تقدیم به پاس زحمات بی دریغشان.....

با سپاس فراوان از زحمات استاد گرانقدرم جناب آقای دکتر فرحبخش که همواره در جریان نگارش پایان نامه مرا از راهنمایی های بی دریغشان بهره مند نمودند، و بی شک بدون مساعدت ایشان انجام این کار میسر نبود.

از استاد ارجمند جناب آقای دکتر سعدی پور که در کمال سعه صدر، با حسن خلق و فروتنی، از هیچ کمکی در این عرصه بر من دریغ ننمودند و زحمت مشاوره این پایان نامه را متحمل شدند، صمیمانه تشکر می کنم. همچنین از استاد فرزانه و دلسوز جناب آقای دکتر علیزاده که داوری پایان نامه را بر عهده داشتند و نکات ارزشمندی را به اینجانب متذکر شدند، تشکر و قدردانی می نمایم. بی شک صبر و حوصله ی ایشان و دقت نظری که صرف ارزشیابی پایان نامه نمودند ستودنیست.

چکیده

پژوهش حاضر جهت بررسی تاثیر برنامه فرزندپروری مثبت به مادران در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله ای فرزندان و بهبود تعامل والد- کودک انجام شده است. این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل، و جامعه مورد مطالعه آن مادران دانش آموزان پسر ۶ تا ۸ ساله شهر رشت مشغول به تحصیل در سال ۹۱-۹۲ بودند. نمونه گیری در دو مرحله انجام شده و مادران ۳۱ نفر از کودکانی که براساس فرم والدین پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) و پس از انجام مصاحبه ی ساخت یافته بر مبنای ملاکهای چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای تشخیص داده شده بودند، انتخاب شده و پس از تکمیل مقیاس رابطه والد- کودک (CPRS)، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (n=۱۶) و کنترل (n=۱۵) قرار گرفتند. سپس برنامه فرزندپروری مثبت به مدت ۲ ماه در ۸ جلسه ی آموزشی ۱۲۰ دقیقه ای برای آزمودنی های گروه آزمایش اجرا شد. لازم به ذکر است ۲ تن از مادران گروه آزمایش به دلیل نیمه تمام گذاشتن پژوهش، کنار گذاشته شدند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، پس از پایان جلسات آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، کاهش معناداری در نمرات علائم اختلال نافرمانی مقابله ای پیدا کرده است. نتایج همچنین حکایت از تاثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر بهبود تعامل والد- کودک در خرده مقیاس های تعارض و صمیمیت و رابطه کلی داشته است اما در خرده مقیاس وابستگی تاثیر معناداری بر جای نگذاشته است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که آموزش برنامه فرزندپروری مثبت به مادران بر کاهش علائم نافرمانی مقابله ای فرزندان و بهبود رابطه کلی والد کودک تاثیر دارد و به عنوان یک روش مداخله موثر قابل استفاده می باشد.

کلید واژه ها: برنامه فرزندپروری مثبت، اختلال نافرمانی مقابله ای، رابطه والد- کودک

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهش

مقدمه	۲
بیان مسئله	۷
اهمیت و ضرورت پژوهش	۱۱
اهداف پژوهش	۱۲
فرضیه های پژوهش	۱۲
تعریف نظری و عملیاتی متغیرهای پژوهش	۱۳

فصل دوم: ادبیات پژوهش

تاریخچه و تعریف اختلال نافرمانی مقابله ای	۱۷
خصوصیات بالینی اختلال نافرمانی مقابله ای	۱۸
تشخیص افتراقی اختلال نافرمانی مقابله ای	۲۰
سبب شناسی اختلال نافرمانی مقابله ای	۲۰
- عوامل بیولوژیکی و ژنتیکی	۲۱
- عوامل محیطی	۲۲
- عوامل خانوادگی	۲۲
رابطه والد- کودک در اختلال نافرمانی مقابله ای	۲۳
مداخلات درمانی برای اختلال نافرمانی مقابله ای	۲۵

۲۸ برنامه فرزندپروری مثبت

۳۱ اصول اساسی برنامه فرزندپروری مثبت

فصل سوم: روش تحقیق

۳۷ مقدمه

۳۷ جامعه آماری

۳۷ نمونه و روش نمونه گیری

۳۸ ابزار اندازه گیری

۳۸ - پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی

۳۹ - پرسشنامه علایم مرضی کودکان

۴۰ - مقیاس رابطه والد- کودک

۴۱ - مصاحبه ی ساخت یافته

۴۱ روش اجرای پژوهش

فصل چهارم: یافته های پژوهش

۴۴ مقدمه

۴۴ توصیف آماری نتایج

۴ بررسی فرضیات

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۵۷	.....	مقدمه
۵۷	.....	بحث و نتیجه گیری
۶۲	.....	محدودیت های پژوهش
۶۳	.....	پیشنهادهای پژوهش
۶۴	.....	منابع فارسی
۶۹	.....	منابع انگلیسی
۷۵	.....	پیوست

فهرست جداول

- جدول ۱-۲. ملاک های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اختلال نافرمانی مقابله ای ۱۹
- جدول ۲-۲. مهارت های اساسی برنامه فرزندپروری مثبت برای ارتقای رشد کودک ۳۲
- جدول ۳-۲. مهارت های اساسی برنامه فرزندپروری مثبت برای مدیریت مشکلات رفتاری کودک ۳۳
- جدول ۱-۴. توزیع سنی کودکان، توزیع سنی مادران و توزیع تحصیلات مادران ۴۴
- جدول ۲-۴. جدول مقایسه میانگین پیش آزمون مولفه‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل ۴۵
- جدول ۳-۴. جدول مقایسه میانگین پس آزمون مولفه‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل ۴۵
- جدول ۴-۴. آزمون برابری واریانس‌ها (متغیر وابسته : علایم نافرمانی مقابله‌ای) ۴۸
- جدول ۵-۴. تحلیل کوواریانس (متغیر وابسته : علایم نافرمانی مقابله‌ای) ۴۹
- جدول ۶-۴. میانگین‌های تعدیل شده (متغیر وابسته : علایم نافرمانی مقابله‌ای) ۴۹
- جدول ۷-۴. آزمون برابری واریانس‌ها (متغیر وابسته : تعامل والد- کودک) ۵۰
- جدول ۸-۴. تحلیل کوواریانس (متغیر وابسته : تعامل والد- کودک) ۵۰
- جدول ۹-۴. میانگین‌های تعدیل شده (متغیر وابسته : تعامل والد- کودک) ۵۱
- جدول ۱۰-۴. آزمون برابری واریانس‌ها (متغیر وابسته : تعامل والد- کودک در مولفه‌ی صمیمیت) ۵۱
- جدول ۱۱-۴. تحلیل کوواریانس (متغیر وابسته : تعامل والد- کودک در مولفه‌ی صمیمیت) ۵۲
- جدول ۱۲-۴. میانگین‌های تعدیل شده (متغیر وابسته : تعامل والد- کودک در مولفه‌ی صمیمیت) ۵۲
- جدول ۱۳-۴. آزمون برابری واریانس‌ها (متغیر وابسته : تعامل والد- کودک در مولفه‌ی تعارض) ۵۳
- جدول ۱۴-۴. تحلیل کوواریانس (متغیر وابسته : تعامل والد- کودک در مولفه‌ی تعارض) ۵۳

جدول ۴-۱۵. میانگین‌های تعدیل شده (متغیر وابسته : تعامل والد- کودک در مولفه‌ی تعارض) ۵۴

جدول ۴-۱۶. آزمون برابری واریانس‌ها (متغیر وابسته : تعامل والد- کودک در مولفه‌ی وابستگی) ۵۴

جدول ۴-۱۷. تحلیل کوواریانس (متغیر وابسته : تعامل والد- کودک در مولفه‌ی وابستگی) ۵۵

جدول ۴-۱۸. میانگین‌های تعدیل شده (متغیر وابسته : تعامل والد- کودک در مولفه‌ی وابستگی) ۵۵

فهرست نمودارها

- نمودار ۴-۱. مقایسه میانگین های پیش آزمون و پس آزمون اختلال نافرمانی مقابله ای در دو گروه آزمایش و کنترل ۴۶
- نمودار ۴-۲. نمودار ۴-۲. مقایسه میانگین های پیش آزمون و پس آزمون رابطه مثبت کلی والد- کودک در دو گروه آزمایش و کنترل ۴۶
- نمودار ۴-۳. مقایسه میانگین های پیش آزمون و پس آزمون رابطه والد- کودک (مولفه ی صمیمیت) در دو گروه آزمایش و کنترل ۴۷
- نمودار ۴-۴. مقایسه میانگین های پیش آزمون و پس آزمون رابطه والد- کودک (مولفه ی تعارض) در دو گروه آزمایش و کنترل ۴۷
- نمودار ۴-۵. مقایسه میانگین های پیش آزمون و پس آزمون رابطه والد- کودک (مولفه ی وابستگی) در دو گروه آزمایش و کنترل ۴۸

فصل اول:

کلیات پژوهش

مقدمه

همواره می‌بایست نسبت به این واقعیت واقف باشیم که تعداد قابل توجهی از افراد در جامعه حضور دارند که از اختلال روانی رنج می‌برند، و بسیاری از این افراد را کودکان تشکیل می‌دهند (لکروی^۱، ۲۰۱۱). امروزه بر اثر پیشرفت‌های گسترده‌ای که در روان‌شناسی مرضی رخ داده است، توجه زیادی به اختلالات دوران کودکی شده و مطالعات فراوانی در این زمینه صورت گرفته است. در بررسی‌های انجام گرفته، میزان شیوع اختلالات دوران کودکی بین ۶ تا ۱۹ درصد برآورد شده است (ماش^۲ و بارکلی^۳، ۲۰۰۳). یک نوع از اختلالات دوران کودکی را اختلالات رفتاری شکل می‌دهند. اختلالات رفتاری کودکان، اختلالات شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و با بسیاری از معضلات اجتماعی همراه هستند (یوسفی، ۱۳۷۷؛ نجفی و همکاران، ۱۳۸۸). به بیان دیگر این نوع اختلالات به نقص عملکرد کودک در مدرسه، تحصیل و خانواده منجر می‌شوند و در نهایت ممکن است به افت تحصیلی و اخراج از مدرسه و بروز رفتارهای بزهکارانه بینجامند و منشا پیامدهای ناگواری باشند (ایوانز^۴ و همکاران، ۲۰۰۵؛ پوراحمدی و جلالی، ۱۳۸۷). بررسی‌ها درخصوص اختلالات رفتاری، عمدتاً بر کودکانی متمرکز بوده، که از اختلالات برون‌سازی شده^۵ رنج می‌بردند، چرا که شیوع مشکلات رفتاری سازی شده بسیار بالاست (پترسون^۶ و همکاران، ۱۹۹۳؛ کانر^۷، ۲۰۰۰؛ ون لون^۸، گرینیک^۹ و انگلس^{۱۰}، ۲۰۱۱). در میان اختلالات برون‌سازی شده، اختلال نافرمانی مقابله‌ای قرار دارد.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)^{۱۱}، یکی از اختلالات شایع روانپزشکی در دوران کودکی به شمار می‌رود و با الگوی رفتاری تکراری منفی‌گرایی، خصومت و نافرمانی همراه است (انجمن روانپزشکی آمریکا^{۱۲}، ۱۹۹۴؛ برک^{۱۳}، لوئبر^{۱۴} و بیرماهر^{۱۵}، ۲۰۰۲؛ فونسکا^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۰). کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً با بزرگترها جرو بحث می‌کنند، از کوره در می‌روند، ناسزا می‌گویند و غالباً خشمگین و زود رنج

¹ -LeCroy

² -Mash

³ -Barkley

⁴ -Evans

⁵ -Externalizing disorders

⁶ -Patterson

⁷ -Connor

⁸ -Van Loon

⁹ -Granic

¹⁰ -Engles

¹¹ -Oppositional Defiant Disorder

¹² -American Psychiatric Association

¹³ -Burke

¹⁴ -Loeber

¹⁵ -Birmaher

¹⁶ -Fonseca

هستند (کاپلان^{۱۷} و سادوک^{۱۸}، ترجمه ی پورافکاری، ۱۳۸۳). لازم به ذکر است که بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای در معرض خطر ابتلا به اختلال سلوک قرار دارند (برک^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۰؛ بری^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۳). شیوع این اختلال در پژوهش ها، بین ۱۶ تا ۲۰ درصد برآورد شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ترجمه ی نیکخو و همکاران، ۱۳۸۱). در مطالعات بالینی تقریباً یک سوم (ری^{۲۱}، ۱۹۹۳؛ اسماعیل پور، ۱۳۸۶) تا یک دوم کودکان ارجاعی به کلینیک های روانی را (کازدین^{۲۲}، ۱۹۹۵؛ اسماعیل پور، ۱۳۸۶)، کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای تشکیل می دهند. این اختلال معمولاً قبل از دبستان و یا در سال های اولیه ی دبستان (فرامرزی، عابدی، قنبری، ۱۳۹۱) و معمولاً تا قبل از ۸ سالگی آغاز می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ استینر^{۲۳} و رمسینگ^{۲۴}، ۲۰۰۷؛ به نقل از ا داناهاو^{۲۵} و دراپر^{۲۶}، ۲۰۱۱). خوشبختانه به دلیل اینکه کودکان مبتلا به این اختلال در سنین پایینی قرار دارند معمولاً کمتر از نشانه های شدید برخوردارند و بسیار سریع تر نیز به درمان پاسخ می دهند (لوین^{۲۷} و همکاران، ۲۰۱۰). با این همه، اختلال نافرمانی مقابله ای منجر به آسیب جدی در مهارت های اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی فرد می شود (اسپنسر^{۲۸} و همکاران، ۲۰۰۶).

درمورد دلایل بروز این اختلال، اختلاف نظر وجود دارد اما پژوهش ها حاکی از آن است که بیشترین عامل تاثیرگذار بر بروز اختلال نافرمانی مقابله ای، رفتار والدین با کودک است (بارکلی، ۱۹۹۷؛ جهان بخش و همکاران، ۱۳۹۰). به عبارت دیگر اگرچه عوامل زیادی در شکل گیری آسیب پذیری نقش دارند، اما کیفیت رابطه والدین با کودک، به کرات در تحقیقات مختلف به عنوان عامل کلیدی در شکل گیری مشکلات رفتاری کودکان مورد تاکید قرار گرفته است (اسروف^{۲۹}، ۱۹۹۷؛ بلسکی^{۳۰}، ۱۹۸۴؛ ویگینز^{۳۱}، سافرونوف^{۳۲}، سندرز، ۲۰۰۹). این عامل بیشتر به شکل تعامل منفی والد- کودک و ناتوانی والدین در مدیریت رفتار کودک نمود پیدا می کند (برت^{۳۳} و همکاران، ۲۰۰۳). پترسون معتقد است که اختلالات برون سازی شده، نتیجه

17 -Kaplan
 18 -Sadock
 19 -Burk
 20 - Barry
 21 -Rey
 22 -Kazdin
 23 Steiner
 24 -Remsing
 25 -O'Donohue
 26 -Draper
 27 -Lavigne
 28 -Spencer
 29 -Sroufe
 30 -Belsky
 31 -Wiggin
 32 -Sofronoff
 33 -Burt

شکست در اعمال قوانین والدینی هستند که معمولاً دارای سه ویژگی است: قوانین بی ثبات، نظارت کم، و مهارت های ضعیف حل مسئله. این نوع سبک فرزندپروری، کودکان را به سمت نافرمانی سوق می دهد (بردلی^{۳۴}، ۲۰۰۲؛ جلالی و همکاران، ۱۳۸۸ الف). همچنین مطالعات نشان داده اند در خانواده هایی که کودکان دارای مشکلات رفتاری هستند، منفی گرایی مادرانه بیش از حد، و سردی در روابط والد- کودک مشخص است (کمپبل^{۳۵}، ۱۹۹۴).

همانگونه که پیش تر بدان اشاره شد، این اختلال در تعاملات خانوادگی فرد اختلال ایجاد می کند و متقابلاً از آن تاثیر نیز می پذیرد (لیبل^{۳۶} و تامپسون^{۳۷}، ۲۰۰۷؛ پتیت^{۳۸} و آرسیوالا^{۳۹}، ۲۰۰۸؛ کر^{۴۰} و استتن^{۴۱}، ۲۰۱۰؛ تولان^{۴۲} و لونتال^{۴۳}، ۲۰۱۳). به عبارت دیگر یکی از عوامل خطر ساز برای شکل گیری و تداوم رفتارهای برون سازی شده نظیر نافرمانی مقابله ای، چرخه ی تعاملات والدین- کودک است که شکل اجباری دارد (گرنیک^{۴۴} و پترسون^{۴۵}، ۲۰۰۶؛ مک کی^{۴۶} و همکاران، ۲۰۰۸). سبک تعامل اجباری^{۴۷} بر اساس روابط با فاصله، سطوح پایین صمیمیت و نزدیکی، و سطوح بالای مهارگری و استفاده از شیوه های تنبیهی مختلف مشخص می شود. در واکنش به این شیوه والدگری، فرزندان نیز به رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله جویانه روی می آورند و بدین ترتیب چرخه ی معیوبی از تعاملات منفی گسترش می یابد. این شیوه به تقویت منفی رفتارهای کودک منجر می شود. تعاملات اجباری والدین- کودک در مطالعات طولی متعددی در خصوص سالهای پیش از دبستان و سالهای ابتدایی دبستان به ثبت رسیده است (مک ماهون^{۴۸} و فورهند^{۴۹}، ۲۰۰۳؛ مک کی و همکاران، ۲۰۰۸).

به دلیل مشکلات عدیده ای که این اختلال برای فرد و سایرین ایجاد می کند، توجه به درمانگری این اختلال بیش از پیش احساس می شود. از سوی دیگر، شناسایی زودهنگام و درمان اختلالات برون سازی

³⁴ -Bradly

³⁵ -Campbell

³⁶ -Laible

³⁷ -Thompson

³⁸ -Pettit

³⁹ -Arsiwalla

⁴⁰ -Kerr

⁴¹ -Stattin

⁴² -Tolan

⁴³ -Leventhal

⁴⁴ -Granic

⁴⁵ -Patterson

⁴⁶ -McKee

⁴⁷ -Coercive interaction style

⁴⁸ -McMahon

⁴⁹ -Forehand

شده می تواند سبب کاهش مشکلات آتی، کاهش هزینه های عمومی، و کاهش آسیب به فرد و خانواده ی وی شود (برکوت^{۵۰} و گروس^{۵۱}، ۲۰۱۳).

مهمترین نوع درمان برای این اختلال با توجه به پژوهش های انجام گرفته، مداخلات خانواده محور^{۵۲} است. با توجه به تاثیر غیر قابل انکار عوامل خطر ساز خانوادگی مثل فرزند پروری ضعیف و عدم استفاده از تکنیک های والدگری مثبت (فریر^{۵۳} و اولندیک^{۵۴}، ۲۰۱۳)، ارتباط ضعیف والد-کودک، تعارضات خانوادگی، و جدایی زناشویی در رشد و حفظ مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان، لذا روش مداخله اولیه که شیوه فرزند پروری را مورد هدف قرار می دهد، از زمره ی روش های بسیار موثر پیشگیری از اختلالات مزمن رفتاری به شمار می رود (جلالی و همکاران، ۸۶)، و از آن بین آموزش والدین^{۵۵}، مداخله ی روانی اجتماعی است که بیشترین حمایت تجربی را در درمان اختلال نافرمانی مقابله ای به خود اختصاص داده است (برستن^{۵۶} و آیرگ^{۵۷}، ۱۹۹۸؛ لابی^{۵۸}، ۲۰۰۶)، و خصوصا در مورد کودکان بیشترین تاثیر را بر جای می گذارد (لابی، ۲۰۰۶). مراد از آموزش والدین، مداخلات آموزشی است که هدف آن کمک به والدین جهت مقابله بهتر با مشکلاتی است که در رابطه با کودکشان دارند و برای اصلاح الگوی تعاملی میان والدین و کودک طرح ریزی شده است. برنامه های آموزش والدین بر افزایش مهارتهای والدین از طریق استفاده موثر از اصول یادگیری اجتماعی مانند تقویت، تشویق و تنبیه مبتنی هستند. در این برنامه ها به والدین آموزش داده می شود که رفتارهای مطلوب کودکان را تقویت نموده و رفتارهای نامطلوب وی را خاموش نمایند (کازدین، ۱۹۸۸؛ طهماسیان و همکاران، ۱۳۷۶).

با این حال، این روش درمانی نیز انواع مختلفی دارد و محققان هنوز نتوانسته اند روش واحدی را به مثابه ی تنها مدل یا بهترین مدل معرفی کنند (بنجامین^{۵۹}، ۲۰۰۴؛ اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۸۹). اسمیت^{۶۰} (۱۹۹۶) انواع آموزش های والدین را در دو طبقه کلی قرار می دهد که عبارتند از رفتاری^{۶۱} و ارتباطی^{۶۲}. طبقه رفتاری، مداخلاتی با رویکرد رفتاری و یادگیری اجتماعی را در بر می گیرد؛ از سوی دیگر، طبقه ی

⁵⁰ -Berkout
⁵¹ -Gross
⁵² -Family focused
⁵³ -Fraire
⁵⁴ -Ollendick
⁵⁵ -Parent training
⁵⁶ -Bresten
⁵⁷ -Eyberg
⁵⁸ -Luby
⁵⁹ -Benjamin
⁶⁰ -Smith
⁶¹ -Behavioral
⁶² -Relationship

ارتباطی در برگیرنده مداخلات با سه رویکرد آدلری^{۶۳}، انسان گرایانه^{۶۴} و روان پویایی^{۶۵} است (ریچاردسون^{۶۶} و جاگین^{۶۷}، ۲۰۰۲؛ اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۸۹)

یکی از انواع آموزش های والدین در طبقه رفتاری، برنامه فرزند پروری مثبت^{۶۸} است که توسط سندرز^{۶۹} و همکارانش ابداع شده و براساس اصول یادگیری اجتماعی شکل گرفته و متشکل از ۵ سطح است (بریتکروز^{۷۰} و همکاران، ۲۰۱۱). این الگو با تکیه بر ارتقای سطح دانش، مهارت ها و اعتماد به نفس والدین، تلاش می کند تا از مشکلات رفتاری، هیجانی و رشدی جلوگیری نماید (سندرز، ۱۹۹۹). این برنامه به طور خاص و از طریق آموزش والدین، مهارتهای مدیریت مثبت کودک را به عنوان جایگزینی برای روش های ناکارآمد فرزندپروری مطرح می سازد (سندرز، ۲۰۰۳) و به علاوه بر شکل دهی یک رابطه مطلوب بین والدین و فرزندان تاکید می کند (ویگینز، سافرونوف، سندرز، ۲۰۰۹). به طور کلی، این برنامه در جهت فهم بهتر نشانه های اختلال و یادگیری روش های رفتار با کودک، اصولی را به والدین آموزش می دهد (کاستین^{۷۱} و همکاران، ۲۰۰۴؛ خیریه و همکاران، ۱۳۸۸).

همانگونه که پیش تر نیز اشاره شد، والدین کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری برون سازی شده از جمله نافرمانی مقابله ای، دارای ویژگیهایی چون وضع قوانین بی ثبات، نظارت کم و مهارت های ضعیف حل مسئله هستند (جلالی و همکاران، ۱۳۸۷) و همچنین تعاملات سردی با کودک دارند (سوروف، ۱۹۹۷؛ بلسکی، ۱۹۸۴؛ ویگینز، سافرونوف، سندرز، ۲۰۰۹)، و از آنجایی که در اصول اساسی این برنامه به وضع قوانین انضباطی قاطعانه و سیستم های نظارتی تاکید ویژه ای می شود و همچنین به بهبود تعامل والد-کودک از طریق اقداماتی چون صحبت کردن با وی و عاطفه به خرج دادن در قبال او اهمیت داده می شود، بنابراین می توان به کارآیی این برنامه در کاهش علایم این کودکان و بهبود ارتباط بین آنها و والدینشان امید بست.

اثربخشی برنامه فرزند پروری مثبت در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است و این برنامه به خصوص در رابطه با مشکلات سلوک، از حمایت تجربی بسیار بالایی برخوردار است (سندرز و همکاران، ۲۰۰۰). داده ها همچنین حکایت از اثربخش بودن این برنامه در بهبود تعامل والد-کودک (مولفه ی هیجانی) و کاهش

⁶³ -Adlerian

⁶⁴ -Humanistic

⁶⁵ -psychodynamic

⁶⁶ -Richardson

⁶⁷ -Joughin

⁶⁸ -Positive Parenting Program (Triple P)

⁶⁹ -Sanders

⁷⁰ -Breitkreuz

⁷¹ -Costin

مشکلات رفتاری کودک به صورت توامان دارند (ویگینز، سافرونوف، ساندرز، ۲۰۰۹). با توجه به این مسئله که قومیت و فرهنگ می تواند به عنوان عوامل مداخله کننده عمل کرده و بر میزان اثربخشی درمان موثر باشند، این مداخله در نظر دارد تا اثربخش بودن این برنامه را - در کاهش اختلال نافرمانی مقابله ای فرزندان و همچنین بهبود تعامل والد- کودک در بافت فرهنگی کشورمان مورد بررسی قرار دهد. به عبارت دیگر سوال این مطالعه عبارت است از اینکه آیا آموزش گروهی مادران - بر مبنای برنامه فرزندپروری مثبت- بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله ای فرزندان و همچنین بهبود تعامل والد- کودک اثرگذار است؟

بیان مسئله

در مسیر فرزندپروری مهمترین و اساسی ترین وظیفه والدین که بسیار دشوار نیز به نظر می رسد، تربیت کودکانی سالم است که از ثبات عاطفی برخوردار باشند و منابع، تدابیر و مهارت های لازم را برای ورود به دنیای بزرگسالان کسب کرده باشند. به عبارت دیگر این وظیفه خطیر، تربیت افرادی سازگار و رها از هر مشکل عاطفی و رفتاری است (ساندرز، مارکی ددز^{۷۲}، ترنر^{۷۳}؛ ترجمه ی تهرانی دوست و شوستری، ۱۳۸۵).

حال در این راه، یکی از چالش های بزرگ برای والدین، برخورد با کودکی است که از برنامه ها تخطی می کند. کودکی که مقابله جو است اساسا تلاش می کند تا تحت کنترل دنیای خودش باشد، حتی اگر این مسئله به منزله ی بی توجهی به نیازها و خواسته های دیگران باشد. او ممکن است نسبت به انجام آنچه که دیگران از او می خواهند امتناع ورزد و یا انتخابی عمل کند. کودک مقابله جو اغلب اصرار دارد تا دیگران، مطابق میل وی عمل نمایند. این کودکان غالبا مسئولیت کارهایشان را برعهده نمی گیرند و دیگران را دائما سرزنش می کنند. آنها به شدت واکنش پذیر بوده و چنانچه اوضاع مطابق با میل آنها پیش نرود ناراحت و عصبانی می شوند (دگانگی^{۷۴} و کندال^{۷۵}، ۲۰۰۸).

البته می بایست به این مسئله توجه کرد که همه ی کودکان در زمان هایی نافرمانی می کنند، به خصوص زمانی که خسته، گرسنه، مضطرب و یا ناراحت هستند. آنها ممکن است در مقابل والدین، معلمان، و سایر بزرگسالان، مشاجره، نافرمانی و یا سرپیچی نمایند. نافرمانی برای کودکان دو تا سه ساله و آنهایی که در اوایل نوجوانی قرار دارند، جزء طبیعی از فرآیند رشد محسوب می شود. با این حال، رفتار خصمانه و نافرمانی مادامی که تداوم یابد و نامتناسب با مراحل رشدی فرد و متمایز از همسالان دیگر باشد، مشکل ساز بوده و

⁷² -Markie- Dadds

⁷³ -Turner

⁷⁴ -Degangi

⁷⁵ -Kendall

زندگی خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی فرد را تحت الشعاع قرار می دهد (آکادمی روانپزشکی کودک و نوجوان آمریکا^{۷۶}، ۲۰۱۱).

به طور کلی، اصطلاح "مقابله جویی" به اقداماتی اطلاق می شود که در مخالفت با قواعد و هنجارهای مورد پسند اجتماع صورت پذیرد. کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای، الگوی مداوم تحریک پذیری، عصبانیت، مشاجره و نافرمانی را از خود به نمایش می گذارند. هرچند این نوع رفتارها معمولاً در برابر مراجع قدرت از جمله والدین و معلمان اتفاق می افتد، اما می تواند به سمت همکلاسی ها و سایر کودکان نیز نشانه رود (دماسو^{۷۷}، ۲۰۱۲).

در یک بررسی جامع که توسط بویلان^{۷۸} و همکارانش (۲۰۰۷) صورت گرفت، شیوع اختلال نافرمانی مقابله ای در نمونه های جامعه بین ۲/۶ تا ۱۵/۶ درصد، و در نمونه های بالینی بین ۲۸ تا ۶۵ درصد برآورد شد (به نقل از لوابر، برک و پارذینی^{۷۹}، ترجمه رضا بیگی داورانی، ۱۳۹۲). تفاوت های جنسیتی در میزان ابتلا افراد به این اختلال دخالت دارند و کودکان پسر از احتمال بیشتری برای ابتلا به این اختلال برخوردارند (انگولد^{۸۰} و همکاران، ۲۰۰۲؛ کاستلو^{۸۱}، ماستیلو^{۸۲}، ارکانلی^{۸۳}، کیلر^{۸۴} و انگولد، ۲۰۰۳؛ هفلینگر^{۸۵} و هامفری^{۸۶}، ۲۰۰۸). کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای در معرض بیشتر خطر ابتلا به اختلال سلوک و رفتارهای ضد اجتماعی در دوران بزرگسالی نیز قرار دارند. (همیلتون^{۸۷} و آرماندو^{۸۸}، ۲۰۰۸).

همانگونه که از تعاریف این اختلال قابل برداشت است، کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای روابط تیره و تاری با والدین خود دارند (همیلتون و آرماندو، ۲۰۰۸). این روابط ناکارآمد را می توان در ابعادی از جمله تعارض، صمیمیت و وابستگی مورد بررسی قرار داد. تحقیقات نشان می دهند که در روابط کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری (از جمله نافرمانی مقابله ای) و والدینشان، تعارضات چشمگیری وجود دارد (برت، کروئگر، مک گو و لکانو، ۲۰۰۳؛ مارمورستین^{۸۹} و لکانو، ۲۰۰۴؛ اسکلمور^{۹۰}، ایس^{۹۱} و گاربر^{۹۲}، ۲۰۱۰).

⁷⁶ -The American Academy of Child And Adolescent Psychiatry

⁷⁷ -DeMaso

⁷⁸ -Boylan

⁷⁹ -Pardini

⁸⁰ -Angold

⁸¹ -Costello

⁸² -Mustillo

⁸³ -Erkanli

⁸⁴ -Keeler

⁸⁵ -Heflinger

⁸⁶ -Humphreys

⁸⁷ -Hamilton

⁸⁸ -Armando

⁸⁹ -Marmorestein

⁹⁰ -Schlomer

⁹¹ -Ellis

همچنین صمیمیت کمتری در روابط آنها با والدینشان قابل رویت است (دلایل^{۹۳}، ۲۰۱۰)، و نهایتاً، کودکانی که اختلال نافرمانی مقابله ای یا اختلال سلوک برایشان تشخیص داده شده است، غالباً دچار مشکلات دلبستگی هستند (جهان بخش و همکاران، ۱۳۹۰). پژوهش جهان بخش نشان داد که همبستگی مثبت و معناداری بین مشکلات دلبستگی و اختلالات رفتاری وجود دارد (جهان بخش، ۱۳۸۹؛ جهان بخش و همکاران، ۱۳۹۰). گاهی دلبستگی نایمن در کودک موجب وابستگی بیش از حد به مادر و بروز اضطراب شدید درمورد از دست دادن آنها می شود. همچنین زمانی که کودک نتواند به اطرافیانش اعتماد کند، در مقابل آنان در لاک دفاعی فرو می رود و این امر منجر به بروز رفتارهای مقابله ای می شود (ایزبلا^{۹۴} و بلسکی، ۱۹۹۱؛ ایزبلا، ۱۹۹۳؛ جهان بخش و همکاران، ۱۳۹۰).

گستره ادبیات پژوهشی مربوط به عوامل خطر ساز مشکلات رفتاری در کودکان از جمله اختلال نافرمانی مقابله ای، عمدتاً روی همبسته های خانواده به عنوان عوامل پیش بینی کننده ی مشکلات رفتاری تمرکز نموده است. این تحقیقات نشان می دهند که فرزندپروری یکی از مهم ترین عوامل در تحول این مشکلات است (فریک^{۹۵}، ۱۹۹۴؛ موسوی، نادعلی و قنبری، ۱۳۸۷). رابطه بین سبک های فرزندپروری و رفتارهای والدینی با مشکلات رفتاری کودکان در پژوهش های مختلفی به اثبات رسیده است. به عنوان مثال اسمارت^{۹۶} در سال ۲۰۰۱ در پژوهشی دریافته است که چگونگی تعامل والد- کودک اغلب به عنوان پیش بینی کننده ای برای مشکلات رفتاری کودکان می تواند مورد استفاده قرار گیرد (به نقل از موسوی، نادعلی و قنبری، ۱۳۸۷). به طور کلی، تحقیقات متعددی با طرح های طولی، نشان داده اند که کارکرد خانوادگی نقش بسزایی در ابتلای کودکان به اختلالات رفتاری دارد (برک، لوئبر و بیرماهر، ۲۰۰۲؛ هاروی^{۹۷} و همکاران، ۲۰۱۱).

روابط خانوادگی، شیوه های فرزندپروری به خصوص تعاملات اجباری والد- کودک، خصومت و منفی گرایی مادرانه، نظم و انضباط خشن و ناسازگار، و پاسخگویی مادرانه از جمله مواردی هستند که بر اساس تحقیقات متعدد، نقش حیاتی را در مشکلات برون سازی شده کودکان از جمله اختلال نافرمانی مقابله ای بازی می کنند (پترسون^{۹۸}، ۱۹۸۳؛ پترسون، رید^{۹۹} و دیشیون، ۱۹۹۲؛ شاول^{۱۰۰} و وینسلو^{۱۰۱}،

⁹² -Garber

⁹³ -Delisle

⁹⁴ -Isebella

⁹⁵ -Frick

⁹⁶ -Smart

⁹⁷ -Harvey

⁹⁸ -Dishion

⁹⁹ -Reid

¹⁰⁰ -Shaw

¹⁰¹ -Winslow