فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۲، شماره ۱۶ ، بهار سال ۱۴۰۱

اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش رو در روی بر سبک‌های فرزندپروری به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بی اعتنایی مقابله‌ای در شهر اصفهان

فرشته کورنگ بهشتی[۱]

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف، بررسی اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری مبتنی بر آموزش رو در روی بر سبک‌های فرزندپروری به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بی اعتنایی مقابله‌ای در شهر اصفهان بود

روش : در این مطالعه‌ی کارآزمایی 50 نفر از مادران دارای کودکان ۱۰-۳ ساله‌ی مبتلا به اختلال بی اعتنایی مقابله‌ای در اصفهان در سال ۱۳۹۷ وارد مطالعه و به طور تصادفی ساده به دو گروه تقسیم شدند. به گروه اول آموزش رو در رو ارایه شد. گروه دوم، گروه شاهد (در نوبت درمان) بودند. ارزیابی با آزمون کانرز و ارزیابی فرزندپروری بامریند، قبل و بعد از زمان مداخله سنجیده شد. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS و تجزیه و تحلیل آزمون‌های آنووا، کروسکال- والیس، آزمون تی زوجی و من ویتنی تحلیل شدند.

یافته‌ها: آموزش رو در روی بر بهبود مشکلات سلوک (P=0/03)، یادگیری (P=0/04)، بیش فعالی (P=0/007)، رفتار تکانه‌ای (P=0/008) و اضطراب (P=0/02) کودکان موثر بود، ولی در مشکلات جسمی- روانی (P=0/7) تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: آموزش والدین کودکان دچار مشکلات سلوک، یادگیری، بیش‌فعالی، رفتار تکانه‌ای و اضطراب با شیوه‌ی آموزش رو در روی والدین در بهبود مشکلات کودکان موثر بود.

واژه‌های کلیدی: آموزش، اختلال بی اعتنایی مقابله‌ای، فرزندپروری

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی گرایش خانواده،دانشکده روانشناسی،مشاوره ومددکاری اجتماعی،دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، ایران (fereshtebeheshti1980@gmail.com)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

مقدمه

یکی از مهمترین اختلال‌های رفتاری در کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. اختلالی کمتر شناخته شده که جزء اختلال‌های برون نمود محسوب می‌شود. اختلال نافرمانی مقابله‌ای هنگامی تشخیص داده می‌شود که ملاک‌های مربوط به اختلال سلوک در مورد آن مصداق نداشته باشد. شدت و مدت اختلال سلوک بیشتر از اختلال نافرمانی مقابله‌ای است (هینشاو و لی، ۲۰۰۳). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای جزء اختلال‌های طبقه اختلال سلوک، کنترل تکانه و اغتشاشگر طبقه‌بندی شده است. بر اساس ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مهمترین مشخصه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود دو دسته نشانه‌های هیجانی و رفتاری از قبیلک الگوهایی از رفتارهای خصمانه، نافرمانی، منفی گرایی و عدم اطاعت پذیری، خلق و خوی عصبی، مشاجره با بزرگسالان، رفتارهای انحرافی و رد درخواست‌ها و قواعد بزرگسالان و والدین، انجام کارهایی بدون تفکر که موجب رنجش دیگران می‌شود، سرزنش دیگران به دلیل اشتباه‌ها یا رفتارهای نابجای خود، زودرنج و حساس بودن، پرخاشگر و کینه توز و مغرضانه رفتار کردن است که دست کم چهار مورد از نشانه‌ها به مدت شش ماه تداوم داشته باشد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). شایع‌ترین اختلال‌های همبود با نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب شامل اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی، اختلال یادگیری و اختلال‌های ارتباطی است. اگرچه شیوع اختلال سلوک در پسران سه تا چهار برابر بیشتر از دختران است اما اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پسران خیلی بیشتر از دختران نیست و گاهی پژوهش‌ها تفاوت جنسیتی چندانی نشان نداده‌اند (کرینگ، جانسون، دیویسون و نیل، ۲۰۱۴) بر اساس برآوردهایی که درباره‌ی شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای صورت گرفته، این اختلال در دامنه‌ی شیوع ۱ تا ۱۱ درصد با میانگین ۳/۳ درصد تخمین زده می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). نجفی، فولادچنگ، علیزاده و محمدی‌فر (۱۳۸۸)، میزان شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر شیراز را ۳/۶ درصد گزارش کرده‌اند.

عمده پژوهش‌هایی که درباره اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شده بر نقش خانواده تاکید دارند. برای مثال، سه ویژگی والدین احتمال پیدایش اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان بالا می‌برد و ضروری است در صورت بندی طرح‌های درمانی مورد توجه قرار گیرند: ۱- مشکلات روانشناختی والدین، ۲- شیوه‌های نامناسب فرزندپروری و ۳- از هم گسیختگی زناشویی. بنابراین، می‌توان گفت که رفتارهای لجبازی و مقابله‌ای در کودکان با تعامل‌های خانوادگی انتقادگرایانه، تعارض آمیز، ناهماهنگ، تنبیهی یا قهرآمیز رابطه نزدیکی دارد (راینیکه، داتیلییو و فریمن، ۲۰۰۶).

والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک مشخصه‌هایی از قبیل ناهماهنگی و ستیزه و دعوا، فقدان عواطف محبت آمیز، سیستم نامتجانس، ناکارآمد و دارای ضوابط انضباطی خیلی شدید یا خیلی سست و ضعیف از خود نشان می‌دهند. در این خانواده‌ها والدین نظارت و کنترل کمتری بر رفتارهای انحرافی کودکان و نوجوانان دارند. این نظارت و کنترل ضعیف به نوبه خود با نابسامانی و آشفتگی‌های خانوادگی مرتبط است. بسیاری از اختلال‌های

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

رفتاری از آن رو ریشه دار می‌شوند که والدین نمی‌توانند در برهه‌های مهمی از رشد فرزند خود، با رفتارهای تهدیدکننده آنان به درستی مقابله کنند (چاند، چیبنل و اسلوین،[1] ۲۰۱۷). تعامل‌های خانوادگی ضعیف شامل فرزندپروری بی ثبات و مبتنی بر تنبیه، نگرش والدی طردکننده یا سرد، قوانین انضباطی سخت و ناپایدار، دلبستگی ناایمن، نظارت یا کنترل ناکافی والدین، اختصاص زمان اندک به کودک و فقدان مهارت ارتباط مثبت با کودک به عنوان عوامل خطر و پیشبینی کننده اختلال‌های رفتاری در نظر گرفته می‌شود (لنگوا، هنورادو و بوش، ۲۰۰۷؛ ساندرز، مارکی- دادز و ترنر، ۲۰۰۳).

درمان شناختی- رفتاری بر این فرض استوار است که اغلب تغییرات درمانی بین جلسات مشاوره و درمان در اثر تمرین فرد و بهره گیری از فنون شناختی- رفتاری صورت می گیرد، بنابراین درمانگر باید مطمئن شود که فرد ارزش کاربردی هریک از فنون و اهمیت تمرین را درک کرده باشد (جوکار کمال آبادی، رجبی، ثوابت، ۱۳۹۹).

درمان شناختی رفتاری به عنوان مجموعه منسجمی از فنون و راهبردهای موثر در مداخله‌های روانشناختی در حیطه کودکان و نوجوانان کاربردهای گسترده‌ای یافته است (راینکه و همکاران، ۲۰۰۶). این درمان بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان (وندسلویس، وندر بروگن، بریچمن-توسائینت، تیسن و بوگلز، ۲۰۱۲) تأثیر معناداری داشته است و هنگامی که متمرکز بر خانواده بوده در مقایسه با شناخت رفتار درمانی کلاسیک، تاثیر بیشتری داشته است (وود، پیاسنتینی، ثوثام- گرو، چو و سیگمن، ۲۰۰۶). در واقع هر دو شیوه درمانگری مفید بوده اما درمان شناختی رفتاری متمرکز بر خانواده فراتر از درمان‌های مبتنی بر کودک تاثیر داشته است و بر کارکردهای خانواده نیز اثرات مثبتی نشان داده است. اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده در کاهش نشانه‌های وسواس فکری عملی نوجوانان (پیاسنتینی و همکاران، ۲۰۱۳)، کاهش افکار و اقدام به خودکشی در نوجوانان (ولز و هایلبرون، ۲۰۱۲) و افزایش عزت نفس و کاهش شاخص توده بدن و افسردگی کودکان چاق (دانیلسن و همکاران، ۲۰۱۳) نیز مورد تایید قرار گرفته است.

در زمینه اختلال نافرمانی مقابله‌ای، برخی از پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثر بخش بوده است. نتایج این پژوهش‌ها نشان داده والدینی که در این برنامه‌ها شرکت داشته‌اند نسبت به گروه گواه، نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در فرزندانشان به طور معناداری کاهش داشته است. همچنین آموزش الگوی ارتباطی مؤثر به مادران تاثیر معناداری بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان داشته است (فرامرزی، عابدی و قنبری، ۱۳۹۱). الگوی ارتباطی مادران شامل آموزش فنون رفتاری مانند تقویت مثبت، روش‌های کاهش رفتارهای نامطلوب، بی توجهی به رفتارهای نامطلوب و مشارکت با کودک در بازی‌ها بوده است. در یک فراتحلیل در زمینه آموزش رفتاری والدین و درمان شناختی رفتاری در کودکان و نوجوانان با رفتار ضداجتماعی، میانگین اندازهی اثر آموزش رفتاری والدین ۰/۴۷ بود. درحالی که در مورد درمان شناختی رفتاری این رقم ۰/۴۷ بود (مک کارت، پریستر، دیویس و آزن، ۲۰۰۶). وندی ویبل و همکاران (۲۰۰۷) اثربخشی برنامه قدرت مقابله که برنامه‌ای شناختی رفتاری بوده و آموزش‌هایی در زمینه فرزندپروری، مهارت‌های ارتباطی، فنون رفتاری و مدیریت استرس برای والدین دارد را بر رفتار پرخاشگری کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک نشان دادند. همچنین

[1] Chand, S. P., Chibnall, J. T., & Slavin, S. J. (2017).

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

دیده شده دارو درمانی در کنار آموزش والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای تاثیرگذار بوده است (گادو و همکاران، ۲۰۱۴).

حال با توجه به اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و درمان‌هایی که مبتنی بر آموزش والدین بوده است هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان بود. با توجه به هدف پژوهش، این فرضیه که آموزش والدین مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر است، آزمون شد.

روش پژوهش

در این مطالعه از میان مراجعه کنندگان به درمانگاه روانپزشکی اطفال بیمارستان کودکان امام حسین اصفهان در سال ۱۳۹۷، توسط روانپزشک کودک و نوجوان، از مادرانی که کودکان ۱۰-۳ ساله‌ی آنها بر اساس ملاک‌های پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی دچار اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای بودند به صورت نمونه گیری آسان وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه پس از رضایت به شرکت در مطالعه، داشتن توانایی و علاقه‌مندی به شرکت در برنامه و داشتن حداقل تحصیلات دیپلم در مادر بود. مادران با تحصیلات دبیرستان، افراد با مشکلات عصبی روانی و ابتلای همزمان کودک به بیماری‌های طبی یا عقب ماندگی و مشکلات روانی همراه دیگر، از مطالعه خارج شدند.

عدم عقب ماندگی ذهنی برای کودکان ۳ تا ۵ ساله بر اساس مصاحبه و پرسشنامه‌ی سنین و مراحل (ASQ) و برای کودکان ۵ تا ۱۰ ساله، مصاحبه و آزمون ماتریس‌های پیشرونده‌ی ریون بررسی شد. حجم نمونه‌ی مورد نیاز با استفاده از فرمول مقایسه‌ی دو میانگین (قبل و بعد) و با توجه به نتایج مطالعه‌ی مقدماتی با در نظرگیری آلفا ۰/۰۵ و بتا ۰/۲، در هر گروه 25 نفر تعیین و در مجموع ۵۰ نفر وارد مطالعه شدند. شرکت کنندگان به صورت تصادفی ساده به دو گروه مداخله به صورت آموزش والدین (PMT) و گروه در نوبت درمان (گروه شاهد) تقسیم شدند.

به مادران در گروه PMT آموزش رو در رو داده شد. این فرصت در اختیار شرکت کنندگان قرار داشت که در صورتی که سوال یا مشکل خاصی داشتند بتوانند با روانپزشک کودک، تماس بگیرند.

زمان مداخله، ۴ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته در هر هفته بود که در هر جلسه یک موضوع فرزندپروری توسط مدرس واحد به مادران ارایه می‌شد. در جلسه‌ی اول، تعیین انتظارات و تعریف انواع فرزندپروری، آموزش قاطعیت، محبت صحیح و نحوه‌ی درست دستور دادن، در جلسه‌ی دوم ویژگی‌های زمان مفید، همدلی و روش درست آموزش دادن عنوان شد. در جلسه‌ی سوم به بحث در مورد مقررات و نحوه‌ی درست و انواع تشویق و تنبیه و در جلسه‌ی چهارم به هماهنگی‌ها، برنامه‌ی منظم روزانه و موقعیت‌های پرخطر پرداخته شد. قبل و بعد از مداخله، ارزیابی‌ها با استفاده از آزمون ارزیابی فرزندپروری دیانا بامریند[1] وآزمون کانرز[2] سنجیده شد.

[1] The Diana Bamrynd Parenting Style Questionnaire
[2] Conner's Test

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

الف- پرسشنامه‌ی شیوه‌های فرزندپروری بامریند: جهت بررسی مدل‌های نفوذ و شیوه‌های فرزندپروری ساخته شده است و اعتبار و روایی آن در مطالعات مختلف تایید شده است (آهنگران و همکاران، ۲۰۱۱؛ بارکلی، ۱۹۹۷؛ بوری، ۱۹۹۷). پرسشنامه‌ی بامریند شامل ۳۰ جمله می‌باشد که شیوه‌ی سهل گیرانه، مستبدانه و شیوه‌ی قاطع و اطمینان بخش را در قالب ده جمله و در مقیاس ۵ گانه‌ی لیکرت می‌سنجد (بارکلی، ۱۹۹۷).

میزان پایایی پرسشنامه‌ی بامریند با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۶ برای شیوه‌ی استبدادی، ۰/۷۸ برای شیوه‌ی قاطع و اطمینان بخش و ۰/۸۱ برای شیوه‌ی سهل گیر گزارش شده است (بارکلی، ۱۹۹۷). در ایران برای اولین بار، اسفندیاری فرم اصلی را ترجمه و برای تعیین اعتبار آن اصلاحات و اضافاتی را به عمل آورده و در نتیجه‌ی بررسی خود، پرسشنامه را دارای اعتبار خوب گزارش نموده است (به نقل از آهنگران و همکاران، ۲۰۱۱)، همچنین میزان پایایی برای شیوه‌ی سهل گیر ۰/۶۹، شیوه‌ی استبدادی ۰/۷۷ و برای شیوه‌ی اقتدار منطقی ۰/۷۳ به دست آمده است. در مطالعات دیگر نیز محاسبه‌ی ضریب پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بوده است که ضریب قابل قبولی می‌باشد (به نقل از آهنگران و همکاران، ۲۰۱۱).

ب- آزمون کانرز: مشکلات کودکان را در زمینه‌ی اضطراب، مشکلات رفتاری و بیش فعالی می‌سنجد و حساسیت و اختصاصی بودن آن ۰/۷۱ است (بارکلی، ۱۹۹۷؛ بوری، ۱۹۹۷). انجام مطالعات با استفاده از آزمون کانرز در ایران نیز اعتبار و پایایی مناسب داشته است و همسانی درونی ۰/۴۱ تا ۰/۶۷ و همبستگی آزمون مجدد تا ۰/۸۲ گزارش شده است (قنبری و همکارانف ۲۰۱۱).

مادران گروه شاهد، درمان رایج را دریافت می‌کردند و در پایان مطالعه در صورتی که به نتیجه‌ی درمان مناسبی نرسیده بودند برای درمان به شیوه‌ی جدید راهنمایی می‌شدند. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS و آزمون‌های آنووا، کروسکال والیس،آزمون تی زوجی و من ویتنی تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه مادران ۵۰ کودک شامل ۲۷ پسر و ۲۳ دختر (۵۴٪ پسر و ۴۶٪ دختر) شرکت نمودند. دامنه‌ی سنی کودکان ۳-۱۰ سال با میانگین سنی ۶/۷ سال بود. از نظر تحصیلات، بیشترین مادران شرکت کننده (۷۱٪) دارای مدرک دیپلم، ۱۵ درصدکاردانی و ۱۴ درصدکارشناسی و به بالابودند. میانگین سنی کودکان در گروه مداخله‌ی PMT و گروه در نوبت درمان (گروه شاهد) به ترتیب ۶/۶ و ۶/۸ سال بود که اختلاف معنی‌داری با هم نداشتند (P=0/2).

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون را در زیرمقیاس‌های آزمون کانرز در سه گروه شرکت کننده نشان می‌دهد. مداخله‌ی PMT بر بهبود مشکلات سلوک (P=0/03)، یادگیری (P=0/04)، رفتارهای تکانه‌ای (P=0/008)، بیش فعالی (P=0/007) و اضطراب (P=0/02) به طور معنی داری موثر بود. نتایج مطالعه نشان داد که مداخله‌ی PMT در مشکلات جسمی- روانی (P=0/7) تاثیر قابل توجه نداشت. همچنین کاهش نمرات گروه شاهد تنها در مورد بیش فعالی، معنی دار بود (P=0/03) و در سایر حیطه‌ها تفاوت معنی دار آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ مشاهده نشد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

در این مطالعه پس از انجام مداخله‌ی مورد نظر، نتایج آزمون فرزندپروری قبل و دو ماه پس از مداخله در گروه PMT (P=0/6) و گروه شاهد (P=0/2) تفاوت معنی دار آماری نداشتند و در مقایسه در دو گروه تحت مطالعه از نظر روش‌های فرزندپرورانه‌ی سهل انگارانه، قاطعانه استبدادی و تفاوت قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشد (P=0/2).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون در زیرمقیاس‌های آزمون کانرز در گروه-های شرکت کننده

گروه‌های شرکت کننده		میانگین نمره - پیش آزمون	میانگین نمره پس آزمون	P
آموزش رو در رو والدین	سلوک	18/0±2/۷	14/9±4/0	0/03
	یادگیری	۱۰/0±2/۷	8/5±2/4	0/04
	علائم جسمی- روانی	6/5±3/5	5/6±2/0	0/7
	رفتارهای تکانه‌ای	11/0±2/0	9/9±2/0	0/008
	اضطراب	7/4±2/0	7/5±2/0	0/0۲
	بیش فعالی	25/0±5/0	21/0±5/0	0/007
شاهد	سلوک	19/5±3/0	19/5±4/7	0/7
	یادگیری	8/8±2/0	8/9±2/4	0/4
	علائم جسمی- روانی	5/6±0/8	5/5±2/0	0/3
	رفتارهای تکانه‌ای	12/0±2/0	11/4±2/0	0/2
	اضطراب	8/5±2/5	7/9±2/0	0/2
	بیش فعالی	24/5±5/0	24/6±4/0	0/0۳

جدول ۲ میانگین نمرات آزمون بررسی شیوه‌های فرزندپروری درآزمون قبل و دوماه پس از مداخله را در والدین در گروه آموزش رو در رو نشان می‌دهد که تفاوت معنی داری در میانگین نمرات آزمون قبل و پس از مداخله مشاهده نشده است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون بر حسب شیوه آموزش رودرروی فرزندپروری در مادران

شیوه فرزندپروری	تعداد	میانگین نمره‌ی پیش آزمون+انحراف معیار	میانگین نمره‌ی پس آزمون+انحراف معیار	P
روش سهل انگارانه	۲۵	2/5+0/55	2/6+0/52	0/3
روش استبدادی	۲۵	2/6+0/45	2/5+0/52	0/6
مهارت‌های قاطعانه	۲۵	4/2+0/41	4/2+0/33	0/9

*بررسی تفاوت نمره با آزمون تی زوجی

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش والدین با مداخلات درمانی آموزش رو در رو به مدت چهار جلسه با وجود آن که نتوانست بر بهبود و تغییر سبک الگوهای فرزندپروری موثر باشد، ولی بر بهبود مشکلات سلوک، یادگیری، بیش فعالی، رفتار تکانه‌ای و اضطراب کودکان موثر بود.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که روش‌های تربیتی والدین اثرات طولانی بر رفتار، عملکرد، انتظارات و در نهایت بر شخصیت افراد در آینده دارند، مثلا والدین سخت گیر مانع پیشرفت و خلاقیت کودک می‌شوند، والدینی که اجازه نمی‌دهند کودک ابراز وجود کند مانع بروز استعدادهای بالقوه‌ی او می‌شوند و در نتیجه، این قبیل کودکان در آینده، افرادی روان آزرده و پرخاشگر خواهند شد (لومئو، ۱۹۹۹؛ لیبل و همکاران، ۲۰۰۱؛ دومیتروویچ، ۲۰۰۱؛ کویریدو و همکاران، ۲۰۰۲). والدین مستبد و قدرت طلب دارای فرزندانی هستند که از نظر خویشتن داری در سطح متوسط قرار دارند ولی تا حدود زیادی گوشه گیر بوده و به دیگران بی اعتنایی می‌کنند (لیبل و همکاران، ۲۰۰۱؛ دومیتروویچ، ۲۰۰۱؛ کویریدو و همکاران، ۲۰۰۲؛ رایت، ۱۹۹۷).

اغلب تحقیقات نشان از تاثیر شیوه‌ی فرزندپروری والدین بر اخلاق، رفتار، شخصیت و عملکرد بعدی فرزندان دارند. ویژگی‌های والدین به صورت همزمان و طولی با سلامت روانی فرزند همبستگی داشته‌اند (سندرز و همکاران، ۲۰۰۰) و تاثیر حمایت‌های اولیه بر سازگاری کودکان در مدرسه نشان داده است که حمایت کنندگی والدین موجب سازگاری بهتر در رابطه با مشکلاتی همچون مشکلات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی و عملکرد تحصیلی کودکان می‌گردد (دومیتروویچ،

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

۲۰۰۱). همچنین شیوه‌های انضباطی سخت‌گیرانه‌ی مادران هیجان‌های منفی و اجتماعی بودن پایین کودکان را توسعه می‌دهد (لیبل و همکاران، ۲۰۰۱؛ دومیتروویچ، ۲۰۰۱).

مداخلات آموزشی می‌توانند موجب تغییر روش‌های فرزندپروری والدین، بهبود روابط، احساس کفایت والدین وکاهش مشکلات رفتاری کودکان گردند(محرری و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات مختلف به بررسی شیوه‌های آموزش به والدین و بیان اثربخشی آنها پرداخته‌اند مثلا استفاده از PMT نتایج مطلوبی در درمان بیماران دچار اضطراب و افسردگی داشته است (استولمیلر و همکاران، ۲۰۰۹؛ پرودفوت، ۲۰۰۴؛ ماتسوموتو، ۲۰۱۰). در دو مطالعه‌ی دیگر تاثیرات درمان شناختی با استفاده از اینترنت با اثرآموزش رو در رو مشابه ذکر شده است (سندرز و همکاران، ۲۰۰۸؛ اندرسون، ۲۰۰۹). همچنین در یک مطالعه‌ی مروری در مقایسه اثربخشی آموزش‌های رایانه‌ای شناخت درمانی با آموزش‌های رو در رو، تفاوت معنی دار عنوان شده است (والر و گیلبادی، ۲۰۰۹). در مطالعه‌ی دیگری استفاده از PMT دارای اثر درمانی و پیشگیرانه در سطح جامعه عنوان شده است (سندرز و همکاران، ۲۰۰۷).

در خانواده‌های مستبد، والدین نسبت به کودکانشان محبت و توجه کافی را نشان نداده و آنها را درک نمی‌کنند، کودکان در این خانواده‌ها در خطر مشکلات روانی، اختلال یادگیری و افت تحصیلی هستند. در مقابل، فرزندان در خانواده‌هایی که به آنان محبت و توجه می‌شود با مشکلات کمتری مواجهه هستند (لومئو، ۱۹۹۹؛ لیبل و همکاران، ۲۰۰۱؛ دومیتروویچ، ۲۰۰۱؛ کویریدو و همکاران، ۲۰۰۲). آموزش والدین برای شیوه‌ی فرزندپروری مقتدرانه و ارزش قایل شدن برای رفتار خودمختارانه و هم انضباط کودک یا به عبارتی کنترل منطقی و آزادی حساب شده، موجب می‌گردد که کودک، قوانین و اصول رفتارهای صحیح را درونی نموده و در قبال رفتار و اعمال خود احساس مسئولیت نماید (خویی نژاد و همکاران، ۲۰۰۸؛ لومئو، ۱۹۹۹؛ لیبل و همکاران، ۲۰۰۱؛ دومیتروویچ، ۲۰۰۱). در مطالعه‌ی حاضر اثرات مثبت آموزش بر رفتارهای کودکان دچار اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مشاهده شد. مطالعات دیگر نیز تاثیر مثبت PMT را در درمان اختلالات رفتاری، خلقی و تکاملی و خودتنظیمی کودکان ذکر نموده‌اند (بودنمن و همکاران، ۲۰۰۸؛ سندرز و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین مطالعات در آموزش فرزندپروری با روش PMT در والدین کودکان پیش دبستانی و سنین بالاتر، تاثیر مثبت آن را در ارتباط کودک و والد و کاهش مشکلات احساسی کودکان ذکر نموده‌اند (بور و همکاران، ۲۰۰۲؛ سندرز، ۱۹۹۹؛ سندرز و همکاران، ۲۰۰۰)، حتی اثرات مثبت برنامه‌های تلویزیونی مبتنی برکاه هدف در آموزش والدین و مشکلات رفتاری کودکان عنوان شده‌اند (سندرز و همکاران، ۲۰۰۰).

نتایج مطالعه نشان داد که با وجود آنکه مداخله در برخی حیطه‌ها بر نتایج رفتاری کودکان تاثیر داشته است اما بر شیوه‌های فرزندپروری والدین تاثیری نداشته است. عدم تاثیر کلی بر نگرش والدین می‌تواند به دلیل مدت کوتاه مداخله باشد و این امکان وجود دارد که تاثیر آن با مرور زمان کاهش یابد، لذا این مسئله نیاز به آموزش مستمر و پایش رفتار والدین را در بالین مطرح کرده و به تداوم ارتباط پزشک، بیمار و اولیای او تاکید می‌نماید. همچنین به نظر می‌رسد مدت زمان مداخله برای مشاهده تغییرات فرزندپروری به اندازه‌ی کافی نبوده است و امکان دارد

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

در صورتی که مدت آموزش طولانی‌تر باشد نتایج بهتری در کاهش علایم آزمون کانرز مشاهده گردد. این مطلب از محدودیت‌های پژوهش بوده که بهتر است در مطالعات بعدی لحاظ گردد.

این مطالعه نیازمند تلاش زیاد برای مشارکت مادران در کلاس‌های آموزشی بود که این خود دلیلی بر اولویت روش‌های آموزش رودر ور برای بعضی از خانواده‌ها است، به علاوه در این مقطع از بررسی، فقط مادران با تحصیلات دیپلم و بالاتر وارد مطالعه شدند. به نظر می‌رسد برای تغییرثابت تر در تفکر فرزندپروری لازم است زمان بیشتری برای آموزش گذاشته شود و برای انجام تکالیف والدین مقررات سخت تری وضع شود تا میزان تغییر در الگوهای فکری به صورت ثابت تری بماند.

در نتیجه این تحقیق، آموزش والدین کودکان دچار مشکلات سلوک، یادگیری، بیش‌فعالی، رفتار تکانه‌ای و اضطراب با شیوه‌ی آموزش رو در روی والدین در بهبود مشکلات کودکان موثر بود.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

منابع

آهنگر انزابی, احد, شریفی درآمدی, پرویز, فرجزاده, رباب. (۱۳۹۰). رابطه سبک‌های فرزند پروری والدین با پرخاشگری نوجوانان شهرستان شبستر. پژوهش های علوم شناختی و رفتاری, ۱(۱), ۱-۸.

جوکار کمال آبادی, مهناز, رجبی, سوران, ثوابت, فاطمه. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش شناختی رفتاری به کمک فضای مجازی در کاهش کمال‌گرایی و اضطراب دانش‌آموزان نخبه. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی, ۱۱(۴), ۳۱۷-۳۳۶.

فرامرزی، س.، عابدی، ع. و قنبری، ع.، ۱۳۹۱. تأثیر آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش سندرم اختلال اختلال مقابله ای در کودکان. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۴۳، ص ۹۰-۹۶.

قنبری س، خانمحمدی محمد، خداپناهی مریم، مظاهری علی، غلامعلی لواسانی محمد. بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس اضطراب پیش دبستانی. مجله روانشناسی ۱۳۹۰; ۱۵: ۲۲۲-۳۴.

نجفی، م.، فولاد چانگ، م.، علیزاده، ح و محمدی فر، م.، ۱۳۸۸. شیوع اختلال نقص توجه و بیش فعالی، اختلال سلوک و اختلال مقابله ای در دانش آموزان دبستانی، پژوهش در کودکان استثنایی. ۹ (۳) :۲۳۹-۲۵۴.

American Psychiatrist Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5) (fifth Edition). Washington DC: American Psychiatric Association.

Anderson P, Jacobs C, Rothbaum B. Computer-supported cognitive behavioral treatment of anxiety disorders. J Clin Psychol 2004; 60(3): 253-67.

Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder, self-regulation and time; toward a more comprehensive theory. J Dev Behav Pediatr 1997; 16: 271-9.

Bodenmann G, Cina A, Ledermann T, Sanders MR. The efficacy of the triple p-positive parenting program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions. Behav Res Ther 2008; 46(4): 411-27.

Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effects of the triple P-positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. J Abnorm Child Psychol 2002; 30(6): 571-87.

Buri J. Parental authority questionnaire. J Pers Assess 1997; 57: 110-9.

Chand, S. P., Chibnall, J. T., & Slavin, S. J. (2017). Cognitive behavioral therapy for maladaptive perfectionism in medical students: A preliminary investigation. Academic Psychiatry. 42(1), 58-61

Danielsen, Y., Nordhus, I., Júlíusson, P., Maehle, M., & Pallesen, S. (2013). Effect of a family-based cognitive behavioural intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7–13): A randomized waiting list controlled trial. Obesity Research & Clinical Practice, 7, 116–128.

Domitrovich C, Bierman K. Parenting practices and child social adjustment: Multiple pathways of influence. Merrill-Palmer Q 2001; 47: 235-63.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

Gadow, k., Arnold, L., Molina, B., Findling, R., Bukestien, O. & et al. (2014). Resperidone added to parent training and stimulant Medication: Effects on Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Peer Aggression. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 9, 948-959.

Hinshaw, S. P. & Lee, S. S. (2003). Oppositional defiant and conduct disorders. In E. J. Mash & R. A Barkley (Eds.), Child Psychopathology (2nd ed., pp.144-198). New York: Guilford.

Kring, A., Johnson, S., Davison, G., & Neale, J. (2014). Abnormal Psychology. Twelfth Edition. Washington: John Wiley & Sons.

Laible D, Thompson R. Mother-child conflict in toddler years: Lessons in emotion, morality, and relationships. Child Dev 2002; 73: 1187-203.

Lengua LJ, Honorado E, Bush NR. (2007). Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. Journal of Applied Developmental Psychology, 28, 40-55.

Lomeo CM. Identity development: The links between coping style, sibling relationships and
parenting style. Diss Abstr Int 1999; 59: 37-45.

Matsumoto Y, Sofronoff K, Sanders MR. Investigation of the effectiveness and social validity of the triple P positive parenting program in Japanese society. J Fam Psychol 2010; 24(1): 87-91.

McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H. & Azen, R. (2006). Differential effectivenessof behavioral parent - training and cognitive – behavioral therapy for antisocial youth: A meta- analysis. Journal of Abnormal Child Psychology, 34, 527 – 543.

Proudfoot JG. Computer-based treatment for anxiety and depression: Is it feasible? Is it effective? Neurosci Biobehav Rev 2004; 28(3): 353-63.

Querido J, Warner T, Edberg S. Parenting styles and child behavior in African-American families of pre-school children. J Clin Child Psychol 2002; 31: 272-7.

Reinecke, M., Dattilio, F., & Freeman, A. (2006). Cognitive Therapy with Children and Adolescents. Second Edition. New York: The Guilford Press.

Sanders M, Calam R, Durand M, Liversidge T, Carmont SA. Does self-directed and web-based
support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the triple Ppositive parenting program? J Child Psychol Psychiatry 2008; 49(9): 924-32.

Sanders MR, Bor W, Morawska A. Maintenance of treatment gains: A comparison of enhanced, standard, and self-directed triple P-positive parenting program. J Abnorm Child Psychol 2007; 35(6): 983-98.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner, K. (2003). 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.

Sanders MR, Montgomery DT, Brechman-Toussaint ML. The mass media and the prevention of child behavior problems: The evaluation of a television series to promote positive outcomes for parents and their children. J Child Psychol Psychiatry 2000; 41(7): 939-48.

Sanders MR. Triple P-positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. Clin Child Fam Psychol Rev 1999; 2(2): 71-90.

Stuhlmiller C, Tolchard B. Computer-assisted CBT for depression and anxiety: Increasing accessibility to evidence-based mental health treatment. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2009; 47(7): 32-9.

Van de Wiel, N. M. H., Matthys, W., Cohen- Kettenis, P. T., Maassen, G. H., Lochman,J. E. & van Engeland, H. (2007). The effectiveness of an experimental treatment when compared with care as usual depends on the type of care as usual. Behavior Modification, 31, 298 – 312.

Van der Sluis, C., van der Bruggen, C., Brechman-Toussaint, M., Thissen, M., Bögels, S. (2012). Parent-Directed Cognitive Behavioral Therapy for Young Anxious Children: A Pilot Study. Behavior Therapy, 43, 583–592.

Waller R, Gilbody S. Barriers to the uptake of computerized cognitive behavioral therapy: A
systematic review of the quantitative and qualitative evidence. Psychol Med 2009; 39(5): 705-12.

Wells, K. & Heilbron, N. (2012). Family-Based Cognitive-Behavioral Treatments for Suicidal Adolescents and Their Integration with Individual Treatment. Cognitive and Behavioral Practice, 19, 301–314.

Wood, J., Piacentini, J., Southam-Gerow, M., Chu, B, & Sigman, M. (2006). Family Cognitive Behavioral Therapy for Child Anxiety Disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45, 314–322.

Wright JH, Wright AS, Salmon P, Beck AT, Kuykendall J, Goldsmith LJ, et al. Development and initial testing of a multimedia program for computer-assisted cognitive therapy. Am J Psychother 2002; 56: 76-86.

Wright JH, Wright AS. Computer-assisted psychotherapy. J Psychother Pract Res 1997; 6: 315-29. the triple P-positive parenting program in Hong Kong. Fam Process 2003; 42(4): 531-44.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۲، شماره ۱۶، بهار سال ۱۴۰۱

The effectiveness of cognitive-behavioral training based on face-to-face training on parenting styles for mothers with children with oppositional defiant disorder in Isfahan city

Fereshte Korang Beheshti[1]

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral training based on face-to-face training on parenting styles for mothers with children with oppositional defiant disorder in Isfahan city.

Method: In this pilot study, 50 mothers of 3-10-year-old children with oppositional defiant disorder in Isfahan in 2017 were included in the study and randomly divided into two groups. The first group was given face-to-face training. The second group was the control group (at the time of treatment). The assessment was measured with Conner's test and Baumrind's parenting assessment, before and after the intervention. Data were analyzed by SPSS software and ANOVA, Kruskal-Wallis, paired t-test and Mann-Whitney tests.

Findings: Face-to-face training improves behavior problems (P=0.03), learning (P=0.04), hyperactivity (P=0.007), impulsive behavior (P=0.008). and children's anxiety (P=0.02) was effective, but no significant difference was observed in physical-psychological problems (P=0.7).

Conclusion: Teaching the parents of children with behavioral, learning, hyperactivity, impulsive behavior and anxiety problems with the face-to-face teaching method was effective in improving the children's problems.

Keywords: education, oppositional defiant disorder, parenting

[1] MA of Clinical Psychology, Family Therapy, Islamic Azad University, KhomeiniShahr Branch, Isfahan, Iran (fereshtebeheshti1980@gmail.com)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]