



# The Effectiveness of the Group Positive Parenting Training Program on Behavior Problems of Child and Anhedonia of the Mothers of Educable Mental Retarded Children

Maryam Bagheri <sup>1</sup>, Ilnaz Sajjadian <sup>2,\*</sup>, Amir Ghamarani <sup>3</sup>

<sup>1</sup> MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology and Education for Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran

\* **Corresponding author:** Ilnaz Sajjadian, Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. E-mail: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

**Received:** 25 Feb 2017

**Accepted:** 13 Mar 2018

## Abstract

**Introduction:** Birth and presence of a child with intellectual disabilities in every family It can be a challenging adverse events Probably will follow stress and frustration and feelings of sadness and despair. The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of the group positive parenting training program on the anhedonia of mothers and behavioral problems of educable mentally retarded children.

**Methods:** The research design was a pretest-posttest quasi-experimental design with the control group and 1 month follow up. For this purpose, from among mothers of educable mentally retarded children who referred to educational centers in the Isfahan city in the autumn 2016, 30 participants were selected using convenience sampling method and then were randomly assigned into two experimental and control groups (in each n = 15). Participates responded the anhedonia scale and the test of self-report based on Akhenbakh system (ASEBA). The group positive parenting training program was conducted during 8 sessions in group and for two months on the experimental group. The control group did not receive any intervention.

**Results:** The results of repeated measure indicated that the group positive parenting training program is effective on external behavior problems of child and two components of anhedonia (social interaction, drink and food) of their mothers.

**Conclusions:** Regarding the obtained results, it disabled to reduce external behavioral problems in children with intellectual disability and improve psychological state of their mothers can benefit from this method.

**Keywords:** Positive Parenting Training, Behavior Problems, Anhedonia, Educable Mental Retarded Child



# اثربخشی آموزش گروهی فرزندان پروری مثبت بر مشکلات رفتاری کودک و فقدان لذت جویی مادران دارای کودک کم توان ذهنی آموزش پذیر

مریم باقری<sup>۱</sup>، ایلناز سجادیان<sup>۲\*</sup>، امیرقمرانی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران  
<sup>۳</sup> استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران  
 \* نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. ایمیل: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۰۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۲۲

## چکیده

**مقدمه:** تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده‌ای، می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی گردد که احتمالاً تنیدگی و سرخوردگی و احساس غم و نومییدی را به دنبال خواهد داشت. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی فرزندان پروری مثبت بر مشکلات رفتاری کودک و فقدان لذت جویی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی آموزش پذیر انجام گرفت.

**روش کار:** طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۱ ماهه بود. بدین منظور از بین مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش پذیر مراجعه‌کننده به مراکز درمان اختلال یادگیری شهر اصفهان در بازه زمانی پاییز ۹۵، ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شده‌اند (هر گروه ۱۵ نفر) آزمودنی‌ها در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و ۱ ماه بعد در مرحله پیگیری به ابزارهای پژوهش شامل مقیاس نظام سنجش مبتنی بر تجربه‌ی آنبیخ و پرسش‌نامه فقدان لذت‌جویی پاسخ دادند. آموزش گروهی فرزندان پروری مثبت در طی ۸ جلسه به‌صورت گروهی به مدت دو ماه بر گروه آزمایش ارائه شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که آموزش فرزندان پروری مثبت بر مشکلات رفتاری برون‌ی (۰/۰۱۱) = P و فقدان لذت‌جویی در حیطه تعاملات اجتماعی (۰/۰۰۱) = P و آشامیدن و خوراک (۰/۰۰۱) = P تاثیرگذار بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان برای کاهش مشکلات رفتاری برون‌ی کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و بهبود وضعیت روانشناختی مادران آنها می‌توان از این روش سود جست.

**کلیدواژه‌ها:** مشکلات رفتاری، فقدان لذت‌جویی، آموزش فرزندان پروری مثبت، کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

کم توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی و سرخوردگی و احساس غم و نومییدی را به دنبال خواهد داشت [۲]. کودک کم توان ذهنی به دلیل اینکه رشد فکری کامل ندارد واکنش‌ها و ویژگی‌های خاصی دارد. از سوی دیگر چون نمی‌تواند بر رفتارهای خودکنترل داشته باشد یا اگر عمل خلافی از او سر زد احساس گناه و تقصیر کند و همچنین به دلیل اینکه

امروزه چگونگی سازگاری با تغییرات زندگی و راههای برخورد با فشار روانی، بویژه در رابطه با افشار آسیب پذیرتر از موضوع های مهم روانشناسی است. یکی از مواردی که موجب فشارروانی در خانواده می‌شود، وجود کودک با نیازهای خاص است. تأثیر کودکان با نیازهای خاص بر پدران و مادران و دیگر اعضای خانواده سالها مسأله مورد توجه متخصصان بوده است [۱]. تولد و حضور کودکی با

و برنامه های فرعی از قبیل مسافرت، دید و بازدید می شود. بنابراین فرصت تفریحات و اوقات فراغت لذت بخش اعضای خانواده، محدود شده یا در برخی موارد به دلیل افراط در مراقبت، دچار فقدان زمینه های کسب لذت و تفریحات می شوند [۸].

با توجه به توضیحات ارائه شده، بدیهی است آموزش اثربخش برای مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی که درگیری بیشتری به لحاظ مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دارند، بسیار حائز اهمیت است. یکی از جدیدترین و اثربخش ترین رویکردها در این زمینه، روش آموزش فرزندپروری است. بدین منظور ساندروز همکارانش [۱۳] براساس مداخلات خانوادگی و فرزندپروری، برنامه فرزندپروری مثبت را به وجود آوردند، که در قلمرو درمانگری های خانوادگی رفتاری براساس اصول یادگیری اجتماعی قرار دارد [۱۴]. این برنامه، یک مداخله چند سطحی است [۱۵]، که عوامل محافظتی کودکان را غنا می بخشد و عوامل خطر سازی را که با مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان در ارتباط است کاهش می دهد [۱۶]. این برنامه، تعاون و همکاری تیمی بین والدین در جهت ارتقای وضعیت کودک را تسهیل و تسریع می بخشد. ارتقای کمی و کیفی ارتباط زوجین یک ابزار بسیار مهم برای کاهش تعارضات خانوادگی بر سر مسائل تربیتی کودکان می باشد و سبب کاهش استرس والدین و کودک در هنگام بروز تعارض و تضاد در روابط می شود [۱۶].

برنامه فرزندپروری مثبت همچنین واکنش های عاطفی و ناخوشایند والدین که شامل افسردگی، خشم، اضطراب و سطوح بالایی از استرس خصوصاً در هنگام ایفای نقش والدگری می باشد را هدف قرار می دهد [۱۷]. ارتقای مهارت های والدگری باعث کاهش احساس درماندگی، افسردگی و استرس می شود و از این طریق خستگی و اضطراب والدین تعدیل و تخفیف می یابد. اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. این برنامه از پشتوانه تجربی خوبی در بهبود شیوه های فرزندپروری ناکارآمد [۱۸]، افسردگی، اضطراب، استرس و خشم والدین [۱۹]، تعارضات زناشویی [۲۰]، خودکارآمدی والدینی و تعامل والد-کودک [۲۱]، استرس والدگری و وضعیت روانشناختی مادر [۲۲]، استرس والدگری مادران دارای کودک بیش فعال و اوتیسم [۲۳]، سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به نقص توجه- بیش فعالی [۲۵]، سبک زندگی والدین، خودکارآمدی، رضایتمندی والدین، سازگاری والدین، روابط والدین و مراقبت از کودک [۲۶] برخوردار بوده است. درتزک و همکاران [۲۷] نشان داده اند که برنامه های فرزندپروری مثبت تأثیر مثبتی بر مشکلات رفتاری کودکان و وضعیت سلامت روان والدین دارد. بارلوو همکاران [۲۸] در یک بررسی فرا تحلیلی، ۲۶ مورد پژوهش بالینی را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و دریافتند که این برنامه باعث بهبود پیامدهای کوتاه مدت و نیز درازمدت سلامت روانی - اجتماعی مادران می شود به طوری که افسردگی، اضطراب و استرس مادران را کاهش و سازگاری زناشویی و اعتماد به نفس آنان را افزایش می دهد. با توجه به شیوع مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی و اهمیت احساس لذت جویی در بهزیستی روانشناختی مادران از یک سو و از آن جا که پژوهشهای محدودی در زمینه کودکان کم توان ذهنی صورت گرفته است و از آنجا که فقدان لذت جویی می تواند کیفیت رفتارهای مراقبتی والدین را

از نظر شخصی نارس و نابالغ است، ناگزیر نیازمند به توجه خاص و آموزش و خدمات فوق العاده است [۳]. مطالعات انجام شده در فرهنگ های مختلف نشان داده است، درصد قابل توجهی از کودکان به ویژه کودکان کم توان ذهنی سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار مشکلات رفتاری هستند [۴]. در جدیدترین سرشماری که بررسی ملی بهداشت کودکان، در سال ۲۰۱۱-۲۰۱۲ بر روی ۶۷۲ کودک ۱۰ تا ۱۷ سال مبتلا به ناتوانی ذهنی انجام گرفت ۳۸/۲ درصد از این کودکان دارای مشکلات رفتاری بودند در حالی که میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان عادی ۳/۴ درصد به دست آمد [۵].

منظور از مشکلات رفتاری، تمامی رفتارهای تکراری، غیر عادی و آزاردهنده، نظیر مکیدن انگشت، ناخن جویدن، تیک، لکنت زبان، کتک کاری، قشقرق راه انداختن و غیره است که باعث اختلال در کارکرد فرد و خانواده و آثار منفی بر یادگیری، ارتباط و کارایی اجتماعی آنان دارد [۳]. تاکنون طبقه بندیهای مختلفی برای اختلالات رفتاری صورت گرفته است. بعضی از پژوهشگران اختلالات رفتاری را به دو دسته بزرگ تقسیم کرده اند، اختلالات رفتاری درونی سازی، که شامل مواردی مانند افسردگی و اضطراب هستند، که با دنیای درونی فرد سروکار دارند و با تعارضهای روانی و هیجانی همراه است و اختلالات رفتار برونی سازی که شامل مواردی است که به مشکلات فرد با دیگران ارتباط دارد [۶].

والدین کودکان دارای کم توانی ذهنی به طور مداوم سطح بالاتری از استرس والدگری را نسبت به والدین کودکان عادی گزارش نموده اند که دارای پیامدهای روانی و جسمانی برای والدین و کودکان آنهاست [۷]. فقدان لذت جویی به عنوان کاهش ظرفیت تجربه لذت و کسری در لذت تعریف شده است که بیشتر در مبتلایان به افسردگی، اسکیزوفرنی، سوء مصرف مواد و رفتارهای ناسالم مانند: پر خوری و به طور کلی در رفتارهای پرخطر مشاهده شده است [۸]. فقدان لذت جویی یکی از پنج نشانه اصلی برای شناسایی افسردگی به شمار می رود. همچنین این مؤلفه یکی از دو مؤلفه مهم خلق پایین و عدم لذت از مواقع و اتفاقاتی که قبلاً منشأ لذت بوده اند، می باشد که در شناسایی و درمان مبتلایان به اختلال افسردگی نیز کاربرد دارد؛ به گونه ای که در بیش از یک سوم افراد مبتلا به افسردگی اساسی این علائم گزارش شده است [۹]. سانتلگو و همکاران [۱۰] در پژوهشی دریافتند که فقدان لذت جویی نقش مهمی در نظریه های آسیب شناسی روانی در قرن گذشته ایفا کرده است. در خصوص بررسی فقدان لذت جویی در خانواده های دارای افراد معلول و مراقبان افراد دارای بیماری های روانی، نتایج پژوهش های ولشورث و میجر [۱۱] قابل استناد می باشد. این محققان دریافتند که فقدان لذت جویی به عنوان یکی از عوامل اصلی در پیش بینی ابتلا به سایکوز و افسردگی در این افراد مطرح است. سیادتیان، قمرانی، جلالی و خلقی [۱۲] نیز در پژوهشی نشان دادند والدین کودکان کم توان ذهنی در کلیه مولفه های فقدان لذت جویی، در مقایسه با والدین کودکان غیر کم توان ذهنی، نمرات کمتری کسب می کنند و فقدان لذت جویی بیشتر داشتند. حضور کودک کم توان ذهنی نه تنها در ابعاد روانشناختی والدین و اعضای خانواده بلکه در وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنها تأثیر گذار است. یا به عبارتی دیگر زمان بر و هزینه بر بودن خدمات مراقبت از کودک کم توان ذهنی از طرفی خانواده را درگیر ارائه این خدمات کرده و از طرف باعث چشم پوشی آنها از علایق

فرم گزارش والدین دارای ۱۲۰ عبارت و ۸ عامل با عناوین اضطراب/افسردگی، افسردگی/انزوا، شکایتهای جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه، بررسی می‌کند. مشکلات درونی سازی شده شامل: اضطراب/افسردگی، افسردگی/انزوا، شکایت های جسمانی؛ و مشکلات برونی سازی شده شامل: نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه هستند. زیرمقیاسهای مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر و مشکلات توجه در حیطه مشکلات برونی سازی شده و درونی سازی شده قرار نمی‌گیرند و تحت عنوان مشکلات رفتاری دیگر قرار دارند. به منظور بررسی از روشهای همسانی درونی، بازآزمایی و توافق میان پاسخ دهندگان استفاده شده است که همگی حاکی از نتایج مثبت معنی دار بوده است. اعتبار مقیاس به شیوه ی همسانی درونی در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۹۲ قرار داشت [۲۹]. در ایران مینایی [۳۰] این ابزار را در تهران ترجمه و هنجاریابی نمود. در این پژوهش نیز همسانی درونی این مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ برای دو خرده مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۰ و ۰/۸۱ برآورد شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ برآورد شد.

#### مقیاس فقدان لذتجویی

این مقیاس شامل ۱۴ ماده بوده و توسط اسنیت و همکاران [۳۱]، ساخته شده است. این مقیاس دارای ۴ خرده مقیاس شامل: لذت از تعاملات اجتماعی (سوالات ۲، ۷، ۸، ۱۳، ۱۴)، لذت از تجربیات حسی (سوالات ۵، ۶، ۱۱، ۱۲)، لذت از تفریح - سرگرمی (سوالات ۱، ۳، ۹) و لذت از آشامیدن و خوراک (سوالات ۴، ۱۰) می‌باشد. نمره‌گذاری این مقیاس در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای، از یک تا پنج (کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱) صورت می‌گیرد.

در این راستا، نمره بالا در این مقیاس معرف ظرفیت بالای لذتجویی می‌باشد. این مقیاس هنجار و ویژگی های روانسنجی آن مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش سانتانگل و همکاران [۱۰] برابر با ۰/۷۱ محاسبه شده است. در نسخه ایرانی این مقیاس که توسط سیادتیان و قمرانی [۱۲] مورد بررسی قرار گرفت، روایی محتوای پرسشنامه با استفاده از نظر متخصصان و پایایی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌های: آشامیدن و خوراک ۰/۵۴، تعاملات اجتماعی ۰/۷۰، تجربیات حسی ۰/۷۹ و سرگرمی و تفریح ۰/۵۰ مورد تأیید قرار گرفت. همچنین ضریب پایایی تصنیفی مقیاس فقدان لذتجویی ۰/۸۶ محاسبه شد. در این پژوهش نیز همسانی درونی این مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ برای چهار خرده مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۹۰ برآورد شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ برآورد شد.

برای تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش حاضر از بسته آماری برای علوم اجتماعی (SPSS)، نسخه ۲۱ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی، محاسبه میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز در راستای فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

#### یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف معیار مادران شرکت کننده به ترتیب در گروه آزمایش (۴/۱۱، ۳۳/۲۴) و در گروه کنترل (۵/۸۷، ۳۴/۱۹) بود. همچنین میانگین و انحراف معیار تحصیلات در گروه آزمایش (۱۶/۸۸، ۲/۲۲) و

تحت تاثیر قرار دهد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی فرزندپروری مثبت بر مشکلات رفتاری کودک و فقدان لذتجویی مادران دارای کودک کم توان ذهنی آموزش‌پذیر شهر اصفهان انجام گرفت.

#### روش کار

طرح پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۱ ماهه بود. در این پژوهش مداخله مثبت نگر گروهی به عنوان متغیر مستقل و مشکلات رفتاری کودک و فقدان لذتجویی مادر به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر سعی شد تا با کسب رضایت آگاهانه، حفظ حریم خصوصی و رازداری، برآورد نسبت خطر - فایده و عدم اجبار و الزام جهت حضور در پژوهش اصول اخلاقی رعایت شود.

#### جامعه نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مراجعه‌کننده به مراکز درمان اختلال یادگیری در شهر اصفهان در پاییز ۹۴ بودند. بدین منظور ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). لازم به ذکر است تمایل آگاهانه برای شرکت در جلسات، مطلقه نبودن مادران، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، دارا بودن فرزند مبتلا به کم‌توانی ذهنی آموزش‌پذیر و عدم ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی همزمان به عنوان ملاک های ورود و عدم تمایل به همکاری در جلسات و داشتن بیش از ۲ جلسه غیبت، به عنوان ملاک خروج پژوهش در نظر گرفته شد. در مرحله بعد، مادران گروه آزمایش در جلسات گروهی برنامه آموزش فرزندپروری مثبت [۱۳] شرکت کردند.

خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است. برنامه فرزندپروری مثبت در طی هشت جلسه به صورت گروهی و به مدت دو ماه برای مادران در گروه آزمایش اجرا شد. در این مدت گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. در نهایت جهت رعایت ملاحظات اخلاقی آزمودنیهای گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و بعد از اتمام پیگیری آموزش فرزندپروری مثبت را دریافت کردند.

#### ابزارهای پژوهش

##### نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA)

در این پژوهش برای اندازه گیری اختلالات هیجانی- رفتاری از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ- فرم گزارش والدین استفاده شده است. نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ شامل مجموعه ای از فرم‌ها برای ارزیابی شایستگی‌ها، کارکرد انطباقی و مشکلات هیجانی/رفتاری است که عبارت اند از: سیاهه رفتاری کودک، پرسشنامه خود سنجی، و فرم گزارش معلم. هر یک از این فرم‌ها در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شوند. در صورت وجود محدودیت زمانی، می‌توان بر حسب نیاز تنها بخش‌هایی از فرم‌ها را که شایستگی‌ها و کارکردهای انطباقی را اندازه می‌گیرند، یا بخشی که مشکلات هیجانی/رفتاری را اندازه می‌گیرند، اجرا کرد. در این پژوهش، تنها پرسش‌های مربوط به بخش مشکلات هیجانی/رفتاری فرم گزارش والدین اجرا شده است.

در گروه کنترل (۳/۱۶، ۱۵/۱۱) بدست آمد. نتایج آزمون t نمونه های مستقل نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر سن

در گروه کنترل (۳/۱۶، ۱۵/۱۱) بدست آمد. نتایج آزمون t نمونه های مستقل نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر سن

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش فرزندپروری مثبت

جلسات	شرح جلسات
اول	آشنایی با اعضای گروه و توضیح اجمالی والدین در مورد مشکلات کودکان، بیان مقررات، توضیح در مورد اختلال، توصیف اجمالی در مورد فرزندپروری مثبت و هدف از استفاده آن، برخی علل مشکلات رفتاری کودکان، چگونگی ثبت رفتار کودک و ارائه جدول ها برای ثبت آنها
دوم	بررسی تکالیف جلسه اول و ارائه بازخورد، تقویت رابطه والد-کودک، چگونگی ارائه دستورالعمل، روش های آموزش مهارت ها و رفتار جدید
سوم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، انواع تقویت کننده ها، نحوه ارائه تحسین کلامی، نکات اصلی استفاده از تقویت کننده ها، ویژگی های اصول اساسی حاکم بر رفتار کودک توسط والدین
چهارم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، کاهش رفتارهای نامطلوب خفیف، پیامدهای منطقی (برای رفتارهای شدید)، مشکلات رایج در استفاده از روش
پنجم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، رهنمودهایی برای بقای خانواده، تشخیص موقعیت دردرساز، گام های فعالیت های برنامه ریزی شده.
ششم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، موانع حفظ تغییر.
هفتم	تشویق، رابطه ی بین رفتار مطلوب و نوع تشویق، تاثیرات تشویق بر رفتار، انواع تشویق (مادی، رفتاری، کلامی)، اصول تشویق
هشتم	تنبیه، هدف از تنبیه، روش های تنبیه، تاثیرات منفی تنبیه، اصول تنبیه

جدول ۲: یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

مرحله	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات رفتاری برونی سازی شده	۱۲/۳۵	۲/۷۱	۱۱/۹	۲/۳۵	۱۲/۲۵	۲/۲۶
	آزمایش	۱۱/۷۵	۲/۴۸	۱۱/۸	۳/۱۵	۲/۹۷
مشکلات رفتاری برونی سازی شده	۲۴/۱	۶/۲۹	۱۹/۰۵	۴/۹۳	۱۷/۷	۶/۱۵
	آزمایش	۲۱/۷۵	۵/۵۵	۲۱/۱۵	۶/۵۲	۵/۷۶
تعاملات اجتماعی	۱۱/۵	۲/۹۲	۱۵/۵۵	۳/۷	۱۴/۱	۲/۶۳
	آزمایش	۱۳/۱۵	۳/۶۳	۱۳/۷	۲/۰۵	۳/۰۸
تجربیات حسی	۱۲/۶	۳/۸۸	۱۲/۴	۳/۷۱	۱۱/۶	۴/۴۱
	آزمایش	۱۵/۶	۳/۹۲	۱۴/۹۵	۴/۲۳	۴/۹۶
تفریح و سرگرمی	۵/۱۵	۲/۳۹	۵/۵۵	۲/۵	۵/۸	۲/۸۳
	آزمایش	۷/۳۵	۲/۳۹	۵	۱/۷۷	۲/۵۵
خوردن و آشامیدن	۵/۴	۱/۹۸	۷/۴	۲/۳۴	۷/۶۵	۲/۵۱
	آزمایش	۴/۵	۲/۰۹	۷/۵	۲/۵۲	۲/۹

در جدول ۲، خلاصه ای از داده های توصیفی یعنی میانگین و انحراف معیار مولفه های مشکلات رفتاری کودکان و فقدان لذت جوی مادران آن هارا در مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است. همان طور که قابل مشاهده است، میزان مشکلات رفتاری کودکان درونی سازی شده و برونی سازی شده در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله ی پیش آزمون در هر دو متغیر کاهش داشته است. با توجه به اینکه نمره بالاتر در پرسشنامه فقدان لذت جویی معرف ظرفیت بالای لذت جویی می باشد، میانگین مولفه های تعاملات اجتماعی، تفریح و سرگرمی و خوردن و آشامیدن در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله ی پیش آزمون افزایش یافته است.

برای بررسی مفروضه ی تحقیق، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر باید استفاده شود یکی از پیش شرطهای این آزمون، فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه یا گروه های نمونه در جامعه است. پیش فرض نرمال بودن در صورتی رد می شود که احتمال تصادفی بودن تفاوت

میان توزیع گروه های نمونه و توزیع نرمال بودن نمرات در جامعه کمتر از ۰/۰۵ گردد. نتایج آزمون کولموگراف اسمیرنوف که برای مولفه های تعاملات اجتماعی در گروه آزمایش (F = ۰/۰۷۲، P = ۰/۱۸۵، F) در کنترل (F = ۰/۰۷۷، P = ۰/۱۸۳، F)، تجربیات حسی در گروه آزمایش (F = ۰/۲، P = ۰/۱۰۹، F)، تفریح و سرگرمی در گروه آزمایش (F = ۰/۱۵۴، P = ۰/۱۶۵، F) در کنترل (F = ۰/۲، P = ۰/۱۳۱، F) در کنترل (F = ۰/۰۰۳، P = ۰/۲۴۵، F)، مشکلات رفتاری درونی سازی شده در گروه آزمایش (F = ۰/۲۰۹، P = ۰/۹۳۷، F) در کنترل (F = ۰/۲۵۳، P = ۰/۹۴۱، F)، مشکلات رفتاری برونی سازی شده در گروه آزمایش (F = ۰/۷۳۹، P = ۰/۹۶۹، F) در کنترل (F = ۰/۳۹، P = ۰/۹۵۱، F) بدست آمد، که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل (به جز خوردن و آشامیدن در گروه کنترل) تأیید شد.

یکی دیگر از این پیش فرض های تحلیل واریانس چند متغیره سنجش همسانی کواریانس دو گروه است که با استفاده از آزمون باکس بررسی شد. نتایج آزمون باکس که برای مولفه های تعاملات اجتماعی ( $F = 0.065, P = 0.088$ )، تجربیات حسی در پس آزمون ( $F = 3.08, P = 0.061$ )، تفریح و سرگرمی ( $F = 2.04, P = 0.099$ )، مشکلات رفتاری درونی سازی شده ( $F = 1.78, P = 0.408$ )، به دست آمد، که فرض همسانی ماتریس های واریانس متغیرهای پژوهش تأیید می شود. با توجه به تأیید شدن پیش فرض ها جهت آزمون فرضیه های پژوهش می توان از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده کرد. نتایج تحلیل واریانس تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر حاصل از ارزیابی تأثیر مداخله فرزندپروری مثبت، بر مشکلات رفتاری کودک و میزان احساس فقدان لذت جویی مادران، در جدول ۳ ارائه گردیده است.

یکی دیگر از پیش فرض هایی که لازم است به منظور استفاده از آزمون های پارامتریک مورد استفاده قرار گیرد، پیش فرض تساوی واریانس هاست. اساس این پیش فرض بر آن است که واریانس های نمرات دو گروه در جامعه با هم برابر هستند و تفاوت معنا داری ندارند. نتایج آزمون لوین که برای مولفه های تعاملات اجتماعی در پس آزمون ( $F = 0.141, P = 0.709$ )، تجربیات حسی در پس آزمون ( $F = 0.800, P = 0.377$ )، تفریح و سرگرمی در پس آزمون ( $F = 0.102, P = 0.740$ )، در پیگیری ( $F = 2.150, P = 0.150$ )، خوردن و آشامیدن در پس آزمون ( $F = 0.226, P = 0.637$ )، در پیگیری ( $F = 0.395, P = 0.529$ )، مشکلات رفتاری درونی سازی شده در پس آزمون ( $F = 2.40, P = 0.122$ )، مشکلات رفتاری برون سازی شده در پس آزمون ( $F = 2.387, P = 0.131$ )، بدست آمد، که فرض صفر برای تساوی واریانس های دو گروه متغیر در پژوهش تأیید می شود و این پیش فرض رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مولفه های مشکلات رفتاری کودک و فقدان لذت جویی مادران

منبع تغییر	SS	Df	MS	F	Sig	میزان تأثیر	توان آماری
<b>مشکلات رفتاری درونی سازی شده</b>							
مراحل	۸/۱۵	۲	۴/۰۷	۱/۰۱	۰/۳۶۷	-۰/۰۲	۰/۲۲
گروهها	۱۴۰/۴۵	۱	۱۴۰/۴۵	۳/۵۸	۰/۰۶۶	-۰/۰۸	۰/۴۵
مراحل × گروه	۵/۵۱	۲	۲/۷۵	۰/۶۸	۰/۵۰۶	-۰/۰۱	۰/۱۶
<b>مشکلات رفتاری برون سازی شده</b>							
مراحل	۲۰۰/۴۵	۲	۱۰۰/۲۲	۳/۶۵	۰/۰۳۰	-۰/۰۸	۰/۶۵
گروهها	۲۸۱/۲۵	۱	۲۸۱/۲۵	۷/۱۷	۰/۰۱۱	-۰/۱۵	۰/۷۴
مراحل × گروه	۲۸۴/۵۱	۲	۱۴۲/۲۵	۵/۱۸	۰/۰۰۸	-۰/۱۲	۰/۸۱
<b>تعاملات اجتماعی</b>							
مراحل	۱۵۰/۸۶	۲	۷۵/۴۳	۱۰/۴۳	۰/۰۰۱	-۰/۲۱	۰/۹۸
گروهها	۱۲۰/۰۵	۱	۱۲۰/۰۵	۱۶/۳۲	۰/۰۰۱	-۰/۳۰	۰/۹۷
مراحل × گروه	۷۵/۲۶	۲	۳۷/۶۳	۵/۲۰	۰/۰۰۸	-۰/۱۲	۰/۸۱
<b>تجربیات حسی</b>							
مراحل	۲۱/۲۱	۲	۱۰/۶۰	۱/۵۵	۰/۲۱۸	-۰/۰۳۹	۰/۳۲۱
گروهها	۲۱/۰۱	۱	۲۱/۰۱	۱/۸۰	۰/۱۸۸	-۰/۰۴	۰/۳۵
مراحل × گروه	۱/۲۱	۲	۰/۶۰۸	۰/۰۸	۰/۹۱۵	-۰/۰۰۲	۰/۰۶۳
<b>تفریح و سرگرمی</b>							
مراحل	۱۹/۰۱	۲	۹/۵۰	۱/۸۶	۰/۱۶۲	-۰/۰۴	۰/۳۷۷
گروهها	۴/۵۱	۱	۴/۵۱	۰/۵۸۲	۰/۴۵	-۰/۰۱	۰/۱۱
مراحل × گروه	۴۲/۹۱	۲	۲۱/۴۵	۴/۲۰	۰/۰۱۹	-۰/۱۰	۰/۹۲۲
<b>آشامیدن و خوراک</b>							
مراحل	۲۱۱/۴۰	۲	۱۰۵/۷۰	۲۵/۸۴	۰/۰۰۱	-۰/۴۰	۱/۰
گروهها	۱۸۶/۰۵	۱	۱۸۶/۰۵	۲۹/۶۸	۰/۰۰۱	-۰/۴۳	۱/۰
مراحل × گروه	۱۳/۰۶	۲	۶/۵۳	۱/۵۹	۰/۲۰۹	-۰/۴۰	۰/۳۲

برونی سازی شده تفاوت معنی داری دارد. این نتایج بین مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر تعاملات اجتماعی ( $P = 0.001$ ) و آشامیدن و خوراک ( $P = 0.001$ ) بر حسب عضویت گروهی تفاوت معنی داری را نشان می دهد. تعامل عامل (مداخله فرزندپروری مثبت نگر) و عضویت گروهی در مورد هر دو متغیر تعاملات اجتماعی ( $P = 0.008$ ) و تفریح و سرگرمی ( $P = 0.019$ ) معنی دار است و این نشان می دهد که مداخله فرزندپروری مثبت نگر در دو گروه آزمایش و کنترل

این نتایج بین مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر مشکلات رفتاری برون سازی شده ( $P = 0.030$ ) بر حسب عضویت گروهی تفاوت معنی داری را نشان می دهد. تعامل عامل (مداخله فرزندپروری مثبت نگر) و عضویت گروهی فقط در متغیر مشکلات رفتاری برون سازی شده ( $P = 0.008$ ) معنی دار است و این نشان می دهد که مداخله فرزندپروری مثبت نگر در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در مورد مشکلات رفتاری

آموزش‌پذیر بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بین میانگین‌های نمرات پس از آزمون دو مورد از مولفه‌های فقدان لذت جویی (متغیر تعاملات اجتماعی و آشامیدن و خوراک) در دو گروه آزمایش و گواه پس از آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت تفاوت وجود دارد، به عبارت دیگر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر فقدان لذت جویی مؤثر است. بدین معنی که آموزش گروهی برنامه فرزندپروری مثبت توانسته است فقدان لذت جویی را کاهش دهد. نتایج پژوهش با یافته‌های جعفری و همکاران [۲۵] و روشن بین و همکاران [۲۲] مبنی بر تأثیر این شیوه مداخله بر سلامت روان و استرس والدگری مادران در بافتی کلی تر همسو است. البته به تفاوت اختلال کودک در این مطالعات با مطالعه حاضر بایستی توجه نمود. مطالعات دیگری نیز نشان داد فرزندپروری مثبت شواهد کارآمدی هم به عنوان روش درمانی برای جمعیت‌های بالینی و هم سطوح مداخله پیشگیری دارد و سبب کاهش چشمگیری در مشکلات رفتاری کودکان به طور پایدار می‌شود، همچنین به پیامدهای والدگری مثل کاهش سبک‌های والدگری آشفته، افزایش کارآمدی والدگری و کاهش استرس آنان منجر می‌گردد [۳۴].

برنامه والدگری مثبت براساس رفتار درمانگری‌های خانوادگی مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی بندورا پدید آمده است و پایه‌های اساسی این برنامه را پنج اصل محیط ایمن و جذاب، محیط یادگیری مثبت، انضباط قاطع، انتظارات واقع بینانه و توجه به نقش خود به عنوان والدین را شامل می‌شود. آموزش والدگری مثبت با آموزش به کار بردن مناسب تقویت‌کننده‌های عینی، تشویق‌کننده‌های کلامی متناسب با رفتار کودک در هر موقعیت و آموزش والدین در ایجاد فعالیتهای سرگرم‌کننده، از حفظ حالت مراقبت دایمی والدین از کودک می‌کاهد و از این طریق سطح تنش حاصل را در روابط والد-کودک به طرز قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد و موجب بهبود تعامل والد-کودک می‌شود. برنامه فرزندپروری مثبت همچنین واکنشهای عاطفی و ناخوشایند والدین که شامل افسردگی، خشم، اضطراب و سطوح بالایی از استرس خصوصاً در هنگام ایفای نقش والدگری می‌باشد را هدف قرار می‌دهد [۱۷]. این برنامه با آموزش مناسب به والدین برای اعمال کنترل مناسب و ایجاد رفتارهای سازنده در کودک حس صلاحیت و خودگردانی والدین را افزایش می‌دهد. با یادگیری مهارتهای برقراری ارتباط صمیمانه با کودک و ایجاد فعالیتهای سرگرم‌کننده برای او، از میزان مراقبت دایم و نگرانی والدین در مورد رفتارهای کودک می‌کاهد و موجب بهبود کیفیت تعامل والد-کودک می‌شود همچنین این امر به نوبه‌ی خود فرصت کافی به والد مراقبت‌کننده برای رسیدگی به نقش‌های اجتماعی متفاوت از جمله برقراری ارتباط مناسب با همسر و افراد دیگر در محیط اجتماعی او می‌شود.

به طور کلی در تبیین این موضوع می‌توان گفت که کسب آگاهی و اطلاع از ناتوانی ذهنی و نیز دستیابی به مهارتهایی برای مراقبت کودک، باعث شده است مادران ویژگی کودک را کمتر استرس‌آور بدانند و آموزش والدین، آنان را در چگونگی کمک به سازماندهی فرزندشان در خصوص وضعیت محیطی، توسعه مهارتهای حل مسئله و غلبه بر ناامیدی کمک می‌کند و به آنها می‌آموزد که واکنش مطلوب به رفتارهای تلاشگرانه کودک نشان دهند و از روشهای منظم و آرماسازی استفاده کنند که همه این موارد، بر سلامت روان مادر

در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در مورد تعاملات اجتماعی و تفریح و سرگرمی تفاوت معنی‌داری دارد. همچنین نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر دو متغیر تعاملات اجتماعی ( $P = 0/001$ ) و آشامیدن و خوراک ( $P = 0/001$ ) نشان داد. میزان تأثیر برای متغیر تعاملات اجتماعی برابر با ۰/۳۰ درصد و برای آشامیدن و خوردن برابر با ۰/۴۳ درصد بود.

## بحث

هدف اول پژوهش، بررسی تأثیر آموزش گروهی فرزندپروری مثبت‌نگر بر مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر بود. نتایجی که از این پژوهش حاصل شد، نشان داد که آموزش روش فرزندپروری مثبت موجب کاهش مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده کودکان می‌شود. یافته‌های این پژوهش با نتایج به‌دست آمده از پژوهش لویی و همکاران [۳۲] مبنی بر تأثیر آموزش فرزندپروری مثبت بر تخفیف قابل توجه علائم مشکلات رفتاری در کودکان سنین دبستان و در تزک و همکاران [۲۷] همسویی دارد. برنامه آموزش فرزندپروری مثبت با مد نظر قرار دادن مواردی هم‌چون پاداش‌های اتفاقی به رفتارهای منفی، نادیده گرفتن رفتارهای مطلوب، الگو گرفتن، نحوه ارائه راهنماها، پیغام‌های هیجانی و استفاده غیرمؤثر از تنبیه که به‌طور ناخواسته از سوی والدین اعمال می‌شود چرخه معیوب رفتار مقابله‌ای والدین را که منجر به سرپیچی و نافرمانی در کودک می‌شود اصلاح می‌کند [۳۳]. والدین کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری، رفتارهای امری بیشتری دارند، بیشتر مخالفت می‌کنند، پاداش‌های کمتری به کودک مطیع می‌دهند و پاداش‌های ارائه شده آنها بیشتر جنبه اتفاقی دارد. لذا در این شیوه آموزش سعی بر اصلاح این چرخه معیوب است. به این ترتیب کاهش مشکلات رفتاری در اثر آموزش نحوه درست و مؤثر والدگری قابل تبیین خواهد بود. از سوی دیگر با توجه به نیاز خاص کودکان کم‌توان ذهنی به توجه و پذیرش مثبت و حمایت از سوی والدین، برنامه فرزندپروری مثبت با ایجاد محیط مثبت یادگیری و آموزش به والدین برای داشتن توقعات منطقی از کودک کم‌توان ذهنی، مطابقت کودک با آرمان‌های والدین را افزایش می‌دهد و از طریق آموزش والدین برای صرف وقت کافی و داشتن روابط صمیمی با کودک و توجه و تقویت رفتارهای مثبت او و نه صرفاً توجه و تنبیه رفتارهای منفی کودک، باعث تقویت رابطه والد-کودک می‌شود و از این طریق باعث کاهش تنیدگی کودک و بهبود علائم نامناسب رفتاری در وی می‌شود. آموزش فرزندپروری به والدین دارای کودکان دشوار، شایستگی‌های والدگری آنها را افزایش می‌دهد و تمایل آنها به استفاده از تنبیهات نابجا را می‌کاهد. با توجه به اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت، بر مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، می‌توان این چنین تبیین کرد که مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، شامل مشکلاتی است که بیشتر به سمت بیرون فرد معطوف می‌باشد مثل برون‌ریزی، لجبازی، نافرمانی و روش آموزش فرزندپروری مثبت، شامل اصولی است که به مادر یاد می‌دهد تا یاد بگیرد چگونه با کودک خود در به مشکلات رفتاری بیرونی برخورد نماید.

دیگر هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش گروهی فرزندپروری مثبت‌نگر بر فقدان لذت جویی مادران کودکان کم‌توان ذهنی

ناتوانی ذهنی به صورت انفرادی و مقایسه آن با روش‌های گروهی صورت گیرد، همچنین پیشنهاد می‌گردد والدین همزمان مورد آموزش قرار گیرند، می‌گردد مدت‌زمان بیشتری به اجرای پیگیری اختصاص داده شود تا پایداری اثربخشی در مدت زمان طولانی تر مورد بررسی قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش استفاده مادران از روش فرزندپروری مثبت می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی که بیشتر جنبه برونی سازی دارند و افزایش احساس لذت جویی مادران موثر باشد.

### سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد در گرایش بالینی است که با کد تصویب ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۳۲۰۸۱ توسط سازمان مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی به تصویب رسید است. در پایان از مساعدت‌های دست اندرکاران مراکز درمان اختلال یادگیری شهر اصفهان و کلیه مادرانی که در این پژوهش مساعدت نمودند، تمامی مادران عزیزی که بی دریغ در روند این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

### References

- Hassall R, Rose J, McDonald J. Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: the effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *J Intellect Disabil Res.* 2005;49(Pt 6):405-18. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00673.x pmid: 15882391
- Khamis V. Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Soc Sci Med.* 2007;64(4):850-7. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.10.022 pmid: 17129651
- Yavari Y, Soleymani M, Fakhropour R, Asadi Faarsani M. [The Effects of Physical and Coordination Exercises on Behavior Disorders among Mentally Retarded Children]. *MEJDS.* 2014;4(2):52-9.
- Jenaabadi H. [Effectiveness of social skills training on reducing behavioral disorders exceptional students Kosar's fifth-grade school in Zahedan in 2009-2010]. *Psychol Spec.* 2010;1(2):73-84.
- Segal M, Eliasziw M, Phillips S, Bandini L, Curtin C, Kral TV, et al. Intellectual disability is associated with increased risk for obesity in a nationally representative sample of U.S. children. *Disabil Health J.* 2016;9(3):392-8. doi: 10.1016/j.dhjo.2015.12.003 pmid: 26785808
- Achenbach TM, Howell CT, Quay HC, Conners CK. National survey of problems and competencies among four- to sixteen-year-olds: parents' reports for normative and clinical samples. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1991;56(3):1-131. pmid: 1770964
- Neece CL, Lima EJ. Interventions for Parents of People with Intellectual Disabilities. *Curr Dev Disord Rep* 2016;3(2):124-8. doi: 10.1007/s40474-016-0088-4

تاثیرگذار است. به علاوه مداخله آموزشی موجب گردیده آن دسته از ویژگی‌های مادران که بر توانایی والدگری شایسته آنان در مورد فرزندانشان مؤثر است، تغییر کرده و قابلیت والدین را برای تصمیم‌گیری بهبود بخشد. افزایش اعتماد به نفس، اصلاح کف‌فهمی‌ها درباره این اختلال، تغییر اسنادهای منفی درباره رفتار کودک و کمک به والدین در ایجاد قالب‌های جدیدی که تجربه‌های خود را در آن مدیریت کنند، تأثیر قطعی آموزش والدین است. زیرا آموزش در دستیابی راه‌های بهتر برای اداره و تغییر رفتارهای مخرب مؤثر است و والدین با انجام تمرین‌ها، تحمل خود را در برابر ناکامی‌ها افزایش و در حیطه تعاملات اجتماعی شامل بودن با خانواده و دوستان نزدیک، لذت بردن از دیدن چهره خندان دیگران و کمک کردن به دیگران به عنوان لذت و در حیطه آشامیدن و خوراک نیز لذت بیشتری از خوردن غذای مورد علاقه و نوشیدن چای و قهوه احساس لذت بیشتری دارند. انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: جامعه آماری در این پژوهش مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی در شهر اصفهان بوده‌اند، لذا در تعمیم نتایج تحقیق مذکور به سایر گروه‌ها باید احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین این مداخله، با مداخلات روان‌شناختی دیگر مقایسه نگردیده است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی این مداخله در مادران کودکان دارای

- Tavakolizadeh J, Dashti S, Panahi M. The Effect of Rational-Emotional Training on Mothers' Mental Health Condition of Children with Mental Retardation. *Proc Soc Behav Sci* 2012;69:649-58. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.11.457
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. USA: American Psychiatric Pub, 2013.
- Santangelo G, Vitale C, Trojano L, Longo K, Cozzolino A, Grossi D, et al. Relationship between depression and cognitive dysfunctions in Parkinson's disease without dementia. *J Neurol.* 2009;256(4):632-8. doi: 10.1007/s00415-009-0146-5 pmid: 19370301
- Velthorst E, Meijer C, Investigators GROUP. The association between social anhedonia, withdrawal and psychotic experiences in general and high-risk populations. *Schizophr Res.* 2012;138(2-3):290-4. doi: 10.1016/j.schres.2012.03.022 pmid: 22484023
- Siadatian S, Ghamarani A. The Investigation of Validity and Reliability of Snaith-Hamilton Anhedonia Scale (Shaps) in the Students of Isfahan University. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2013;12(10):807-18.
- Sanders MR. Development, evaluation, and multinational dissemination of the triple P-Positive Parenting Program. *Annu Rev Clin Psychol.* 2012;8:345-79. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104 pmid: 22149480
- Sanders MR, McFarland M. Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behav Ther*



- 2000;31(1):89-112. doi: [10.1016/s0005-7894\(00\)80006-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(00)80006-4)
15. 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 Rev* 2008;11(3):114-44. doi: [10.1007/s10567-008-0033-0](https://doi.org/10.1007/s10567-008-0033-0)
  16. Sanders M. Practitioner's manual for Enhanced Triple. Brisbane, QLD, Australia: Families International Publishing; 1998.
  17. Sanders M, Markie-Dadds C, Turner K. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. Queensland: Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland; 2003.
  18. Sanders M. Triple P: A Multi- Level System of Parenting Intervention: Workshop Participant Notes. Brisbane, Australia: The University of Queensland; 2005.
  19. 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. doi: [10.1007/s10802-007-9148-x](https://doi.org/10.1007/s10802-007-9148-x) pmid: [17610061](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17610061/)
  20. Cann W, Rogers H, Worley G. Report on a program evaluation of a telephone assisted parenting support service for families living in isolated rural areas. *Austr e-J Adv Ment Health*. 2003;2(3):201-7.
  21. Ashori M, Afrooz G, Arjmandnia A, Pormohammadreza-tajrishi M, Ghobari-Bonab B. The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) on Parental Self-Efficacy and Mother-Child Interaction in Children Suffering from Intellectual Disability. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2015;23(5):489-500.
  22. Hahlweg K, Heinrichs N, Kuschel A, Bertram H, Naumann S. Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010;4:14. doi: [10.1186/1753-2000-4-14](https://doi.org/10.1186/1753-2000-4-14) pmid: [20470435](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20470435/)
  23. Roshanbin M, Pouretamad H, Khoushabi K. [Effects of Positive Parenting training program on stress among parents with children 4-10 years old with Hyperactivity Disorder / Attention Deficit]. *J Fam Res*. 2011;10:55-69.
  24. Saberi J, Bahramipour M, Ghmarane A, Yarmohamadian A. The Effectiveness of Group Positive Parenting Program on Parental Stress of Mothers of Children with Autism Disorder. *Knowledge Res Appl Psychol*. 2014;15(2):69-77.
  25. Jafari B, Mosavi R, Fathi Ashtiani A, Khoshabi K. [The Effectiveness of Positive Parenting Program on the Mental Health of Mothers with Children Suffering from Attention Deficit/Hyperactivity Disorder]. *J Fam Res*. 2011;6(4):497-510.
  26. Tellegen CL, Sanders MR. Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: a systematic review and meta-analysis. *Res Dev Disabil*. 2013;34(5):1556-71. doi: [10.1016/j.ridd.2013.01.022](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.022) pmid: [23475006](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23475006/)
  27. Dretzke J, Davenport C, Frew E, Barlow J, Stewart-Brown S, Bayliss S, et al. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2009;3(1):7. doi: [10.1186/1753-2000-3-7](https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-7)
  28. Barlow J, Coren E, Stewart-Brown S, Coren E. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. 2003. doi: [10.1002/14651858.CD002020.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002020.pub2)
  29. Achenbach TM, Rescola LA. Manual for the ASEBA school age: Form & profiles. Burlington, VT: University of Vermont. Department of Psychiatry; 2001.
  30. Minaei A. [Adaptation and standardization of Achenbach Child Behavior Checklist, Self and Teacher Report Form]. *J Res Except Child*. 2006;19(1):529-58.
  31. Snaith RP, Hamilton M, Morley S, Humayan A, Hargreaves D, Trigwell P. A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *Br J Psychiatry*. 1995;167(1):99-103. pmid: [7551619](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7551619/)
  32. Lui JHL, Johnston C, Lee CM, Lee-Flynn SC. Parental ADHD symptoms and self-reports of positive parenting. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(6):988-98. doi: [10.1037/a0033490](https://doi.org/10.1037/a0033490) pmid: [23796318](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23796318/)
  33. Sanders MR. Triple P – Positive Parenting Program: A population approach to promoting competent parenting. *Austr e-J Adv Ment Health*. 2014;2(3):127-43. doi: [10.5172/jamh.2.3.127](https://doi.org/10.5172/jamh.2.3.127)
  34. Morawska A, Dyah Ramadewi M, Sanders MR. Using epidemiological survey data to examine factors influencing participation in parent-training programmes. *J Early Childhood Res* 2014;12(3):264-78.