

## بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های سازگاری به والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان

### The Effectiveness of Parents' Skills Training Program on Reducing Children's Behavior Problems

M. Nematollahi, M. A.

✉ مریم نعمت‌اللهی

کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

S. Tahmasebi, Ph.D.

دکتر سیامک طهماسبی

استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دریافت مقاله: ۹۱/۸/۲۷

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۲/۱۱/۶

پذیرش مقاله: ۹۳/۱/۲۰

#### Abstract

**Objectives:** The aim of this research was to evaluate the effectiveness of parents' skill training program on reducing children's behavioral problems.

**Method:** In an experimental study (pre-post-test), 4 primary schools were randomly selected from schools of Tehran. Two schools were randomly allocated into experimental group and two into control group. Experimental group (mothers of children aged 7-9 years).

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های سازگاری به والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ۷-۹ ساله در نمونه غیربالینی انجام شد. برای دستیابی به این هدف از یک طرح پژوهشی از نوع آزمایشی بر اساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. به این ترتیب که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۴ مدرسه از بین مدارس دولتی شهر تهران انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند.

✉ Corresponding author: Preschhol Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Street, Daneshju blvd., Tehran, Iran.  
Email: [Maryam\\_nematollahi@yahoo.com](mailto:Maryam_nematollahi@yahoo.com)

✉ نویسنده مسئول: تهران، بولوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز آموزش پیش‌دبستانی  
پست الکترونیکی: [Maryam\\_nematollahi@yahoo.com](mailto:Maryam_nematollahi@yahoo.com)

received parents' skill training program for 8 weeks, two hours sessions. Parents' reports participating in the training program (n=30 mothers) were compared with parents' reports of non-trained control group (n=31 mothers). Data were gathered using Child Behavior Checklist (CBCL) and analyzed using covariance analyses. Results: There was a significant difference between the experimental and control group after the training. The experimental group reported a significant decrease in children's behavioral problems.

**Keywords:** Parents' Skill Training, Children's Behavioral Problems, Primary School.

به این صورت که در نهایت ۳۰ نفر از مادران کودکان ۷-۹ ساله در قالب گروه آزمایشی، به مدت ۸ هفته، هر هفته یک جلسه به مدت دو ساعت برنامه آموزش مهارت‌های سازگاری را دریافت کردند. گروه کنترل نیز در نهایت ۳۱ نفر شدند. ابزار اندازه‌گیری پژوهش، آزمون فهرست رفتاری کودک (CBCL) بود. نتایج بررسی داده‌های کمی پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بیانگر آن بود که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری در میزان مشکلات رفتاری کودکان ( $p < 0/01$ ) نشان دادند.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش مهارت‌های سازگاری به والدین، مشکلات رفتاری، دانش‌آموزان دوره ابتدایی.

## مقدمه

کیفیت زندگی خانواده پایه و اساس بهزیستی کودکان است. بر این اساس، روابط خانوادگی به طور کلی و رابطه والد - کودک به نحوی خاص بر سلامت روانی، جسمی و اجتماعی کودکان تأثیری ساری و جاری دارد. بسیاری از مشکلات روحی و اجتماعی کودکان به اختلال در کارکرد خانواده و روابط خانوادگی وابسته هستند (چمبرلین<sup>۱</sup> و پاترسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵، ساندرز<sup>۳</sup> و دانکن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از ساندرز، مارکی - ددز<sup>۵</sup> و ترنر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). مطالعات همه‌گیرشناسی<sup>۷</sup> بیانگر این است که عوامل خطرزای خانواده مانند فرزندپروری ضعیف و تعارضات خانوادگی بر رشد کودکان تأثیرگذار است. به خصوص عدم وجود یک ارتباط مثبت و گرم با والدین، دلبستگی ناایمن<sup>۸</sup>، قوانین خشک، انعطاف‌ناپذیر و نامناسب، نظارت ناکافی بر کودکان، تعارضات خانوادگی، جدایی و مشکلات روان‌شناختی والدین (به ویژه افسردگی مادر) خطر این را که کودکان دچار مشکلات عمده رفتاری و هیجانی نظیر سوء مصرف مواد، رفتارهای ضداجتماعی و جرایم اجتماعی شوند افزایش می‌دهد (کوی<sup>۹</sup>، ۱۹۹۶، لوبر<sup>۱۰</sup> و فرینگتون<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۸؛ به نقل از ساندرز و همکاران، ۲۰۰۳).

از طرف دیگر، اکثر کودکانی که در سال‌های نخستین کودکی واجد مشکلات رفتاری و عاطفی هستند، نه تنها به سادگی از آن عبور نمی‌کنند، بلکه ممکن است این مشکلات تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز در آن‌ها تداوم داشته باشد. با توجه به این واقعیت که مشکلات رفتاری و عاطفی اغلب به طور طبیعی کاهش نخواهند یافت، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان این مشکلات معطوف شده است (کارترایت - هاتون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقل از جلالی، ۱۳۸۵)، به طوری که پژوهش‌های متعددی به بررسی شیوع اختلال‌های رفتاری در جهان پرداخته‌اند. یکی از جامع‌ترین و نظام‌دارترین مطالعات در این زمینه، مطالعه رابرتس<sup>۱۳</sup>، اتکینسون<sup>۱۴</sup> و روزنبلات<sup>۱۵</sup> (۱۹۹۸)، می‌باشد که شامل ۵۲ تحقیق مقدماتی در ارتباط با میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در کشورهای مختلف جهان در ۵۰ سال اخیر بوده است و بیانگر آن است که میانگین شیوع ۱۵/۸٪ می‌باشد (نجفی، فولاد چنگ، علیزاده و محمدی‌فر، ۱۳۸۸). در ایران نیز میزان شیوع اختلالات رفتاری در مقیاس نظام مبتنی بر تجربه ۲۰/۳٪ در طبقه‌بندی بالینی و ۵/۸٪ در طبقه مرزی در دوره ابتدایی شهر تهران برآورد شده و میزان شیوع اختلالات در طبقه درونی‌سازی، ۱۲/۹٪ و در طبقه برونی‌سازی ۱۲/۳٪ به دست آمده است (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۷). شناسایی زودهنگام اختلالات رفتاری می‌تواند ما را در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و به کارگیری آن یاری دهد.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال‌های رفتاری و تأثیر بسیار آن بر کارکردهای تحصیلی و اجتماعی کودکان و نوجوانان، می‌توان به ضرورت توجه به مشکلات رفتاری و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای برای دانش‌آموزان، والدین و معلمان پی برد.

آموزش مهارت‌ها، کمک به کودکان در دستیابی به کفایت برای تسلط بر وظایف رشدی آنان است (اگوست، اندرسون، بلوم کوئیست، ۱۹۹۲؛ به نقل از بلوم کوئیست، ۱۹۹۶). کودکان با طی مراحل متعدد بر وظایف مختلف رشد تسلط یافته و در نهایت به درجه بالایی از کفایت دست می‌یابند. اگر کودکی نتواند مراحل اولیه را با موفقیت طی کند، احتمالاً در مراحل بعدی نیز مشکل خواهد داشت و در نتیجه در زندگی آینده‌اش نیز کفایت لازم را به دست نخواهد آورد (آرند، گوو و اسروف، ۱۹۷۹؛ اسروف، ۱۹۸۳؛ ماستن<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از بلوم کوئیست، ۱۹۹۶). تحقیقات زیادی در آسیب‌شناسی روانی، بیانگر این می‌باشند که در شرایطی که عوامل خطرزای متعددی برای کودک وجود دارند، کیفیت رابطه والد - کودک می‌تواند تأثیر این عوامل خطرزا را بر رشد کودک تعدیل کند (امری<sup>۱۷</sup>، فینچمن<sup>۱۸</sup> و کامینگز<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۲؛ ددز<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۵؛ دابکین<sup>۲۱</sup>، ترملی<sup>۲۲</sup> و ساکچیتل<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۷؛ به نقل از دیو<sup>۲۴</sup>، هارنت<sup>۲۵</sup>، استایگر<sup>۲۶</sup> و ددز، ۲۰۰۰).

مطالعات صورت گرفته بیانگر آن است که آن دسته از مداخلات کودک‌محوری که نقش والدین در آن‌ها فعال باشد، نسبت به مداخلاتی که صرفاً روی کودک متمرکز باشد، کارایی بهتری دارند

(کراتوچویل<sup>۲۷</sup> و موریس<sup>۲۸</sup>، ۱۳۸۸). از این رو در خانواده‌ای که مشکل رفتاری وجود دارد، ضروری است که والدین به منظور بهبود این وضعیت، فعالانه در این امر مشارکت داشته باشند.

برنامه‌های آموزش والدین بیانگر طرحی است که در آن به والدین جهت تغییر رفتار کودکان در خانه آموزش داده می‌شود. این رویکرد مبتنی بر قوانین یادگیری اجتماعی<sup>۲۹</sup> است که جهت افزایش رفتارهای مثبت و اجتماعی و کاهش رفتارهای نامطلوب مورد استفاده قرار می‌گیرند (کازدین<sup>۳۰</sup>، ۱۹۹۷). برنامه‌های آموزش والدین مبتنی بر این فرضیه است که عملکرد والدین بر پیشرفت یا نگهداری مشکلات رفتاری کودکی تأثیرگذار است. بسیاری از انواع مشکلات رفتاری در اثر ارتباط نحوه تربیت کودک و مشکلات رفتاری کودک ایجاد شده‌اند و تحقیقات تجربی نیز این مطلب را نشان می‌دهد (به عنوان مثال لیتون<sup>۳۱</sup>، ۱۹۹۰؛ پاترسون<sup>۳۲</sup> و رید<sup>۳۳</sup> و دیشیون<sup>۳۴</sup>، ۱۹۹۲؛ راتر<sup>۳۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از لوندال<sup>۳۶</sup>، ریسر<sup>۳۷</sup> و لوجوی<sup>۳۸</sup>، ۲۰۰۶). استفاده از برنامه‌های آموزش فرزندپروری از دهه ۱۹۶۰ آغاز شده است و در حال حاضر به شیوه‌های متنوع ارائه می‌گردند. مطالعات نشان می‌دهند این برنامه‌های آموزشی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بهبود سلامت روانی مادران دارای نقش مؤثری می‌باشند (گاویتا<sup>۳۹</sup>، جویس<sup>۴۰</sup>، ۲۰۰۸).

در طرح‌های پژوهشی تصادفی کنترل شده، برنامه‌های آموزش والدین برای کودکان سنین ۱۷-۲ ساله مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند (کازدین، ۱۹۹۷؛ به نقل از پرل<sup>۴۱</sup>، ۲۰۰۹) و در زمره کاربردی‌ترین پژوهش‌ها در درمان اختلالات رفتاری برای یک‌سوم تا دوسوم از جمعیت کودکان رو به بهبود با علائم بالینی قرار گرفته‌اند (کرونبرگر<sup>۴۲</sup>، میر<sup>۴۳</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از پرل، ۲۰۰۹). آموزش والدین به مثابه روشی مؤثر برای مداخله محسوب می‌گردد، به ویژه اگر این آموزش در آغاز شکل‌گیری اختلال ارائه گردد (بریسمیستر<sup>۴۴</sup> و اسکافر<sup>۴۵</sup>، ۲۰۰۷). نیکسون<sup>۴۶</sup> (۲۰۰۲)، در مطالعه‌ای که روی مداخلات آموزش والدین انجام داد به این نتیجه رسید که این روی آورد درمانگری هنوز رایج‌ترین روی آورد برای درمان مشکلات رفتاری در کودکان است.

نتایج ارزیابی گزارش والدین پس از اتمام شرکت در برنامه آموزش والدین حاکی از تأثیر مثبت برنامه‌های آموزش بر کاهش میزان تنیدگی والدین، افزایش اطلاعات، جایگزینی بازخوردهای مثبت در رابطه با تربیت کودک و تصحیح ادراک والدین از رفتارهای مشکل‌ساز فرزند خود بوده است (فیل<sup>۴۷</sup>، فیشل<sup>۴۸</sup>، ۱۹۹۸).

با توجه به این که اختلال‌های رفتاری، همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، هرگونه تلاشی که در زمینه شناسایی و تشخیص، پیشگیری، کنترل و درمان صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقا بخشد، ارزشمند است (نجفی و همکاران، ۱۳۸۸).

در ایران برنامه‌های آموزش مهارت به والدین به اندازه کافی در آزمایش‌های کنترل شده تصادفی اعتباریابی نشده و تنها تعداد محدودی پژوهش در این زمینه صورت گرفته است، از جمله پژوهش

تهرانی‌دوست، شهریور، محمودی‌قرائی و علاقه‌بندراد (۱۳۸۷) و طهماسبی (۱۳۹۰) و در دوره دبستان نیز برنامه فراگیر مداخله‌ای در این خصوص وجود ندارد، از این رو، پژوهش حاضر با توجه به ضرورت تمرکز بر مشکلات رفتاری و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای برای دانش‌آموزان، والدین و معلمان، به بررسی در خصوص یکی از جامع‌ترین برنامه‌های مداخله‌ای آموزش والدین می‌پردازد و با توجه به مطالب فوق‌الذکر بررسی اثربخشی آن حائز اهمیت است.

## روش

جامعه آماری پژوهش حاضر مشتمل بر کودکان ۹-۷ ساله شهر تهران می‌باشد. انتخاب نمونه مورد مطالعه به صورت خوشه‌ای و در دو مرحله انجام شد؛ به این ترتیب که در مرحله اول، از بین مناطق شهر تهران، منطقه ۶ با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب، سپس از لیست مدارس منطقه ۶، ۴ مدرسه انتخاب شد؛ دو مدرسه دخترانه و دو مدرسه پسرانه و در نهایت، این ۴ مدرسه در دو گروه آزمایش و کنترل به طور تصادفی قرار داده شدند؛ در هر گروه، یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه. با استفاده از آزمون فهرست رفتاری کودک (CBCL)، کودکان ۹-۷ ساله این مدارس از نظر مادران آن‌ها مورد ارزیابی اولیه قرار گرفتند و همه این مادران به شرکت در برنامه دعوت شدند و برای این مادران، جزئیات برنامه تشریح، سپس رضایت و تعهد شرکت در برنامه گرفته شد. در گروه آزمایشی، ۱۵ نفر در مدرسه دخترانه و ۱۵ نفر در مدرسه پسرانه به عنوان گروه آزمایش مورد آموزش قرار گرفتند. در گروه کنترل نیز ۱۶ نفر از مدرسه پسرانه و ۱۵ نفر از مدرسه دخترانه در تحلیل وارد شدند. به این ترتیب، برنامه آموزشی به گروه آزمایش (مادران) ارائه گردید و گروه کنترل مورد مداخله قرار نگرفت. در پایان (یک هفته پس از اتمام برنامه آموزشی) به هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسش‌نامه‌های فهرست رفتاری کودک جهت ارزیابی مجدد ارائه گردید و نتایج مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

در این پژوهش به گروه آزمایش، برنامه آموزش مهارت‌های سازگاری برای افزایش کیفیت رشدی مبتنی بر درمان رفتاری - شناختی<sup>۴۹</sup> بر اساس مدل معرفی شده توسط بلوم کوئیست (۲۰۰۶)، ارائه گردید. این برنامه طی هشت جلسه دو ساعته به صورت هفتگی به والدین کودک آموزش داده شد. درمان رفتاری - شناختی در این جا به صورت کلی و به عنوان مجموعه‌ای از مداخلات درمانی هدفمند و کوتاه‌مدت تعریف می‌شود که رویکردهای درمانی شناختی - رفتاری را دربر می‌گیرد. در این روش، مدل رشدی - اکولوژیکی<sup>۵۰</sup> درمان شناختی - رفتاری (برس ول<sup>۵۱</sup> و بلوم کوئیست، ۱۹۹۱؛ به نقل از بلوم کوئیست، ۱۹۹۶) برای چگونگی ارائه آموزش‌ها به کار رفته است. در بخش اکولوژیک این مدل، کودک در مرکز و سایر افراد در محیط وی قرار دارند. بخش رشدی این مدل بر انواع مختلف آموزش مهارت‌های منطبق با رشد کودک تأکید دارد. هدف اصلی آن است که به کودک و

والدینش بیاموزیم که به شیوه‌ای متفاوت فکر و رفتار کنند تا در نتیجه آن، رشد کودک تقویت گردد. در دوره آموزش تلاش می‌شود به والدین نظراتی ارائه شود تا آموزش مهارت‌ها را با محیط کودک هماهنگ نمایند و از بهترین روش‌ها برای تقویت رشد کودک استفاده نمایند (بلوم کوئیست، ۱۹۹۶). این برنامه آموزشی در سال ۲۰۰۶ توسط بلوم کوئیست براساس نسخه اصلی آن (۱۹۹۶) مورد ویرایش و تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه آموزشی توسط طهماسبی، فتی، طهماسیان و اصغرنژاد (۱۳۹۰) روی کودکان پیش‌دبستانی با موفقیت اجرا شد.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی (طهماسبی، ۱۳۸۵)، فهرست رفتاری کودک (CBCL)<sup>۵۲</sup> است.

**پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی (طهماسبی، ۱۳۸۵):** این پرسش‌نامه دارای سوالات متعددی در مورد تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی خانواده، جمعیت خانواده، وضعیت سلامت بدنی و روانی والدین و فرزندان به صورت کلی و جزئی می‌باشد. این پرسش‌نامه توسط مادر/ مراقب پر می‌شود. در بررسی آماری این پژوهش اطلاعاتی نظیر سن و جنس کودک، تحصیلات والدین و میزان درآمد خانواده مورد ارزیابی قرار گرفت.

**فهرست رفتاری کودک (CBCL):** این مقیاس در نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشناباخ<sup>۵۳</sup> برای ارزیابی سنجش صلاحیت، کنش‌وری سازشی و مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان ۱۸-۶ ساله معرفی شده است. این فهرست، توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هر کسی که با کودک در محیط‌های شبیه خانواده زندگی می‌کند و او را به طور کامل می‌شناسد، بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته تکمیل می‌شود. این فهرست دارای دو بخش است؛ بخش اول مربوط به صلاحیت کودک در زمینه‌های مختلف نظیر فعالیت‌ها، روابط اجتماعی و مدرسه است و بخش دوم مربوط به مشکلات عاطفی - رفتاری است که می‌توان آن را به دو صورت مورد بررسی قرار داد. ابتدا می‌توان از نیمرخ‌هایی که بر اساس اختلال‌های DSM-IV تنظیم شده است استفاده کرد. این جهت‌گیری بر اساس DSM مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری را دربر می‌گیرد.

همچنین می‌توان آن را بر اساس مقیاس‌های نشانگان‌ی که مبتنی بر تجربه هستند، مورد بررسی قرار داد. نشانگان، مجموعه‌ای از مشکلات و نشانه‌ها هستند که تمایل به وقوع هم‌زمان دارند. برای تشخیص نشانگان در فهرست رفتاری کودک از روش‌های تحلیل عوامل استفاده شده که بر اساس آن عوامل یا نشانگان اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتارهای قانون‌شکنی و رفتارهای پرخاشگرانه و سایر مشکلات به وجود آمده‌اند. بدین ترتیب در نمره‌گذاری مبتنی بر تحلیل عاملی ۹ زیرمقیاس و ۳ مقیاس وجود دارد: الف) مقیاس مشکلات درون‌سو که از مجموع نمره‌های زیرمقیاس‌های نشانگان اضطراب/

افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی و شکایات جسمانی به دست می‌آید، ب) مقیاس مشکلات برون‌سو که از مجموع نمره‌های زیرمقیاس‌های رفتارهای قانون‌شکنی و رفتارهای پرخاشگرانه به دست می‌آید، ج) دیگر مشکلات که از مجموع نمره‌های زیرمقیاس‌های مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه و سایر مشکلات به دست می‌آید. مجموع نمره‌های مقیاس‌های الف، ب و ج نمره کل را به دست می‌دهد که معرف مشکلات رفتاری کودک است. (آشنباخ و رسکورلا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). تعداد سؤالات این بخش ۱۱۳ سؤال است و پاسخ‌دهنده بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته هر سؤال را به صورت = نادرست؛ ۱ = تاحدی یا گاهی درست؛ و ۲ = کاملاً یا غالباً درست، درجه‌بندی می‌کند. در این پژوهش بخش دوم این پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت و از این بخش مقیاس‌های مشکلات درون‌سو و برون‌سو به صورت جداگانه مورد تحلیل قرار گرفت.

پایایی آزمون - بازآزمون (که به میزان عملکرد فرد در آزمون در طول زمان اشاره دارد و برای برآورد ثبات زمانی نمرات مقیاس‌ها محاسبه می‌شود) بین مصاحبه‌گران نمرات فهرست رفتاری کودک (CBCL) بین ۰/۹۳ تا ۱ برای نمرات به دست آمده از مصاحبه‌گران مختلف و گزارشات والدین با فاصله زمانی ۷ روز بوده است. نمرات CBCL بین ۱۲-۲۴ ماه ثبت داشته‌اند (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). هنجاریابی این نظام در شهر تهران، پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی صورت گرفته است. هم‌سانی درونی این نظام در مشکلات رفتاری - عاطفی کودکان رضایت‌بخش بوده است. هم‌سانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برآورد شده است. ضرایب آلفای مقیاس‌های نشانگان مبتنی بر تجربه اکثراً در سطح مطلوب و رضایت‌بخش قرار دارد. این ضرایب برای مقیاس درونی‌سازی ۰/۸۶، مقیاس برونی‌سازی ۰/۸۸ و برای مشکلات کلی ۰/۸۳ به دست آمده است (مینایی، ۱۳۸۵).

برای برآورد ثبات زمانی نمرات مقیاس‌ها، ۱۳۴ نفر از والدین، فرم CBCL را با فاصله زمانی ۸ - ۵ هفته مجدداً تکمیل کردند. نمونه‌ای که برای این منظور استفاده شد، مرکب از کودکان عادی و کودکان مبتلا به مشکلات عاطفی - رفتاری بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و آزمون t برای نمونه‌های وابسته مورد تحلیل قرار گرفت. این ضریب برای مقیاس درونی‌سازی ۰/۴۸، مقیاس برونی‌سازی ۰/۹۷ و برای مشکلات کلی ۰/۵۸ به دست آمد. هم‌چنین در اعتبار آزمون - بازآزمون تمام همبستگی‌های گشتاوری پیرسون معنادار بوده است (مینایی، ۱۳۸۵).

در خصوص روایی آزمون، بر اساس یافته‌های مربوط به تمایزگذاری گروهی (بالینی و عادی) همبستگی سؤال - نمره کل، همبستگی درونی مقیاس‌ها و قدرت تمایزگذاری می‌توان چنین نتیجه گرفت که فرم CBCL ابزاری روا برای سنجش اختلالات عاطفی - رفتاری کودکان و نوجوانان است و می‌توان با اطمینان خاطر از آن استفاده کرد.

## یافته‌ها

در گروه آزمایش ۳۰ کودک (۱۵ دختر) و در گروه کنترل ۳۱ کودک (۱۵ دختر) جای گرفتند. میانگین سنی دو گروه یکسان و حدود ۷/۷ سال بود. در مجموع ۶۷/۸٪ از خانواده‌ها درآمد بالاتر از ۶۰۰ هزار تومان داشتند. حدود ۴۹٪ از مادران و ۴۲٪ از پدران تحصیلات کارشناسی، ۳۲٪ از مادران و ۲۱٪ از پدران تحصیلات دیپلم داشتند.

به منظور آزمون یکسان بودن دو گروه آزمایش و کنترل بر حسب درآمد خانواده و سطح تحصیلات پدر و مادر از آزمون  $\chi^2$  دو دومتغیره استفاده شد. مقادیر محاسبه شده برای وضعیت درآمد خانواده  $\chi^2(0/509, 2) = 1/351$ ، برای میزان تحصیلات مادر  $\chi^2(0/293, 5) = 2/279$  و برحسب میزان تحصیلات پدر  $\chi^2(0/312, 6) = 7/099$  حاصل شد. بررسی نتایج بیانگر آن است که دو گروه آزمایش و کنترل در این معیارها یکسان هستند.

مشخصه‌های توصیفی گروه‌های مداخله و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون فهرست رفتاری کودک در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی نمرات خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری در کودکان دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	خرده‌مقیاس	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	درونی‌سازی	۷،۸۰	۵،۶۰۴	۴،۴۰	۳،۵۹۳
	برونی‌سازی	۸،۳۳	۷،۰۴۳	۶،۱۰	۵،۷۸۶
	مشکلات رفتاری کل	۳۱،۱۰	۱۷،۹۹۹	۲۰،۴۰	۱۴،۵۰۷
کنترل	درونی‌سازی	۹،۱۰	۶،۹۱۱	۱۰،۲۳	۶،۲۲۷
	برونی‌سازی	۱۱،۴۸	۶،۳۷۶	۱۲،۶۸	۶،۶۱۵
	مشکلات رفتاری کل	۳۵،۲۳	۱۸،۷۹۵	۳۹،۴۲	۱۸،۱۹۱

نتایج جدول ۱ نشانگر آن است که در مرحله پیش‌آزمون بین میانگین مشکلات رفتاری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت کمی وجود دارد. اما در مرحله پس‌آزمون به طور کلی میانگین تمامی خرده‌مقیاس‌ها و نیز نمره کل مشکلات رفتاری در گروه آزمایش (بعد از آموزش مهارت سازگاری به مادران) نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است، به علاوه بررسی میزان مشکلات رفتاری در این جدول بیانگر آن است که این پژوهش از نوع پیشگیری بوده است.

به منظور بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های سازگاری به مادران در کاهش مشکلات رفتاری کودکان و در مقیاس‌های مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی، برای ثابت نگه داشتن اثر نمرات



پیش‌آزمون این مقیاس‌ها در گروه آزمایش و گروه کنترل و مقایسه نمرات پس‌آزمون آنان از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج در جدول‌های ۲، ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس برای نمرات مشکلات رفتاری کل در دو گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
پیش‌آزمون	۱۲۶۱۸.۲۴۱	۱	۱۲۶۱۸.۲۴۱	۲۱۴.۴۶۳	۰.۰۰۱
گروه	۳۷۲۹.۴۸۲	۱	۳۷۲۹.۴۸۲	۶۳.۳۸۷	۰.۰۰۱
خطا	۳۴۱۲.۵۰۷	۵۸	۵۸.۸۳۶		
کل	۲۱۵۴۵.۷۳۸	۶۰			

با توجه به نتایج جدول ۲ مقدار F محاسبه شده برای نمرات پس‌آزمون مشکلات رفتاری در کودکان دو گروه آزمایش و کنترل بعد از ثابت نگه داشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است ( $P < 0/01$ ),  $F(58,1) = 63/387$ . در نتیجه بین میانگین نمرات پس‌آزمون مشکلات رفتاری در کودکان گروه آزمایش و کنترل با ثابت نگه داشتن اثر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده دو گروه نشان می‌دهد که میانگین نمره مشکلات رفتاری در کودکان گروه آزمایش ( $M = 22/068$ ) پایین‌تر از گروه کنترل ( $M = 37/81$ ) است. بنابراین آموزش مهارت‌های سازگاری به مادران کودکان گروه آزمایش که این برنامه را دریافت کرده‌اند، در مقایسه با کودکان گروه کنترل که مادران آنها این برنامه را دریافت نکرده‌اند، تأثیر داشته است به طوری که موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان گروه آزمایش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای نمرات مشکلات درونی‌سازی در دو گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
پیش‌آزمون	۱۰۲۸.۷۷۶	۱	۱۰۲۸.۷۷۶	۱۰۱.۵۰۵	۰.۰۰۱
گروه	۳۷۲.۰۰۵	۱	۳۷۲.۰۰۵	۳۶.۷۰۴	۰.۰۰۱
خطا	۵۸۷.۸۴۳	۵۸	۱۰.۱۳۵		
کل	۲۱۳۴.۰۶۶	۶۰			

با توجه به نتایج جدول ۳ مقدار F محاسبه شده برای نمرات پس‌آزمون مشکلات درونی‌سازی در کودکان دو گروه آزمایش و کنترل بعد از ثابت نگه داشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است ( $P < 0/01$ ),  $F(1, 58) = 36/704$ . در نتیجه بین میانگین نمرات پس‌آزمون

مشکلات درونی‌سازی در کودکان گروه آزمایش و کنترل با ثابت نگه داشتن اثر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده دو گروه نشان می‌دهد که میانگین نمره مشکلات درونی‌سازی در کودکان گروه آزمایش ( $M=4/84$ ) پایین‌تر از گروه کنترل ( $M=9/80$ ) است. بنابراین آموزش مهارت‌های سازگاری به مادران کودکان گروه آزمایش که این برنامه را دریافت کرده‌اند، در مقایسه با کودکان، گروه کنترل که مادران آن‌ها این برنامه را دریافت نکرده‌اند، تأثیر داشته است، به طوری که موجب کاهش مشکلات درونی‌سازی کودکان گروه آزمایش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای نمرات مشکلات برون‌سازی در دو گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
پیش‌آزمون گروه	۱۸۰۷.۱۵۵	۱	۱۸۰۷.۱۵۵	۲۲۰.۰۵۲	۰.۰۰۱
خطا	۴۷۶.۳۱۹	۵۸	۸.۲۱۲	۲۷.۸۲۱	۰.۰۰۱
کل	۲۹۴۳.۰۴۹	۶۰			

با توجه به نتایج جدول ۴ مقدار F محاسبه شده برای نمرات پس‌آزمون مشکلات برون‌سازی در کودکان دو گروه آزمایش و کنترل بعد از ثابت نگه داشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است ( $F(1, 58) = 27/821, P < 0/01$ ). در نتیجه بین میانگین نمرات پس‌آزمون مشکلات برون‌سازی در کودکان گروه آزمایش و کنترل با ثابت نگه داشتن اثر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده دو گروه نشان می‌دهد که میانگین نمره مشکلات برون‌سازی در کودکان گروه آزمایش ( $M=7/42$ ) پایین‌تر از گروه کنترل ( $M=11/40$ ) است. بنابراین آموزش مهارت‌های سازگاری به مادران کودکان گروه آزمایش که این برنامه را دریافت کرده‌اند، در مقایسه با کودکان گروه کنترل که مادران آن‌ها این برنامه را دریافت نکرده‌اند، تأثیر داشته است، به طوری که موجب کاهش مشکلات برون‌سازی کودکان گروه آزمایش شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش برنامه مهارت‌های سازگاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ۷-۹ بود. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتیجه تحلیل نشان داد آموزش برنامه مهارت‌ها منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

هم‌سو با یافته‌های پژوهش حاضر ویگینز<sup>۵۵</sup>، سافرونوف<sup>۵۶</sup> و ساندرز (۲۰۰۹) و ساندرز، موراوسکا<sup>۵۷</sup> (۲۰۰۷) در بررسی برنامه فرزندپروری مثبت، بهبود روابط والد - کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودک را گزارش کردند. طالعی، طهماسیان، وفایی (۱۳۹۰) نیز در همین راستا اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت را بر کاهش میزان مشکلات رفتاری دختران و افزایش خودآزمندگی والدینی مادران گزارش کرده‌اند. یافته‌های جانبی این پژوهش نیز بیانگر تأثیر معناداری در خرده‌مقیاس‌های مشکلات هیجانی و مشکلات با هم‌سالان است. طهماسبی (۱۳۹۰) نیز تأثیر مثبت آموزش مهارت‌ها به مادران را بر کاهش مشکلات کلی، مشکلات برون‌سو و درون‌سو، بهزیستی والدین و روابط خانوادگی گزارش کرد. شکوهی (۱۳۸۷) بهبود مهارت‌های فرزندپروری والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودکان را در تأثیر آموزش روش‌های نوین فرزندپروری گزارش کرد.

از دیگر نتایج این پژوهش تأثیر این برنامه آموزشی بر خرده‌مقیاس‌های مشکلات درونی‌سازی، برون‌سازی بود. در بررسی تأثیر آموزش والدین بر مشکلات برون‌سازی کودکان، قنبری (۱۳۸۵)، کاهش معنادار مشکلات برون‌سازی شده و رفتارهای پرخاشگرانه را گزارش نمود. هم‌چنین کارترایت - هاتون<sup>۵۸</sup>، مک نالی<sup>۵۹</sup>، وایت<sup>۶۰</sup> و وردین<sup>۶۱</sup> (۲۰۰۵)، در بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری، کاهش مشکلات درونی‌سازی و برون‌سازی را گزارش نمودند. کازدین و ویس (۱۹۹۸) نیز برنامه‌های آموزش والدین (PMT)<sup>۶۲</sup> را به عنوان یکی از مؤثرترین روش‌ها جهت درمان مشکلات برون‌سازی کودکان ارزیابی کرده‌اند (نیکسون، ۲۰۰۲).

شرلی همفیل<sup>۶۳</sup> و لین لیتفیلد<sup>۶۴</sup> (۲۰۰۶)، ۱۰۶ کودک دارای مشکلات رفتاری و هیجانی و خانواده‌هایشان را تحت یک برنامه کوتاه‌مدت شناختی - رفتاری شامل یک برنامه گروهی کودکان (آموزش مدیریت خشم، حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی)، برنامه گروهی والدین (آموزش مهارت‌های فرزندپروری، کنترل مسائل والدین<sup>۶۵</sup>، مسائل ارتباطی خانواده)، و یک برنامه ترکیبی گروهی کودکان و والدین (با هدف تعاملات والد - کودک<sup>۶۶</sup>) قرار دادند. نتیجه بیانگر کاهش مشکلات درونی‌سازی و برون‌سازی بود.

در تبیین علل اثربخشی موارد فوق‌الذکر می‌توان دلایل ذیل را طرح کرد:

- برنامه آموزش والدین درصدد است در رفتار، ادراک و تعاملات والدین تغییر و تعدیل ایجاد کند و مطالعه تأثیر برنامه‌های آموزش والدین نیز بیانگر آن است که تحت تأثیر این برنامه‌ها، رفتار کودک، رفتار و ادراکات والدین تطابق‌یافته‌تر می‌شوند و این امر خود منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌گردد (لوندال، ریسر و لوجوی، ۲۰۰۶). به علاوه میزان تعامل والد - کودک، به عنوان یک عامل پیش‌بین مهم در میزان مشکلات برون‌سازی شده کودک می‌باشد (شرلی همفیل و لین لیتفیلد، ۲۰۰۶) و بنابراین تغییر در این میزان می‌تواند منجر به کاهش مشکلات برون‌سازی گردد.

- از جمله مشخصات کودکان دارای مشکلات رفتاری، ضعف مهارت‌های مسئله‌گشایی و ضعف کنترل خشم می‌باشد (شرلی همفیل و لین لیتلفیلد، ۲۰۰۶). در برنامه آموزش مورد مطالعه این پژوهش، این مهارت‌ها جهت آموزش به کودکان معرفی و تمرین‌هایی در خصوص آن‌ها ارائه می‌گردند. نتیجه این آموزش و پیگیری انجام تکالیف، توانایی در این مهارت‌ها و بالطبع کاهش مشکلات رفتاری می‌تواند باشد.
- بعضی از والدین نگرش و اعتقاد خاصی نسبت به مشکلات کودک خود دارند؛ بعضی خود را مقصر می‌دانند و بعضی فکر می‌کنند کودک عمداً می‌خواهد والدین را آزار دهد. در این برنامه به والدین آموزش داده می‌شود که تعداد بسیار کمی از کودکان دارای مشکلات رفتاری قادر به توضیح دلایل کارهای خود می‌باشند و احساس گناه نیز فقط انجام اصلاحات و تغییرات لازم را سخت‌تر می‌کند.
- مطابق با پژوهش‌های صورت گرفته، بین مشکلات درونی‌سازی کودکان و شیوه‌های فرزندپروری ارتباط وجود دارد (وود، مک لود، سیگمان، وانگ، چو، ۲۰۰۳). طبق پژوهش کروهنه<sup>۶۷</sup> (۱۹۹۰) کاربرد کم‌تشویق، استفاده بیش از حد از سرزنش و تنبیه و شیوه‌های ناهماهنگ مدیریت کودک با اختلال‌های درونی‌سازی در کودکان ارتباط دارند (کارترایت - هاتون، مک نالی، وایت، و وردین، ۲۰۰۵). برنامه آموزشی مورد مطالعه این پژوهش درصدد است این کاستی‌ها و ناهماهنگی‌ها را برطرف کند، یعنی والدین را دعوت به ارائه تشویق کافی نسبت به کارهای درست فرزند و اختصاص زمان خاص به کودک می‌کند و به مرور به شیوه‌های مختلف تشویق و تقویت مثبت و هماهنگی والدین در مدیریت کودک می‌پردازد و در نتیجه انتظار می‌رود منجر به کاهش مشکلات درونی‌سازی شود.
- از جمله علل پیش‌بینی‌کننده مشکلات درونی‌سازی کودکان، مشکلات روان‌شناختی والدین به ویژه اضطراب و افسردگی هستند (بردزلی<sup>۶۸</sup>، ویلوک<sup>۶۹</sup>، ۱۹۹۴؛ به نقل از شرلی همفیل و لین لیتلفیلد، ۲۰۰۶). در برنامه آموزشی مورد مطالعه این پژوهش به صورت ویژه به این امر توجه می‌شود که لازم است والدین جهت کاهش استرس خویش اقدام لازم را انجام دهند تا قادر به حل مشکلات رفتاری فرزندشان گردند و در این راستا مبحث مدیریت استرس در والدین، بررسی و اصلاح افکار والدین و بهبود مهارت‌های تعاملی مثبت در خانه به طرح و بحث گذاشته می‌شود و تأثیر مستقیم استرس والدین بر مشکلات رفتاری کودکان به نمایش گذاشته می‌شود. انتظار آن است که به دنبال این موضوع که به عنوان قدم اول در حل مشکلات کودکان طرح می‌گردد، والدین در جهت کاهش تنش‌های خود اقدامی انجام دهند که نتیجه بالطبع کاهش مشکلات درونی‌سازی کودکان می‌تواند باشد.

• عزت نفس پایین در کودکان از علل پیش‌بین مشکلات درونی‌سازی در آنان می‌باشد (کوئیگل<sup>۷۰</sup>، گاربر<sup>۷۱</sup>، پاناک<sup>۷۲</sup>، داج<sup>۷۳</sup>، ۱۹۹۳؛ به نقل از شرلی همفیل، لین لیتلفیلد، ۲۰۰۶). در برنامه آموزشی مورد مطالعه این پژوهش به نقش حیاتی والدین در بالا بردن عزت نفس کودکان توجه می‌شود و راهکارهای بالابردن عزت نفس در کودکان طرح می‌گردد. تأثیر به کار بردن این راهکارها می‌تواند کاهش مشکلات درونی‌سازی کودکان باشد.

• اختلال‌های برونی‌سازی شده نتیجه یک شکست در اعمال قوانین والدینی هستند که معمولاً دارای سه ویژگی عمده می‌باشند؛ قوانین بی‌ثبات، نظارت کم و مهارت‌های ضعیف حل مسئله. این امر کودکان را به نافرمانی سوق می‌دهد (بردلی، ۲۰۰۲؛ به نقل از قنبری، ۱۳۸۵). برنامه آموزش والدین در جهت اعمال صحیح قوانین والدینی حرکت می‌کند و انتظار آن است که منجر به کاهش مشکلات برونی‌سازی شود.

• رفتارهای نامناسب از کودکان مبتلا به مشکلات برونی‌سازی فراوان رخ می‌دهد و در نتیجه اغلب والدین نگاهی توأم با بدبینی به این کودکان پیدا می‌کنند و چون رفتارهای مناسب کمتری از این کودکان سر می‌زند، این رفتارهای مثبت نادیده گرفته می‌شود. در جلسات آموزش والدین توضیح داده می‌شود که توجه و تشویق مناسب رفتارهای مثبت می‌تواند منجر به افزایش رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای منفی گردد.

توجه به نتایج این پژوهش و مشخصات جامعه آماری مورد مطالعه بیانگر آن است که این پژوهش از نوع پیشگیری بوده و سبب ارتقای بهداشت روانی کودکان جامعه آماری شده است. مسئله کلیدی در برنامه‌های پیشگیری و درمان هر دو، این است که تا چه میزان آن‌ها به اهداف مورد نظر نائل می‌شوند. اکثر درمان‌ها میزان شیوع اختلالات مختلف را به طور متقاعدکننده‌ای کاهش نداده‌اند و اختلالات آزارنده آدمی هرگز توسط درمان کنترل نشده و یا از بین نرفته است، بلکه تنها از طریق پیشگیری موفقیت‌آمیز بهبود یافته است (آلبی<sup>۷۴</sup>، ۱۹۸۲، ۱۹۸۶؛ کسلر<sup>۷۵</sup> و آلبی، ۱۹۷۵؛ به نقل از کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۸). به علاوه، جنبه دیگر برنامه‌های پیشگیری، رویکرد سلامت عمومی جامعه است. توصیه این است که تمرکز بر پیشگیری باید به صورت تمرکز بر ارتقای سلامت عمومی جامعه بازتعریف شود (کلک<sup>۷۶</sup>، ۱۹۹۳؛ به نقل از ترنر<sup>۷۷</sup> و ساندرز، ۲۰۰۶). تحقیقات بیانگر این مطلب است که مداخلات پیشگیری کارآمد می‌تواند بروز عوامل خطر و مشکلات رفتاری را در سال‌های آتی کاهش دهد، پیش از آن که مشکلات جدی‌تری به وجود آید (وبستر - استراتون، ۲۰۰۱؛ به نقل از ترنر و ساندرز، ۲۰۰۶). بدین ترتیب اهمیت موضوع پیشگیری روشن می‌شود. آنچه مورد نیاز است این است که عده بیشتری از متخصصان بهداشت روانی توجه خود را از درمان انفرادی افراد بیمار به رویکردهای جمعیت محوری یا در معرض خطر معطوف دارند، به این معنی که توجه از درمان به پیشگیری پیش‌گستر معطوف شود (کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۸).

## پی‌نوشت‌ها

1. Chamberlain P
2. Patterson G.R.
3. Sanders M.R.
4. Duncan S.B.
5. Markie – Dadds C.
6. Turner Karen M.T.
7. Epidemiological studies
8. Insecure attachment
9. Coie J.D.
10. Loeber R.
11. Farrington D.P.
12. Cartwright-Hatton S.
13. Roberts R.E.
14. Attkinon C.C
15. Rosenblatt A.
16. Masten A.S.
17. Emery R.E.
18. Fincham F.D.
19. Cummings, E.M.
20. Dadds M.R.
21. Dobkin
22. Tremlay R.E.
23. Sacchitelle C.
24. Dawe
25. Harnett
26. Staiger
27. Kratochwill T.R.
28. Morris R.J.
29. Social learning
30. Kazdin A.E.
31. Lytton H.
32. Patterson G.R.
33. Reid J.B.
34. Dishion T.J.
35. Rutter M.
36. Lundahl B.
37. Risser H.J.
38. Lovejoy M.C.
39. Gavita O.
40. Joyce M.
41. Pearl Erica S.
42. Kronenberger W.G.
43. Meyer R.G.
44. Briesmeisterj.M.
45. Schaefer C.E.
46. Nixon R.D.V.
47. Fennel D.C.
48. Fishel A.H.
49. CBT (Cognitive Behavior Therapy)
50. Ecological-developmental model
51. Braswell L.
52. Child Behavior Checklist
53. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)
54. Rescorla L.A.
55. Wiggins T.
56. Sofronoff K.
57. Morawska A.
58. Cartwright-Hatton D.
59. McNally D.
60. White C.
61. Verduyn Ch.
62. Parent Management Training
63. Sherly A. Hemphill
64. Lyn Littlefield
65. Dealing with parent's personal
66. Parent – child interactions
67. Krohne H.W.
68. Beardslee W.
69. Wheelock I.
70. Quiggle NL.
71. Garber J.
72. Panak WF
73. Dodge KA
74. Albee G.W.
75. Kesler M.
76. Kolk G.
77. Turner K.M.T.

## منابع

بلوم کوپست، م. (۱۹۹۶). مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار. (۱۳۸۳). (ترجمه ج. علاق‌بندراد) تهران: سنا.

تهرانی دوست، م.، شهریور، ز.، محمودی‌قرائی، ج.، علاقه‌بندراد، ج. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش تربیت سازنده فرزندان به والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال چهاردهم، شماره ۴، ۳۷۹-۳۷۱.

جلالی، م. (۱۳۸۵). اثر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت در تغییر شیوه‌های فرزندپروری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه شاهد تهران.

شکوهی یکتا، م. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش شیوه‌های نوین فرزندپروری به والدین. چکیده مقالات سومین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.

طالعی، ع.، طهماسیان، ک.، وفایی، ن. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر خودآزمایی والدینی مادران، فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال هفتم، شماره ۲۷، ۳۱۱-۳۲۴.

طهماسبی، س. (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌ها به مادران از طریق مربیان در کاهش استرس والدینی و مشکلات رفتاری کودکان مهد و پیش‌دبستانی. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی انستیتو روان‌پزشکی تهران. طهماسبی، س. و همکاران (۱۳۸۵). بررسی رابطه جدایی‌های موقت روزانه در گذشته با دل‌بستگی، مشکلات رفتاری و سازگاری کودکان کلاس اول دبستان شهر تهران. دانشگاه علوم بهزیستی: معاونت پژوهشی.

غباری بناب، ب.، پرنده، ا.، خانزاده، ع. ح.، فیروز جاه، ح.، موللی، گ.، و نعمتی، ش. (۱۳۸۸). میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال نهم، شماره ۳ / ۲۲۳-۲۳۸.

قنبری، س. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش رفتاری والدین بر مشکلات برونی‌سازی کودکان ۹-۷ ساله. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه شهید بهشتی.

کراتوچویل، توماس آر.، و موریس، ریچارد جی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد). *روان‌شناسی بالینی کودک* (۱۳۸۸). (ترجمه محمدرضا نائینیان). تهران: رشد.

کمبل، سوزان بی. (۱۳۸۷). مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی، مسائل بالینی و رشدی (ترجمه سعید صیادللو). تهران: دانژه (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).

مینایی، ا. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی ۱۹، سال ششم، ۱ / ۵۲۹-۵۵۸.

نجفی، م.، فولادچنگ، م.، علیزاده، ح.، و محمدی فر، ع. (۱۳۸۸). میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبستانی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی / سال نهم، شماره ۳ / ۲۳۹-۲۵۴.

هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۶). شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center of Children, Youth & Families.

Bloomquist, Michael (2006). *Skills Training for Children with Behavior Problems: a parent and practitioner guidebook*, revised edition. New York: Guilford publications.

Briesmeister, James M., & Schaefer Charles E. (2007). *Handbook of parent training: helping parents prevent and solve problem behaviors*. John Wiley and Sons.

Cartwright-Hatton, S., McNally D., White C., & Verduyn Ch. (2005). Parenting Skills Training: An Effective Intervention for Internalizing Symptoms in Younger Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, Number 2, Vol.18, 45-52.

- Dawe, Sharon, Harnett, Paul, H., Staiger, Petra, & Dadds, Mark R. (2000). *Parent training skills and methadone maintenance: clinical opportunities and challenges*. *Drug and Alcohol Dependence* 60, 1-11.
- Fennel, D. C., & Fishel, A. H. (1998). Parent education: An evaluation of STEP on abusive parents' perceptions on abuse potential. *Journal of Child Psychiatric Nursing*, 11 (3), 107-120.
- Gavita, O., and Joyce, M. (2008). A review of the effectiveness of group cognitively enhanced behavioral based parent programs designed for reducing disruptive behavior in children. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies* Vol.8 No.2, 185-199.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent management training: evidence, outcomes and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1349-1356.
- Lundahl, B., Risser, H.J., & Lovejoy M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways, among males and females. *Development & Psychopathology*; 13, 355-75.
- Nixon, R. D. V. (2002). Treatment of behavioral problems in preschoolers: a review of parent training programs. *Journal of clinical psychology review*, vol.22 (4), 525-546.
- Pearl Erica, S. (2009). Parent management training for reducing oppositional and aggressive behavior in preschoolers. *Aggression and Violent Behavior* 14, 295-305.
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawska, A. (2007). Maintenance of treatment gains: a comparison of enhanced, standard and self-directed Triple P-Positive Parenting Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 983-998.
- Sanders, M. R., Markie- Dadds, C., & Turner, Karen M.T. (2003). *Theoretical, scientific and clinical foundations of the triple p- positive parenting program*. The Parenting and Family Support Centre, the University of Queensland.
- Sherly A. Hemphil, & Lyn Littlefield. (2006). Child and family predictors of therapy outcome for children with behavioral and emotional problems. *Child Psychiatry and Human Development*, Vol. 36(3), 329-349.
- Turner, K.M., & Sanders, M.R. (2006). Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P-Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior* 11, 176-193.
- Wiggins, T., Sofronoff, K., & Sanders, M. (2009). Pathways triple p-positive parenting program: effects on parent-child relationships' and child behavior problems. *Family Process* 48, 517-530.
- Wood, J., McLeod, B.D., Sigman, M., Hwang, W.-C., & Chu, B.C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings and future directions. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 44(1), 134-151. Turner, K.M., & Sanders, M. R. (2006). Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P-Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior* 11, 176-193.