مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت با فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری مادران و نشانه های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان

شهریار امینی ناغانی[۱]، سمانه نجار پوریان*[۲]، سید عبدالوهاب سماوی[۲]

۱) گروه روان شناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

۲) گروه روان شناسی و مشاوره، هسته پژوهشی علوم تربیتی و رفتاری، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۳/۱۱ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۸/۲۲**

چکیده

مقدمه: تعامل والدین با کـــودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای می تواند باعث مشکلاتی در رابطه آنان با این کودکان شود و بر شدت نشانه های اختلال بیفزاید. از این رو این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت با فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری مادران و نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان انجام شد.

مواد و روش ها: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش آزمون-پس آزمون- پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دانش آموزان پایه اول، دوم و سوم ابتدایی با تشخیص اختلال نافرمانی مقابله ای شهرکرد در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه موردمطالعه شامل ۴۵ نفر از مادران بود که به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه فرزندپروری مثبت، پذیرش و تعهد و یک گروه کنترل جایگزین شدند. از مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای و پرسش نامه پرخاشگری برای جمع آوری داده ها استفاده شد. داده ها از طریق تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی و نرم افزار SPSS vol.22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که بین گروه فرزندپروری مثبت و درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل در مرحله پس آزمون($P<0.05$, $F=27.40$) و پیگیری($P<0.05$, $F=7.42$) پرخاشگـــری مادران و پس آزمون($P<0.05$, $F=47.64$) و پیگیری($P<0.05$, $F=33.88$) نشانه های اختلال تفاوت معناداری وجود دارد. هم چنین نتایج نشان داد که به غیر از مرحله پس آزمون پرخاشگری والدین، در سایر مراحل بین فرزندپروری مثبت با درمان پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش، فرزندپروری مثبت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد می توانند در کاهش مشکلات مادران و کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای موثر واقع شوند.

واژه های کلیدی: فرزندپروری مثبت، پذیرش و تعهد، نافرمانی مقابله ای، پرخاشگری

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی و مشاوره، هسته پژوهشی علوم تربیتی و رفتاری، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

Email: najarpourian@hormozgan.ac.ir

Copyright © 2019 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.67]

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله ای یکی از اختلال های بالینی است که در مدارس شیوع فراوانی دارد و باعث ارجاع کودکان و نوجوانان به مراکز درمانی می شود(۱). بر اساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، اختلال نافرمانی مقابله ای یک الگویی از خلق و رفتار بی قرار، تضادورزی و نافرمانی، گستاخی، کینه توزی، زودرنجی، از کوره در رفتن، رعایت نکردن دستورات و مقررات و رفتارهای قانون شکنانه است که بیش از ۶ ماه ادامه دارد و حداقل ۴ نشانه در تعامل با دست کم یک نفر غیر از خواهر و برادر آشکار شود(۲). پژوهش های مختلف در سراسر جهان میزان شیوع متفاوتی برای این اختلال ذکر کرده اند، اما در کل میزان شیوع آن بین ۲ تا ۱۶ درصد است(۳). این اختلال قبل از سن بلوغ در پسران بیشتر شیوع دارد اما بعد از دوران بلوغ تقریباً در هر دو جنس یکسان می شود(۲).

اختلال نافرمانی مقابله ای، اختلالی تدریجی و مزمن است که تشخیص آن قبل از دوران پیش دبستانی به علت در نظر گرفتن خلق و رفتار کودک به عنوان بخشی از مزاج کودک مشکل است(۳)، اما اولین علائم این اختلال معمولاً در طی سال های قبل از دبستان نمایان می شود(۲)؛ پیش آگهی اختلال نافرمانی مقابله ای بسیار نامطلوب بوده و کودکان و نوجوانان مبتلا به آن در معرض مشکلات و اختلالاتی فراوانی در دوران نوجوانی و بزرگسالی هستند(۴،۵). بر اساس پژوهش های انجام شده، عوامل ایجادکننده اختلال نافرمانی مقابله ای، شامل مجموعه ای از خصوصیات و ویژگی های ژنتیکی یا زیست شناختی، محیط خانوادگی و فرزندپروری و عوامل محیطی و اجتماعی است(۶). فرزندپروری خشن و ناپایدار توام با غفلت در خانواده های کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای رایج است که این روش های فرزندپروری نقش مهمی در بسیاری از نظریه های علّی این اختلال دارد(۲). از این رو، آموزش شیوه های فرزندپروری به منظور کمک به والدین و این کودکان امری ضروری به نظر می رسد.

یکی از برنامه های فرزندپروری با پشتوانه تجربی خوب که در دانشگاه کوییزنلند استرالیا و توسط ساندرس طراحی شد و فرض می شود که بر مشکلات فرزندپروری در والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای موثر باشد، برنامه فرزندپروری مثبت است. این برنامه با هدف تغییر مشکلات رفتاری کودک در قلمرو درمان های خانوادگی و بر اساس اصول یادگیری اجتماعی است(۷). این برنامه دارای سه هدف است که شامل: (۱) افزایش و ارتقای مهارت، دانش، اعتماد به نفس و کارآمدی والدین، (۲) گسترش محبت، ایمنی، سرگرمی و هم چنین ایجاد محیط هایی با میزان تعارض و خشونت کمتر برای کودکان و (۳) افزایش کارآمدی و صلاحیت اجتماعی، هیجانی، زبانی، هوشی و رفتاری کودکان می باشند(۸،۹). فوجیوارا و همکاران در پژوهشی نشان دادند که فرزندپروری مثبت در کاهش مشکلات رفتاری کودکان و هم چنین رفتارهای ناکارآمد والدین، افسردگی، اضطراب، استرس و سطح درک شده والدین از مشکلات فرزندپروری و هم چنین افزایش اعتماد به نفس آن ها موثر بوده است(۱۰). پژوهش های انجام شده دیگر حاکی از اثر مثبت فرزندپروری مثبت بر شناخت، احساس و رفتار والدین و هم چنین کودکان است(۱۱،۱۲).

در مقایسه با فرزندپروری مثبت که نتایج مثبتی داشته است، برنامه فرزندپروری جدیدتری روی کار آمده است که به عنوان موج سوم رفتاری شناخته می شود و توانسته نتایج خوبی از خود نشان دهد. این نوع برنامه که مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد است آرام آرام به حوزه فرزندپروری وارد می شود. درمان پذیرش و تعهد درمانی شناختی-رفتاری است که سعی دارد ذهن آگاهی(ارتباط روان شناختی غیر قضاوتی با زمان حال)، پذیرش و عدم اجتناب تجربه ای(ارتباط روان شناختی با هیجانات، شناخت واره ها و خاطرات) و عمل ارزشمند و متعهدانه(انجام اعمال معنادار و ارزشمند) را به منظور جلوگیری از اجتناب و هم چنین افزایش انعطاف پذیری روان شناختی را به کار بگیرد(۱۳). به علت این که بخش مهمی از رفتارهای ناکارآمد والدین با فرزندان ناشی از نوع ارزیابی ذهنی و هیجانات آنان در مورد رفتارها و مسائل فرزندان است،

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.67]

درمان پذیرش و تعهد به طور مستقیم، افکار و هیجانات والدین را در این روابط میان فردی مورد هدف قرار می دهد(۱۴). درمان پذیرش و تعهد با تمرکز بر روی معنای ذهنی والدین از فرزندپروری، انعطاف پذیری و توانایی والدین را برای استفاده از مهارت های فرزندپروری در موقعیت های هیجانی تنش زا افزایش می دهد(۱۵). پژوهش های انجام شده نشان می دهد که آموزش های درمان پذیرش و تعهد به والدین اثرات قابل توجهی در بهبود رفتارهای فرزندپروری در والدین با کودکان با ناتوانایی های رشدی و شناختی داد(۱۶). در پژوهشی گولد و همکاران نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد می تواند موجب بهبود رفتارهای مثبت والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم شود(۱۷).

با توجه به مطالب ذکر شده، کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای و هم چنین والدین آن ها مشکلات زیادی را تجربه می کنند که به منظور کمک به هر دوی آن ها آموزش شیوه های فرزندپروری ضروری به نظر می رسد. فرزندپروری مثبت که مبتنی بر موج اول رفتاری است پشتوانه تجربه خوبی در حوزه فرزندپروری نشان داده است، اما با روی کار آمدن موج سوم درمان های رفتاری، آموزش فرزندپروری درمان پذیرش و تعهد بر روی کار آمده است که به نظر می رسد درصدد پر کردن خلا های درمان های قبلی گام برداشته است. از این رو به منظور بررسی این که کدام رویکرد می تواند موثرتر واقع شود، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فرزندپروری مثبت با فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر پرخاشگری مادران و نشانه های اختلال در کودکان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله ای انجام شد.

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون-پس‌آزمون- پیگیری(۲ ماهه) با دو گروه آزمایشی فرزندپروری مثبت و درمان پذیرش و تعهد و هم چنین یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دانش آموزان پایه اول، دوم و سوم ابتدایی با تشخیص اختلال نافرمانی مقابله ای شهرکرد در سال ۱۳۹۷ بودند. عنوان شده است که در پژوهش های آزمایشی حجم هر گروه می تواند حداقل ۱۵ نفر باشد(۱۸)؛ بنا بر این از میان جامعه آماری ۴۵ کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای بر اساس معیارهای ورود به پژوهش به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش فرزندپروری مثبت، ۱۵ نفر در گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک های ورود شامل تشخیص اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان بر اساس مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای و مصاحبه تشخیصی، قرار گرفتن کودکان در محدوده سنی ۷ تا ۹ سال، داشتن حداقل مدرک دیپلم در مادران، عدم وجود بیماری های روان پزشکی و هم چنین عدم استفاده از قرص های اعصاب و روان در مادران بر اساس مصاحبه روان شناختی، رضایت به حضور در درمان و هم چنین عدم استفاده از دیگر خدمات روان درمانی و مشاوره در طول جلسات بود. هم چنین قابل ذکر است که یک جلسه غیبت در طول جلسات آموزشی جزء معیارهای خروج محسوب می شد. به منظور رعایت جوانب اخلاقی به آزمودنی ها عنوان شد که این پژوهش در واقع برای کمک و ارائه اطلاعات کاربردی به آن ها است، اطلاعاتشان مخفی می ماند و اگر تمایل ندارند می توانند در این پژوهش شرکت نکنند که سرانجام به صورت شفاهی رضایت آنان کسب شد. گروه کنترل هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند، اما به منظور احترام به مشارکت آن ها و حفظ اصول اخلاقی، در انتهای دوره به آنان کتاب هایی در خصوص فرزندپروری اهدا شد. گروه آزمایش فرزندپروری مثبت، آموزش گروهی را در طی ۸ جلسه ۲ ساعته بر اساس پروتکل ساندرس(۱۹) و گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد نیز آموزش گروهی را در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر اساس پروتکل کویین، مورل(۲۰) و هایس و همکاران(۱۳) به صورت هفته ای یک جلسه دریافت کردند. خلاصه جلسات آموزشی به صورت زیر هستند:

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.67]

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات فرزندپروری مثبت

	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه، آموزش قوانین گروه، اهمیت فرزندپروری و معرفی اجمالی فرزندپروری مثبت، اختلال نافرمانی مقابله ای و نشانه های آن و علل اختلال
جلسه دوم	آموزش مفاهیم و توصیف فرزندپروری مثبت، ابعاد و اصول فرزندپروری مثبت(ایجاد محیط امن، ایجاد محیط مثبت یادگیری، استفاده از قانون ابراز وجود، داشتن انتظارات واقعی و مراقبت از خود به عنوان والد)، دلایل مشکلات رفتاری کودکان شامل وراثت و علل خانوادگی(پاداش اتفاقی به رفتار منفی، نادیده گرفتن رفتار مطلوب، الگو گرفتن، تسلیم شدن والدین و نحوه ارائه دستور)، مشکلات عاطفی والدین، چگونگی ثبت رفتار و ارائه جدول ثبت رفتار، ارائه تکلیف
جلسه سوم	شیوه تقویت تعاملات مثبت بیـــــن والد و کــودک(تشویق و تقویت رفتارهای مطلوب، آموزش روش ایجاد مهارت ها و رفتارهای جدید، انواع تقویت کننده، محبت جسمانی، استفاده از جدول رفتار خوب، آموزش اتفاقی، الگوسازی)، ارائه تکلیف
جلسه چهارم	آموزش مهارت هایی به والدین به منظور کنترل رفتارهای نامطلوب خفیف و شدید کودک و آموزش شیوه برخورد با رفتار مشکل آفرین(آموزش چگونگی ارائه دستورالعمل، ایجاد قوانین واضح و بدون ابهام برخورد با نقض قوانین و مقررات از طریق بحث هدایت شده، آموزش دستورالعمل آرام و واضح، بی توجهی برنامه‌ریزی شده، استفاده از روش نادیده گرفتن برای مشکلات خفیف) استفاده از پیامد منطقی برای رفتارهای نامطلوب شدید (استفاده از روش سکوت، استفاده از روش اخراج)، مشکلات رایج در اخراج کردن، ارائه تکلیف
جلسه پنجم	آموزش چگونگی کنترل کودک در موقعیت هایی که کنترل به حداقل می رسد، ارائه راهکارهایی به منظور بقای خانواده(به صورت گروه عمل کنند، پرهیز از جر و بحث و مشاجره، استفاده از زمان استراحت و تفریح) تشخیص موقعیت دردسرساز، آموزش گام های فعالیت برنامه ریزی شده برای موقعیت دشوار، آمادگی از قبل، انتخاب فعالیت سرگرم کننده، پاداش برای رفتار مناسب، استفاده از پیامد برای رفتارهای منفی و نامطلوب، استفاده از بحث پیشگیرانه، ارائه تکلیف
جلسه ششم و هفتم	بررسی مشکلات والدین در نحوه ارتباط با کودک. در این دو جلسه مشکلات والدین در اجرای دستورات و نحوه برقراری ارتباط با کودک مورد بررسی قرار می گیرد.
جلسه هشتم	مرور موضوعات و مفاهیم گذشته، موانع حفظ تغییر(تغییرات در خانواده، مرحله رشدی کودک و مواقع پردردسر) ارائه راهکارهایی برای حفظ تغییر، تمرین در مورد مشکلات شایع و ایفای نقش

جدول شماره ۲. خلاصه جلسات فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه، بیان قوانین گروه، ویژگی بچه های لجباز و نافرمان و نشانه ها، اهمیت فرزندپروری و تفاوت شیوه فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر شیوه ها
جلسه دوم	آموزش درماندگی خلاق با استفاده از استعاره چاه، استعاره گیر کردن در شن زار، استعاره گیر کردن در باتلاق، ارائه تکلیف
جلسه سوم	آموزش تولیدات ذهن، آگاهی از دستورات ذهن، انواع خانواده از دیدگاه پذیرش و تعهد و ارائه تکلیف
جلسه چهارم	آموزش این مفهوم که کنترل مسئله است نه راه حل با استفاده از استعاره به خاطر سپردن عددی ۱، ۲ و ۳، استعاره کشتی با هیولا و استعاره ببر گرسنه و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	آموزش پذیرش و انعطاف پذیری روان شناختی و پذیرش افکار و احساسات منفی به جای کنترل، اجتناب و حذف آن ها با استفاده از استعاره مهمان و ارائه تکلیف
جلسه ششم	آموزش مفهوم خود مشاهده گر و خود مفهوم سازی شده با استفاده از استعاره شطرنج و تمرینات ذهن آگاهی، تمرین آگاهی از کوچک ترین صداها، تمرین بودن با کودک، تمرین معاینه کل بدن و تمرین خوردن کشمش و ارائه تکلیف
جلسه هفتم	آموزش تمرینات ذهن‌آگاهی شامل تمرین آگاهی از کوچک ترین صداها، تمرین بودن با کودک، تمرین معاینه کل بدن و تمرین خوردن کشمش، ارائه تکلیف
جلسه هشتم	آموزش شیوه های اصلاح رفتار، آموزش دستوردهی موثر، آموزش پیشایندها، رفتار، زمینه ها، پیامدهای رفتاری، آموزش تحلیل کارکردی رفتار و ارائه تکلیف
جلسه نهم	آموزش ارزش ها با استفاده از استعاره تشیع جنازه، استعاره سنگ قبر و استعاره جزیره، آموزش تفاوت ارزش با اهداف و انتظارات، ارائه تکلیف
جلسه دهم	مرور مباحث گذشته، خلاصه مطالب و جمع بندی

۱. مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان: این مقیاس توسط هومرسن برای تشخیص اختلال نافرمانی مقابله ای برای کودکان سنین ۵ تا ۱۵ سال ساخته شده است. این مقیاس دارای ۸ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای(از ۰=هرگز تا ۳=خیلی زیاد) نمره گذاری می شود که نمرات بالاتر نشانه اختلال است و والدین هر نشانه کودک را بر اساس ۶ ماه گذشته توصیف می کنند. سازندگان مقیاس ضریب پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با روش بازآزمایی ۰/۹۵ گزارش کردند(۲۱). اعتباریابی و روایی داخلی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و با روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. هم چنین روایی محتوایی آن توسط روان پزشکان کودک و متخصصان بالینی مورد تائید قرار گرفت(۲۲). در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ به دست آمد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.67]

۲. *پرسش نامه پرخاشگری:* نسخه جدید پرسش نامه پرخاشگری که نسخه قبلی آن تحت عنوان پرسش نامه خصومت بود، توسط باس و پری (۱۹۹۲) مورد بازنگری قرار گرفت. این پرسش نامه شامل ۲۹ عبارت و چهار زیرمقیاس پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت است. آزمودنی ها به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه ای از کاملاً شبیه من است(۵ امتیاز) تا به شدت شبیه من نیست(۱ امتیاز) پاسخ می دهند. نتایج روان سنجی باس و پری نشان داده است که این پرسش نامه از همسانی درونی بالایی ۰/۸۹ برخوردار است. هم چنین همبستگی زیرمقیاس این پرسش نامه با یکدیگر و با کل مقیاس از ۰/۲۵ تا ۰/۴۵ بود(۲۳). محمدی(۱۳۸۵) اعتبار این پرسش نامه را از سه روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و تصنیف مورد تحلیل قرار داد که به ترتیب ضرایب ۰/۸۹، ۰/۷۸، ۰/۷۳ به دست آمد. هم چنین ضمن تائید روایی صوری این پرسش نامه، روایی آن با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس های این پرسش نامه با یکدیگر و با کل پرسش نامه مورد تائید قرار گرفت که این ضرایب از ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ متغیر و معنادار بودند(۲۴). در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از شاخص های توصیفی(میانگین و انحراف استاندارد) در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. هم چنین داده ها توسط نرم افزار SPSS vol.22 تحلیل شدند.

یافته های پژوهش

در بخش توصیفی نمونه های پژوهش، بیشتر مادران دارای تحصیلات دیپلم بودند، به این صورت که در گروه آزمایشی فرزندپروری مثبت ۶۰ درصد، در گروه درمان پذیرش و تعهد نیز ۶۰ درصد و در گروه کنترل ۵۳/۳ درصد، تحصیلات دیپلم داشتند. بعد از آن نیز به ترتیب دارای تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند.

جدول شماره ۳. نتایج شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پرخاشگری والدین	فرزندپروری مثبت	۱۰۴/۱۳	۹/۳۲	۷۷/۵۳	۱۰/۵۲	۸۷	۹/۴۵
	پذیرش و تعهد	۱۰۸/۰۶	۱۱/۸۷	۹۰/۱۳	۱۳/۵۰	۸۷/۲۶	۱۳/۸۰
	کنترل	۹۹/۴۰	۹/۸۳	۱۰۰/۶۰	۹/۴۵	۹۷/۴۶	۱۰/۳۸
نشانه‌های اختلال	فرزندپروری مثبت	۱۸/۰۶	۱/۷۹	۸/۰۶	۲/۹۸	۹	۳/۴۶
	پذیرش و تعهد	۱۷/۳۳	۲/۵۵	۹/۳۳	۲/۹۶	۱۱/۲۰	۳/۳۲
	کنترل	۱۹	۲/۳۲	۱۷/۶۰	۲/۳۲	۱۸/۳۳	۲/۳۵

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پرخاشگری والدین و نشانه های اختلال را در گروه های آزمایشی فرزندپروری مثبت، درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.

در بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس، نتایج به دست آمده حاکی از برقرار بودن پیش فرض های انجام کوواریانس بود، از این رو نتایج آزمون کوواریانس گزارش شد که نتایج آن به شرح زیر است:

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.67]

جدول شماره ۴. نتایج آزمون کوواریانس به منظور بررسی اثرات بین گروهی در پس آزمون و پیگیری پرخاشگری والدین و نشانه های اختلال

منبع	متغیر	مرحله	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
عرض از مبداء	پرخاشگری والدین	پس آزمون	۲۸۲/۶۲	۱	۲۸۲/۶۲	۳/۱۶	۰/۰۸۳	۰/۰۷۲
		پیگیری	۷۹۴/۷۲	۱	۷۴۹/۷۲	۷/۲۳	۰/۰۱۰	۰/۱۵۰
	نشانه های اختلال	پس آزمون	۱۴/۲۰	۱	۱۴/۲۰	۱/۹۸	۰/۱۶۶	۰/۰۴۶
		پیگیری	۲۶/۳۷	۱	۲۶/۳۷	۲/۸۹	۰/۰۹۶	۰/۰۶۶
اثر پیش آزمون	پرخاشگری والدین	پس آزمون	۱۶۹۴/۰۷	۱	۱۶۹۴/۰۷	۱۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶
		پیگیری	۹۲۸/۸۳	۱	۹۲۸/۸۳	۸/۴۵	۰/۰۰۶	۰/۱۷۱
	نشانه های اختلال	پس آزمون	۳۱/۱۱	۱	۳۱/۱۱	۴/۳۵	۰/۰۴۳	۰/۰۹۶
		پیگیری	۲۶/۵۰	۱	۲۶/۵۰	۳/۹۱	۰/۰۳۶	۰/۰۶۶
گروه	پرخاشگری والدین	پس آزمون	۴۸۹۴/۸۷	۲	۲۴۴۷/۴۳	۲۷/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
		پیگیری	۱۶۲۹/۶۸	۲	۸۱۴/۸۴	۷/۴۲	۰/۰۰۲	۰/۲۶۶
	نشانه های اختلال	پس آزمون	۶۸۰/۴۴	۲	۳۴۰/۲۲	۴۷/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
		پیگیری	۶۱۶/۸۴	۲	۳۰۸/۴۲	۳۳/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲۳

بر اساس نتایج به دست آمده مشاهده می شود که آماره F در متغیر پرخاشگری مادران با مقدار ۲۷/۴۰ برای مرحله پس آزمون و با مقدار ۷/۴۲ برای مرحله پیگیری و هم چنین برای متغیر نشانه های اختلال با مقدار ۴۷/۶۴ برای مرحله پس آزمون و با مقدار ۳۳/۸۸ برای مرحله پیگیری معنادار است($P<0.05$). این نتیجه نشان می دهد که بین گروه های مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور مقایسه جفتی گروه ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است که نتایج آن به صورت زیر است:

جدول شماره ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروه ها در مرحله پس آزمون و پیگیری پرخاشگری والدین

متغیر	مرحله	گروه ها		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
پرخاشگری والدین	پس‌آزمون	فرزندپروری مثبت	پذیرش و تعهد	-۱۰/۱۹	۳/۴۹	۰/۰۱۷
			کنترل	-۲۵/۹۵	۳/۵۱	۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	فرزندپروری مثبت	۱۰/۱۹	۳/۴۹	۰/۰۱۷
			کنترل	-۱۵/۷۵	۳/۶۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	فرزندپروری مثبت	پذیرش و تعهد	۱/۵۱	۳/۸۷	۱
			کنترل	-۱۲/۶۰	۳/۸۹	۰/۰۰۷
		پذیرش و تعهد	فرزندپروری مثبت	-۱/۵۱	۳/۸۷	۱
			کنترل	-۱۴/۱۱	۴/۰۵	۰/۰۰۴
نشانه‌های اختلال	پس‌آزمون	فرزندپروری مثبت	پذیرش و تعهد	-۱/۵۴	۰/۹۸۵	۰/۳۷۲
			کنترل	-۹/۱۷	۰/۹۹۱	۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	فرزندپروری مثبت	۱/۵۴	۰/۹۸۵	۰/۳۷۲
			کنترل	-۷/۶۲	۱/۰۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	فرزندپروری مثبت	پذیرش و تعهد	-۲/۴۵	۱/۱۱	۰/۰۹۸
			کنترل	-۹/۰۰۴	۱/۱۱	۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	فرزندپروری مثبت	۲/۴۵	۱/۱۱	۰/۰۹۸
			کنترل	-۶/۵۴	۱/۱۵	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج به دست آمده، در متغیر پرخاشگری والدین در مرحله پس آزمون و پیگیری بین فرزندپروری مثبت و هم چنین بین فرزندپروری درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد($P<0.05$). هم چنین در مرحله پس آزمون بین فرزندپروری مثبت و فرزندپروری درمان پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود دارد($P<0.05$)؛ اما در مرحله پیگیری بین این دو روش آموزشی تفاوت معناداری وجود ندارد($P<0.05$).

در متغیر نشانه های اختلال نیز، در مرحله پس آزمون و پیگیری بین فرزندپروری مثبت و هم چنین بین فرزندپروری درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد($P<0.05$)؛ اما بین فرزندپروری مثبت و فرزندپروری درمان پذیرش و تعهد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.67]

تفاوت معناداری وجود ندارد($P<0.05$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فرزندپروری مثبت با فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر پرخاشگری مادران و نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که فرزندپروری مثبت اثربخشی معناداری در بهبود پرخاشگری مادران و هم چنین بهبود نشانه های اختلال در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای دارد. نتایج پیگیری نیز نشان از پایدار بودن این اثربخشی تا مرحله پیگیری بود. در زمینه فرزندپروری مثبت نتایج به دست آمده، همسو با برخی از پژوهش های انجام شده بود(۱۱،۱۲). ساندرس و همکاران در بررسی اثربخشی فرزندپروری مثبت نشان دادند که آموزش های مبتنی بر والدگری مثبت می تواند اثر نیرومندی بر بهبود پرخاشگری والدین و عملکرد آنان داشته باشد. هم چنین فرزندپروری مثبت می تواند رفتارهای مخرب کودکان را کاهش دهد و موجبات رضایتمندی والدین را فراهم کند. هم چنین آنان نشان دادند که نتایج مثبت فرزندپروری مثبت تا یک دوره پیگیری ۶ ماهه هم چنان برقرار بود(۲۵). ویگجین و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که فرزندپروری مثبت می تواند مشکلات رفتاری کودکان را کاهش دهد و باعث بهبود روابط والد-کودک شود(۲۶). نتایج فراتحلیل های انجام شده در این زمینه نشان می دهد که فرزندپروری مثبت اثر مثبتی بر روی والدین، کودکان و هم چنین روابط والد-کودک دارد(۱۲،۲۶).

مشکلاتی که والدین دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای و هم چنین مشکلاتی که خود این کودکان تجربه می کنند تا حدی به فرزندپروری والدین وابسته است. فرزندپروری مثبت نوع برداشت والدین از رفتار مخرب کودک را مورد هدف قرار داده و با تغییر نگرش والدین نسبت به رفتار کودک، می تواند موجب کاهش پرخاشگری و هم چنین افزایش سازگاری آنان با این رفتارها و هم چنین بهبود عملکردشان شود که این حالت به صورت متقابل باعث کاهش رفتارهای اخلالگرانه کودک می شود(۲۵). فرزندپروری مثبت با اهدافی که در دل خود دارد(۸) به خوبی می تواند در شناخت واره ها، هیجانات و رفتار والدین تغییرات مثبتی به وجود بیاورد. فرزندپروری مثبت به نوعی مرکز توجه را از کودک تا حدی بر روی خود والدین معطوف می کند و باعث می شود که والدین متوجه رفتار خود شوند و دست به قضاوت و داوری رفتار خود بزنند. در واقع این برنامه کمک می‌کند که والدین یک خودنگری دقیق و جامع بر رفتار خود داشته باشند(۹). به طور کلی، فرزندپروری مثبت می تواند دانش و مهارت، آموزش حل مسئله، گسترش سرگرمی و ایمنی، افزایش کارآمدی رفتاری، هوشی، زبانی، عاطفی و اجتماعی را در مادران افزایش دهد(۱۰) و با رشد چنین مهارت هایی در مادران می توان شاهد کاهش پرخاشگری و رفتاری های مخرب در آنان و کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای شد.

در بررسی اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، نتایج به دست آمده نشان داد که فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود پرخاشگری مادران و هم چنین نشانه های اختلال در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای اثر مثبتی دارد که نتایج این اثربخشی تا مرحله پیگیری هم چنان برقرار بود. این نتیجه همسو با برخی از پژوهش های انجام شده بود(۱۶،۱۷). بورک و همکاران در پژوهشی نشان دادند که این برنامه مداخلاتی(فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد) می تواند باعث کاهش مشکلات روان شناختی و بهبود مهارت های والدین دارای کودک مبتلا به یک بیماری مهلک شود. نتایج آنان نشان از پایداری اثربخشی تا مرحله پیگیری ۶ ماهه بود(۱۴). عظیمی فر و همکاران در پژوهشی بر روی مادران با کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی سازی شده به این نتیجه رسیدند که فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد می تواند باعث بهبود روابط خصمانه و پرخاشگرانه مادر-کودک شود و با کاهش تعارضات می تواند این رابطه را بهبود ببخشد(۲۷). جوشن پوش و همکاران نیز نشان دادند که فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش تعارضات والدین با فرزند خود می شود(۲۸).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.67]

به نظر می رسد که مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای درصدد این هستند که فرزندشان رفتارهای مغایر با اصول آن ها نشان ندهد و سعی دارند در تعاملاتشان با کودک دچار مشکل نشوند و از این وضعیت بسیار اجتناب می کنند که این حالت باعث پرخاشگری آنان و روش های تنبیهی و خشک می شود(۷). فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد به این مادران آموزش می دهد که از چنین وضعیت هایی گریزان نشوند و سعـــــی کنند چنین حالت هایی را بپذیرند که باعث می شود الگوهای رفتاری اشتباهی را در پیش نگیرند و متناسب با موقعیت از خود انعطاف نشان دهند و سعی نکنند با متوسل شدن به رفتار پرخاشگرانه رفتار کودک را اصلاح کنند.

این رویکرد به مادران کمک کرد تا ارزش های واقعی زندگی خود و مادری شان را مشخص کنند. مشخص ساختن ارزش های مادر–فرزندی به آنان کمک کرد که به جای اهمیت دادن به صدای ذهن، به کودکشان اهمیت دهند و این عمل باعث شد تا متوجه شوند که احساسات، افکار و انتقادات ذهنی مانع از مشاهده درست کودک و پاسخ مناسب به وی می شود. شیرالی نیا و همکاران نشان دادند که فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد باعث می شود که مادران مشکلات فرزند خود را پذیرند و با حفظ آرامش پاسخ بهتری به کودک خـــود بروز دهند(۲۹). به نظر می رسد که چنین واکنش هایی از سوی مادر با کاهش رفتارهای اخلالگرانه کودک همراه شود.

در مقایسه بین فرزندپروری مثبت و فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد نتایج پژوهش نشان داد که بین این دو رویکرد در اثربخشی تفاوتی وجود ندارد و تنها در مرحله پس آزمون پرخاشگری والدین، بین این دو رویکرد تفاوت وجود دارد. اثربخشی هر دوی این برنامه ها نشان می دهد که هر دو برنامه آموزشی قابلیت هایی دارند که با ارائه دانش و مهارت هایی به مـــــادران دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای، اثرات قابل توجهی بر روی آنان دارند. بنا بر این با توجه به نتـــــایج به دست آمده نمی توان ارزش های هر دو رویکرد را کاست اما نتایج تا حدی نشان از برتری فرزندپروری مثبت دارد. این برتری به نظر می رسد که حاکی از مدون بودن فرزندپروری مثبت نسبت فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد باشد. چرا که فرزندپروری مثبت از همان ابتدا با هدف آموزش به والدین به وجود آمده و پژوهش های فراوانی در راستای بررسی و اصلاح آن صورت گرفته است و توانسته جایگاه بالایی در حوزه فرزندپروری پیدا کند. فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد در واقع زیرمجموعه ای از درمان پذیرش و تعهد است و به نوعی کودک نوپایی در حوزه فرزندپروری است که در حال پیشرفت و مدون سازی خود است. با این همه آن چه امروزه شاهد آن هستیم این است که به دلیل نقاط قوت و ضعف این برنامه ها، به تازگی پژوهشگران سعی کرده اند این دو برنامه آموزش را تلفیق کنند. براون و همکاران در دو پژوهش متفاوت نشان دادند که تلفیق فرزندپروری مثبت و فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد می تواند بهبودی قابل توجه با اندازه اثر بالایی بر روی والدین و فرزندان داشته باشد(۱۵،۳۰). بنا بر این پیشنهاد می شود که پژوهشگران سعی در تلفیق این دو رویکرد آموزشی و بررسی اثرات آن بر روی والدین و فرزندان داشته باشند.

به طور کلی نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که فرزندپروری مثبت و فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد موجب بهبود پرخاشگری مادران و کاهش نشانه های اختلال در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای می شود. فرزندپروری مثبت و فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد علاوه بر داشتن اثر مثبت بر روی والدین، با برخورداری از اثرات سیستمی خود می توانند موجب بهبود وضعیت رفتاری–هیجانی کودکان دارای اختلال روانی شوند. از این رو پیشنهاد می شود که متخصصان و خصوصاً مدیران و مشاوران مدارس در اجرای برنامه های آموزشی، سعی در گنجـــــاندن این دو بـــــرنامه فرزندپروری، در آموزش های مربوط به والدین داشته باشند. امید است که با اجرای پژوهش هایی و تلفیق این دو برنامه بتوان خدمات بیشتر و بهتری به والدین عرضه کرد. این پژوهش چون سایر پژوهش ها دارای محدودیت هایی است، از آن جایی که برای بررسی متغیرهای پژوهش

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.67]

از پرسش نامه استفاده شده و سوگیری هایی که ممکن است در پاسخ به آن وجود داشته باشد و هم چنین عدم پیگیری بیشتر؛ به دلیل محدودیت های زمانی، ضرورت دارد در تعمیم نتایج احتیاط صورت گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته شده از رساله دکتری مشاوره در دانشگاه هـــــرمزگان است. پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از کلیه مادران شرکت کننده در پژوهش، خانواده آنان و مسئولین محترم آموزش و پرورش شهرکرد و سایر اساتید و دوستانی که یاریگر ما در این پژوهش بوده‌اند، تشکر و قدردانی نمایند.
کد اخلاق: IR.HUMS.REC.1398.126

References

1.Grothaus T. School counselors serving students with disruptive behavior disorders. Prof Sch Coun 2012; 16:214-9.
2.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatr Publication. 2013;P.1-100
3.Kimonis ER, Frick PJ. Oppositional defiant disorder and conduct disorder grown up. J Dev Behavior Pediatr. 2010; 31:244-54. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181d3d320
4.Burke JD, Rowe R, Boylan K. Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. J Child Psychol Psychiatr 2014; 55:264-72. doi.org/10.1111/jcpp.12150
5.Burke JD, Hipwell AE, Loeber R. Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. J Am Acad Child Adole Psychiatr2010; 49:484-92. doi.org/10.1016/j.jaac.2010.01.016
6.Jalali M, Shaeeri M, Tahmasian K, Pourahmadi E. [The effects of triple p-positive parenting program on 7-10 year old children with oppositional defiant disorder]. CPAP 2009; 1:29-38. (Persian)
7.Nowak C, Heinrichs N. A comprehensive meta-analysis of Triple P Positive parenting program using hierarchical linear modeling effectiveness and moderating variables. Clin Child Fam Psychol Rev2008; 11:114. doi.org/10.1007/s10567-008-0033-0
8.Sanders MR, Markiedadds C, Turner K. Theoretical scientific and clinical foundations of the triple p positive parenting program: a population approach to the promotion of parenting competence. Parent Res Pract Mon 2003; 1, 1-21. doi.org/10.5172/jamh.2.3.127
9.Arjmandnia AA, Ashoori M, Jalilabkenar S. [Comprehensive view to positive parenting program principle goals levels and content]. Frooyesh2017; 6: 35-52 (Persian)
10.Fujiwara T, Kato N, Sanders MR. Effectiveness of group positive parenting program (triple p) in changing child behavior parenting style and parental adjustment an intervention study in Japan. J Child Fam Stud 2011; 20: 804-13. doi.org/10.1007/s10826-011-9448-1
11.Pickering JA, Sanders MR. Reducing child maltreatment by making parenting programs available to all parents a case example using the triple p positive parenting program. Traum Viol Abuse 2016; 17:398-407. doi.org/10.1177/1524838016658876
12.Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, Day JJ. The triple p positive parenting program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. Clin Psychol Rev 2014; 34:337-57. doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003
13.Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. Am Psychol Ass 2009;3:34-9.
14.Burke K, Muscara F, Mccarthy M, Dimovski A, Hearps S, Anderson V, Walser R. Adapting acceptance and commitment therapy for parents of children with life-threatening illness pilot study. Fam Sys Health2014; 32:122. doi.org/10.1037/fsh0000012
15.Brown FL, Whittingham K, Boyd RN, Mckinlay L, Sofronoff K. Does stepping stones triple p plus acceptance and commitment therapy improve parent couple and family adjustment following paeadiatric acquired brain injury? Behavior

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.67]

Res Ther 2015; 73:58-66. doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.001
16.Blackledge JT, Hayes SC. Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. Child Fam Behavior Ther 2006; 28:1-8. doi.org/10.1300/J019v28n01_01
17.Gould ER, Tarbox J, Coyne L. Evaluating the effects of acceptance and commitment training on the overt behavior of parents of children with autism. Cont Behavior Sci 2018; 7:81-8. doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.06.003
18.Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in the humanities and social sciences.1th ed. Tehran Roshd Publication. 2015.
19.Sanders MR. The triple p positive parenting program a public health approach to parenting support. 3th ed. WHO Publication.2007;P. 203-33.
20.Coyne L, Murrell A. The joy of parenting an acceptance and commitment therapy guide to effective parenting in the early years. 2 th ed. New Harb Publications.2009;P.171-8.
21.Hommersen P, Murray C, Ohan JL, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale preliminary evidence of reliability and validity. J Emot Behavior Dis 2006; 14:118-25. doi.org/10.1177/10634266060140020201
22.Faramarzi S, Abedi A, Ghanbari A. [Mother communication patterns and oppositional defiant disorder of children]. Med J Tabriz Uni Med Sci 2012; 34: 90-6. (Persian)
23.Buss AH, Perry M. the aggression questionnaire. J Pers Soc Psychol1992; 63: 452-9.
24.Mohammadi N. [Preliminary survey of psychometric indices of bus perrys aggression questionnaire]. Soc Sci Hum Uni Shiraz 2006; 25: 135-51. (Persian)
25.Sanders MR, Pidgeon AM, Gravestock F, Connors MD, Brown S, Young RW. Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the triple P positive parenting program with parents at risk of child maltreatment?. Behavior Ther 2004; 35:513-35. doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80030-3
26.Wiggins TL, Sofronoff K, Sanders MR. Pathways triple P positive parenting program effects on parent child relationships and child behavior problems. Fam Proce 2009; 48: 517-30. doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01299.x
27.Azimifar SH, Jazayeri R, Fatehizade M, Abedi A. [The comparing the effects of parent management training and acceptance and commitment based parenting training on mother child relationship among mothers who have children with externalizing behavior problems]. Fam Coun Psychol 2018; 7: 99-122. (Persian)
28.Joshanpoush S. Fazilatpour M, Rahmati A. [The effectiveness of parent child relationship training based on ACT on the parent adolescent conflict of mothers with epileptic child]. Res Cog Behavior Sci 2017; 7: 39-50. (Persian)
29.Shiralinia KH, Abdollahimousavi H, KHojastemehr R. The effectiveness of group acceptance and commitment therapy based training on parenting stress and psychological flexibility in mothers of children with autism spectrum disorder. Psychol Exc Ind2017; 7: 21-44. doi.org/10.22054/jpe.2018.26885.1695
30.Zarling A, Lawrence E, Marchman J. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. J Cons Clin Psychol2015; 83: 199. doi.org/10.1037/a0037946

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.67]

Comparison of the Effectiveness of Positive Parenting Program Training and Acceptance and Commitment based Parenting Training on Mothers' Aggression and Symptoms of Oppositional Defiant Disorder in Children

*Amininaghani S[1], Najarpourian S[*2], Samavi A[2]*

(Received: June 1, 2019 Accepted: November 13, 2019)

Abstract

Introduction: Parental interactions with children with oppositional defiant disorder (ODD) can cause problems in their relationship with these children and increase the severity of the disorder symptoms. This study aimed to compare the effectiveness of Positive Parenting Program Training (Triple-P) and Acceptance and Commitment based Parenting Training (ACT) on mothers' aggression and symptoms of ODD in children.

Materials & Methods: This semi-experimental study was conducted based on a pretest, posttest, and follow up design with two experimental and one control groups. Statistical population of this study consisted of all mothers of elementary students in grades 1st, 2nd, and 3rd with ODD in Shahrekord, Iran, during 2018. In total, 45 mothers were selected through a purposive sampling method and were divided into two groups of Triple-P and ACT, as well as one control group. The data were collected using Oppositional Defiant Disorder Rating Scale and Aggression Questionnair. Moreover, the data were analyzed in SPSS software (version 22) through one-way analysis of covariance and Bonferroni post hoc test. *Ethics code:* IR.HUMS.REC.1398.126

Findings: The results showed a significant difference between the two experimental groups and the control group in the post-test ($F=27.40$, $P<0.05$) and follow up ($F=7.42$, $P<0.05$) regarding the mothers' aggression and also in the post-test ($F=47.64$, $P<0.05$) and follow up ($F=33.88$, $P<0.05$) regarding disorder symptoms. Moreover, the results showed no significant difference between Triple-P and ACT in other stages, except for mothers' aggression in the post-test.

Discussion & Conclusions: According to the findings, Triple-P and ACT can be effective in reducing the mothers' problems and children with ODD.

Keywords: Acceptance and commitment, Aggression, Oppositional defiant disorder, Positive parenting

1. Dept of Counseling, Faculty of Humanities Sciences, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran
2. Dept of Counseling, Research Center of Educational and Behavioral Sciences, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran
** Corresponding author email: najarpourian@hormozgan.ac.ir*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.67]