

Research Paper

The Effect of Positive Parenting Education Program on Reducing children`s Behavioral Problems and Increasing the Quality of Life Parents Children Autism Spectrum Disorder

Gholamreza Rajabi^{1*}, Yasman Sheykhi Ghahfarokhi²

1- Professor of Dept. Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

2- Graduate of School Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Received: 2023/05/16

Revised: 2024/02/06

Accepted: 2024/02/18

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jpmm.2024.31903.3798

Keywords:

Positive parenting program, Behavioral problems, Family quality of life, Autism spectrum disorder

Abstract

Background and purpose: The existence of a disable child in the family can affect family performance. Autism spectrum disorder and its associated problems can affect the performance of the child and quality of life of the family. The present study aimed to investigate the effect of positive parenting program education on reducing children`s behavioral problems and increased quality of life of the family children with autism spectrum disorder. This study was conducted in a semi-experimental research design with pre-test, post-test, and follow-up with control group in 2021 year.

Methods: The research population consisted of all parents with children autism spectrum disorder in Shahrekord city, which 30 parents were selected using voluntary sampling method and according to exclude criteria and randomly assigned to experimental and control groups. Participants of experimental group participated in 10 session of 90-minutes under positive parenting education program, and the control group was only educated in a positive parenting session and both groups were measured in three stages of pre-test, post-test, and follow-up using the Achenbach Behavior Checklist and the Beach Center Family Quality of life Scale. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (Mixed).

Findings: The results indicated that positive parenting education program has reduced children's behavioral problems ($p < 0.001$) and increased quality of life ($p < 0.001$) of the experimental group parents compared to quality of life of the control group parents in post-test and follow-up stages.

Conclusion: As a result, the findings of this study can be used to reduce children's behavioral problems and improve the quality of family life of these children's parents in educational, and therapy settings.

Citation: Rajabi Gh, Sheykhi Ghahfarokhi Y. The Effect of Positive Parenting Education Program on Reducing children`s Behavioral Problems and Increasing the Quality of Life Parents Children Autism Spectrum Disorder: Journal of Psychological Methods and Models 2024; 14 (54): 43-60.

*Corresponding Author: Gholamreza Rajabi

Address: Professor of Dept. Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Tell: 09177155088

Email: rajabireza@scu.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Parents' beliefs and expectations can have an important effect on parenting (1). Recognizing the role of parents in supporting children with developmental problems and trying to improve the quality of life of these families is important and necessary (2). The quality of family life is defined as a dynamic concept of family well-being collectively and subjectively, and family members become aware of interacting with the individual and the needs of the family, and they enjoy being together and define the ability to do things that are important to them. In this regard, it has been found that parents with disabled children have more psychological problems compared to parents of healthy children (3). Studies have shown that families of children with autism spectrum disorder experience a lower quality of life than families with normal children (4, 5). Positive Parenting Education Program (Triple p), is one of the most extensive, which includes a multi-level system that provides services to parents from birth to age 12 (10). According to Leung, this multi-level program can provide a range of helpful parenting information through a coordinated media campaign for eight to ten sessions for children with more serious behavioral symptoms. (10). In this research, two hypotheses were formulated: 1- The positive parenting education program reduces the behavioral problems of children with autism spectrum disorder. And 2- The positive parenting education program increases the quality of life of parents of children with autism spectrum disorder.

Material & Methods

The current research was a semi-experimental design with a pre-test, post-test and follow-up with a control group. The population of this research included all the parents of children with autism spectrum disorder in Shahrekord, which among the parents of these children with a history of previous cases in the autism rehabilitation center of Shahrekord, 30 parents based on entry criteria for the study were selected using voluntarily sample method. The education and implementation of the intervention was done virtually in the sky room by the researchers in all the meetings.

Instrument

Achenbach Behavioral Checklist (CBCL). This checklist was developed by Achenbach and Rasch in 2001 for children and adolescents aged 6 to 18 years, and parents (32). The part of this list measures emotional-behavioral problems includes 113 main questions and 8 sub-questions that are scored on a three-point scale (0 = false to 2 = completely or mostly true). This checklist measures eight emotional-behavioral problems or syndromes.

Beach Center Family Quality of Life Scale. Each item in this scale is determined in two ways and based on the level of satisfaction of the individual from performing the desired activity or the importance of that activity for the individual and based on a 5-point Likert scale from completely dissatisfied = 1 to completely satisfied = 5 (for satisfaction dimension) and ordered from very unimportant = 1 to very important = 5 (for importance dimension). In this research, only the dimension of satisfaction was used, the minimum and maximum score of this scale is between 25 and 125, that low scores indicate low quality of life and high scores indicate high quality of life in families with children with disabilities (40).

Protocol of therapy

In this study, the positive parenting education program was used. (45).

Analysis of data

In this research, to investigate two research hypotheses were used with repeated measures analysis of variance (mixed) using SPSS-22.

Findings

The findings showed that there was no difference between the participants of the experimental and control groups in children behavioral problems variable ($M_e = 64.22$ and $M_c = 68.71$). Also, other finding indicated that there was a significant difference between the participants of the experimental and control groups in the quality of parents' family life variable ($M_e = 76.28$ and $M_c = 70.791$). In addition, findings indicated that positive parenting education program has reduced children's behavioral problems and improved the quality of family life of the parents of the experimental group from the pre-test stage to the follow-up stage.

Discussion

The results of the first hypothesis of the research indicated that positive parenting education program has been effective in reducing the behavioral problems of children with autism spectrum disorder; that is, the scores of behavioral problems of children in the experimental group have decreased compared to the participants in the control group (6, 7, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 15, 13,31,30). In this study, the results showed that parents who were educated in the positive parenting program performed better in dealing with their child's behavioral problems and used more effective educational strategies to improve their child's behavioral problems (20, 19, 11, 12).

The results of the second hypothesis confirmed that positive parenting education program has been on the quality of family life of parents of children with autism disorder in the experimental group (12, 11, 19, 20). Considering that being in the role of caring for a child with autism spectrum disorder brings a series of stresses and challenges for the whole family (22).

Conclusion

In this research, based on the results obtained and the parents' reports, it was observed that the parents who received the positive parenting education program in different sessions were able to take positive and effective steps to increase the quality of their family life. This program was able to help parents manage their family relationships.

Ethical considerations

All principles of research ethics, including informed and written consent to participate in research, confidentiality of information, etc., have been implemented based on the standards and principles of APA ethics, 7th edition.

Funding

All costs of this research provided by the authors. In addition, this article is extracted from the master's thesis of school counseling and was done in Shahid Chamran University of Ahvaz in a research format (SCU.EM1400.421).

Author's contributions

The research design was conducted by first author and the implementation of the research

design was conducted by first and secondary authors.

Acknowledgment

According to corresponding author, there is not financial support for research and resource conflict

Conflicts of interest

We acknowledge all the parents who participated in this research.

مقاله پژوهشی

تأثیر برنامه آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش کیفیت زندگی خانوادگی والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم

غلامرضا رجیبی^{۱*}، یاسمن شیخی قهفرخی^۲

۱- استاد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲- کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۲۶

تاریخ داوری: ۱۴۰۲/۱۱/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۹

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/jpmm.2024.31903.3798

واژه‌های کلیدی:

برنامه آموزش فرزندپروری مثبت، مشکلات رفتاری، کیفیت زندگی خانوادگی، اختلال طیف اُتیسْم.

چکیده

زمینه و هدف: وجود یک کودک ناتوان در خانواده می‌تواند عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. اختلال طیف اُتیسْم و مشکلات همراه آن می‌تواند عملکرد کودک و کیفیت زندگی خانوادگی را تحت تأثیر قرار دهد. این پژوهش با هدف بررسی برنامه آموزش فرزند پروری مثبت بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش کیفیت زندگی خانوادگی والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم در یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش: جامعه پژوهش شامل کلیه والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم در شهر شهرکرد بود، که از میان آن‌ها 30 نفر از والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ده جلسه‌ی نود دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته تحت برنامه آموزش فرزند پروری مثبت قرار گرفتند و گروه کنترل فقط در یک جلسه در مورد شیوه‌های فرزندپروری مثبت آموزش دیدند و هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از چکلیست رفتاری آخنباخ و مقیاس کیفیت زندگی خانوادگی مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری (آمیخته) تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برنامه آموزش فرزند پروری مثبت باعث کاهش مشکلات رفتاری ($p < 0/001$) کودکان و افزایش کیفیت زندگی خانوادگی والدین ($p < 0/001$) گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

نتیجه‌گیری: در نتیجه می‌توان از این برنامه آموزشی برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بالا بردن کیفیت زندگی خانوادگی والدین این کودکان در محیط‌های آموزشی و درمانی استفاده کرد.

* نویسنده مسئول: غلامرضا رجیبی

نشانی: استاد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۹۱۷۷۱۵۵۰۸۸

پست الکترونیکی: rajabireza@scu.ac.ir

مقدمه

اعتقادات و انتظارات والدین می‌تواند تأثیری مهم در فرزند پروری داشته باشد (۱). شناخت نقش والدین در حمایت از فرزندان که دارای مشکلات رشدی هستند و تلاش برای بهبود کیفیت زندگی^۱ این خانواده‌ها امری مهم و ضروری است (۲). کیفیت زندگی خانوادگی به‌عنوان یک مفهوم پویا از بهزیستی خانواده به‌طور جمعی و به‌طور ذهنی تعریف شده است و اعضای خانواده آگاه می‌شوند که با فرد و نیازهای خانواده تعامل کنند و می‌توان آن را به‌عنوان تجربه کیفیت بالای زندگی خانوادگی، زمانی که نیازهایشان برآورده می‌شوند، از زمان باهم بودن لذت می‌برند و توانایی انجام کارهایی که برای آن‌ها مهم است تعریف کرد. در این رابطه، معلوم شده است که والدین دارای کودکان ناتوان، مشکلات روان‌شناختی بیش‌تری در مقایسه با والدین کودکان سالم دارند که این مشکلات به‌نوبه‌ی خود می‌تواند اثر مخربی بر کیفیت زندگی خانوادگی آن‌ها داشته باشد (ذکر شده در ۳).

مطالعات نشان داده‌اند که خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم^۲ نسبت به خانواده‌هایی با کودکان معمولی تجربه کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۴، ۵). یکی از اختلال‌هایی که کارکرد و کیفیت زندگی خانوادگی را تا اندازه‌ای با چالش روبه‌رو می‌کند، اختلال طیف اُتیسْم است که نوعی اختلال رشدی عصبی است که با چالش‌هایی در ارتباطات اجتماعی و تعامل و رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری مشخص می‌شود و به‌طور کلی در دو سال اول زندگی قابل تشخیص است (۶). این کودکان در معرض خطر مشکلات تنظیم رفتاری از جمله عدم توجه، تحریک‌پذیری، پرخاشگری و پرتحرکی هستند (۷). پارک و همکاران مطالعات کیفیت زندگی را در شش حوزه زیر مورد بررسی قرار دادند: (۱) بهزیستی جسمانی (مثلاً، سلامتی، تغذیه، تحرک و فعالیت‌های زندگی روزمره)، (۲) بهزیستی عاطفی (مثلاً، شادی، رضایت، رهایی از استرس، خودپنداره و اعتقاد مذهبی)، (۳) بهزیستی اجتماعی (مثلاً، صمیمیت، دوستی، فعالیت‌های اجتماعی و موقعیت اجتماعی و نقش‌ها)، (۴) رفاه تولیدی (مثلاً، پیشرفت شخصی در تحصیل یا شغل، اوقات فراغت و سرگرمی، انتخاب و استقلال و صلاحیت شخصی)، (۵) رفاه مادی (مثلاً، مالکیت امنیت مالی، غذا و سرپناه و وضعیت اجتماعی-اقتصادی) و (۶) رفاه مدنی (مثلاً، حریم خصوصی و دسترسی به رأی، مسئولیت‌های مدنی و حمایت طبق قانون (۸)).

با توجه به مشکلات کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم و خانواده آنان در حال حاضر از برنامه‌های خاص آموزش والدین برای درمان این کودکان استفاده می‌شود (۹). یکی از این برنامه‌ها، برنامه آموزش فرزندپروری مثبت (Triple p) است که

یکی از گسترده‌ترین سیستم‌های ارزیابی حمایت فرزندپروری در دنیا با بیش از ۳۲۰ مطالعه ارزیابی شده و ۳۶۰ مقاله مفهومی توسط پژوهشگران در ۳۶ کشور در طی ۴۰ سال گذشته است. این برنامه یک سیستم حمایت فرزندپروری چند سطحی پیشگیرانه محور طراحی شده به‌عنوان یک راهبرد مبتنی بر جامعه برای ارتقاء دانش؛ مهارت‌ها، و اطمینان والدین در تربیت کودکانشان از بدو تولد تا ۱۶ سالگی است (۱۰). برنامه فرزندپروری مثبت چند ویژگی متمایز، از جمله انعطاف‌پذیری، رویکرد چند رشته‌ای، تمرکز بر خود تنظیمی و تعمیم مهارت‌های فرزندپروری دارد. از اهداف اولیه این برنامه ارتقاء رشد کودکان و روابط خانواده و پیشگیری از رفتار ناسازگار کودک و مشکلات رفتاری، هیجانی و رشدی در کودکان هستند. این برنامه به والدین راهبردهایی را برای تقویت مهارت‌های اجتماعی و زبانی، خود تنظیمی هیجانی، استقلال و توانایی حل مسئله آموزش می‌دهد. دست‌یابی به این مهارت‌ها انسجام خانوادگی را افزایش می‌دهد، تعارض والد-کودک و بد رفتاری و ناسازگاری کودک را کاهش می‌دهد، روابط مناسب و موفقیت آمیز بین همسالان را پرورش می‌دهد و کودکان را برای تجارب موفقیت آمیز در مدرسه و در زندگی بعدی آماده می‌کند. پنج هسته اصلی تشکیل فرزندپروری مثبت عبارتند از: (۱) ایجاد یک محیط امن و درگیر برای کودکان؛ (۲) داشتن یک محیط یادگیری مثبت؛ (۳) استفاده از انضباط هماهنگ و بدون خشونت و دعوا؛ (۴) داشتن انتظارات منطقی؛ و (۵) مراقبت از خود یک (۱۰). در این برنامه والدین نوعی از مهارت‌های مدیریت کودک، از جمله ایجاد روابط از راه گذاشتن وقت کافی توأم با کیفیت مناسب؛ صحبت کردن با مهر و محبت؛ ارائه جایزه مناسب و مختصر و توجه به رفتارهای مطلوب؛ ایجاد محدودیت‌ها و قواعد؛ با بازبینی رفتارهای مسئله ساز؛ استفاده از بحث مستقیم و نادیده گرفتن برنامه برای به حداقل رساندن رفتار مسئله‌ساز؛ ارائه صریح، دستورالعمل‌های آرام و عقب نشینی از دستورالعمل‌هایی با نتایج منفی، و جریمه کردن (محروم کردن از فعالیتی که منجر به رفتار مسئله ساز می‌شود) یاد می‌گیرند. این راهبردها خود تنظیمی و خود کنترلی (مانند تمرکز بر توجه، پیگیری قواعد و محدودیت‌ها و کنترل رفتار تکانشی) را بهبود می‌بخشد. والدین یاد می‌گیرند این مهارت‌ها را هم در خانه و هم در جامعه بکار گیرند و آن‌ها را در محیط‌ها و در طی زمان تعمیم دهند و حفظ نمایند.

با توجه به مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم و تحت تأثیر قرار گرفتن زندگی والدین این دسته از کودکان، آموزش والدین می‌تواند یک امر مهم در کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بهبود کیفیت زندگی آنان باشد. هدف

1. quality of life

2. autism spectrum disorder

فرهنگ شرقی (۲۹) نشان داده است. همچنین، سیستم مداخلات فرزندپروری مثبت حمایت تجربی را در پژوهش‌های کارآزمایی‌های بالینی و تصادفی شده دریافت کرده است (۳۰، ۲۶، ۳۱).

با توجه به اینکه کودکان اُتیسم در برقراری ارتباط با دیگران و برای رفع خواسته‌ها و نیازهایشان در زندگی دچار مشکل هستند و نبود مهارت‌های لازم در والدین این پژوهش به منظور بررسی برنامه آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسم انجام گرفت. بر اساس یافته‌ها در زمینه برنامه فرزندپروری مثبت دو فرضیه به شرح زیر تدوین شد: ۱- برنامه آموزش فرزندپروری مثبت باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسم می‌شود. و ۲- برنامه آموزش فرزندپروری مثبت باعث افزایش کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسم می‌شود.

مواد و روش‌ها

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش شامل کلیه والدین کودکان دارای اختلال طیف اُتیسم در شهرکرد در سال ۱۴۰۰ بود که از میان والدین این کودکان با سابقه پرونده قبلی در مرکز توانبخشی اُتیسم شهرکرد، ۳۰ نفر براساس ملاک‌های ورود به پژوهش (۱) تشخیص کودک مبتلا به اختلال طیف اُتیسم بر اساس ملاک تشخیصی DSM-5 (2) کودکان کمتر از ۱۳ سال، (۳) نمره کودک در مقیاس چکلیست رفتاری آخنباخ بالاتر از یک انحراف معیار، (۴) تمایل به شرکت در پژوهش، و (۵) داشتن حق انصراف از پژوهش به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. باید خاطر نشان کرد که به دلیل محدودیت‌های بیماری کرونا آموزش و اجرای مداخله به صورت مجازی در فضای اسکای روم توسط پژوهشگران در کلیه جلسات صورت پذیرفت.

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش از دو ابزار برای سنجش متغیرهای پژوهش استفاده شد:

چکلیست رفتاری آخنباخ (CBCL). این چکلیست توسط آخنباخ و رسکولار در سال ۲۰۰۱ برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال تدوین شده و والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و او را کاملاً می‌شناسد، این ابزار را تکمیل می‌کند. پاسخ دهنده ابتدا تعدادی سؤال را که شایستگی‌های کودک را می‌سنجد و همچنین تعدادی سؤال باز

این برنامه بهبود خودکارآمدی والدین و اعتماد به نفس آن‌ها برای مدیریت وضعیت فرزندان و مشکلات رفتاری مرتبط، بهبود کیفیت زندگی والدین و خانواده، بهبود سبک فرزندپروری و کاهش استرس والدین است (۱۱) پژوهشی نشان داده است که این برنامه باعث کاهش قابل‌ملاحظه در رفتار سخت‌گیرانه والدین شده است (۱۲). در مطالعه‌ای نشان داده شد که برنامه‌های آموزش والدین اندازه اثر بزرگ با ماندگاری خوب دارد (۱۳). در یک مطالعه فرا تحلیل بر روی ۶۳ مطالعه کارآزمایی بالینی در طی ۳۳ سال و شامل ۱۶ هزار نفر از فرهنگ‌ها و اقوام گوناگون نشان داده شد که برنامه آموزش فرزندپروری مثبت به صورت کوتاه مدت و بلند مدت در بهبود مشکلات اجتماعی، عاطفی و رفتاری کودکان مؤثر است و همچنین این برنامه مزایای برای والدین شرکت کننده دارد (۱۴). در یک مطالعه فرا تحلیل بر روی ۱۳ مطالعه در دو مقوله شرکت در فعالیت تحریک شناختی (CI)_{۹۵} = ۰/۰۳-۰/۵۴ و تعاملات مثبت والد-کودک ۹۵٪ (CI)_{۹۵} = ۰/۰۶-۰/۵۲ در برنامه فرزندپروری مثبت به نتایج مثبت معناداری آماری دست یافتند (۱۵).

در چند مطالعه جداگانه نشان داده شده است که برنامه آموزش والدین بر رفتارهای مخل در کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسم درمانی امیدوارکننده برای کاهش رفتارهای مخل و بهبود نقایص اجتماعی، حرکتی و ارتباطی در این کودکان است (۱۶، ۱۷، ۱۸). در دو مطالعه نشان داده شد که برنامه‌ی فرزندپروری مثبت به صورت گروهی و فردی باعث کاهش استرس والدین و سازگاری بیش‌تر کودکان، خودکارآمدی بیش‌تر والدین، کاهش استرس، اضطراب و افسردگی والدین و همچنین کاهش مشکلات رفتاری کودکان شده است (۱۹، ۲۰). در مطالعه‌ای نشان داده شد که برنامه‌ی فرزند پروری مثبت کوتاه مدت بر روی والدین کودکان تازه مبتلا به اختلال طیف اُتیسم منجر به کاهش رفتارهای مخرب کودکان و افزایش عملکرد والدین و خانواده شده است (۲۱). همچنین در مطالعه‌ای معلوم شد که برنامه آموزش فرزندپروری مثبت می‌تواند خودکارآمدی والدین را افزایش و سبک والدگری مادران کودکان با اختلالات درونی و برونی سازی شده را تغییر دهد (۲۲). مطالعه دیگر بیانگر تأثیر این برنامه در کاهش مشکلات رفتاری خانواده‌های ژاپنی مقیم استرالیا و خانواده‌های ژاپنی خیر داده‌اند (۲۳، ۲۴). پژوهشی نشان داده است که مشکلات رفتاری در کودکان مادرانی که در برنامه فرزندپروری مثبت شرکت کرده‌اند کاهش یافته، سبک‌های فرزند پروری مناسب بهبود یافته و پریشانی مادری حاصل از فرزندپروری کاهش یافته است (۲۵). در مطالعات جداگانه‌ای این برنامه اندازه اثر بزرگی در کاهش بدرفتاری کودکان در جامعه ایالات متحده (۲۶)، در جامعه کودکان غربی (۲۷، ۲۸) و در میان جامعه کودکان

مورد پایایی و روایی همگرا (۴۰)؛ در مورد تدوین و رواسازی (۴۲)؛ کاربردپذیری از راه تحلیل عاملی (۴۳)؛ و تدوین و ویراست مقیاس کیفیت زندگی خانوادگی مرکز بیچ (۴۴) را مورد بررسی قرار دادند.

روند اجرای پژوهش

در این پژوهش با توجه به شیوع ویروس کرونا و رعایت پروتکل‌های بهداشتی آموزش حضوری برای والدین امکان پذیر نبود، آموزش به صورت مجازی در فضای اسکای روم به والدین ارائه شد. لذا برای انتخاب نمونه‌ی مورد هدف و با مجوز دفتر ارتباط با صنعت دانشگاه شهید چمران اهواز ابتدا با کسب مجوز از اداره‌ی کل بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری یک فراخوان در مورد برنامه آموزش فرزندپروری مثبت در مرکز توانبخشی اُتیسم شهرکرد اعلام شد و والدینی که در این زمینه تمایل به حضور در این جلسات آموزشی را به صورت مکتوب اعلام نمودند به عنوان نمونه انتخاب شدند. در مرحله بعد، چکلیست رفتاری کودکان آخنباخ از راه واتس آپ و ایمیل برای همه والدین داوطلب که مایل به شرکت در برنامه آموزش فرزندپروری بودند در مدت یک هفته ارسال و به صورت خود گزارشی چکلیست رفتاری برگردانده شدند. سپس سی نفر از کودکان که نمره‌ی آن‌ها در چکلیست رفتاری کودکان بالاتر از یک انحراف معیار از میانگین بود به عنوان نمونه‌ی هدف برگزیده شدند و والدین آن‌ها به صورت قرعه کشی تصادفی ۱۵ نفر به گروه آزمایش و ۱۵ نفر به گروه کنترل اختصاص یافتند. لازم به ذکر است که هر دو ابزار چکلیست رفتاری و کیفیت زندگی خانوادگی توسط والدین کودکان تکمیل شد و بعد از این مرحله از نمونه انتخاب شده مصاحبه‌ای در حدود ۱۰ دقیقه به صورت فردی با هر شرکت کننده در مورد هدف کار و نحوه تشکیل جلسات آموزشی به صورت مجازی به عمل آمد. در این پژوهش آموزش فرزندپروری مثبت (در مورد تعداد و محتوای جلسات می‌توانید به جدول ۱ مراجعه کنید) در ده جلسه‌ی نود دقیقه‌ای به صورت یک جلسه بر روی والدین شرکت کننده گروه آزمایش در روزهای سه شنبه در ساعت ۲۱ الی ۲۲/۳۰ دقیقه شب از هفته اول مهر ماه تا نیمه آذر ماه ۱۴۰۰ و مرحله پیگیری در نیمه دی ماه توسط نویسندگان این مقاله که آموزش‌های لازم را برای برگزاری این جلسات دیده بودند از راه فضای اسکای روم اجرا شد و والدین شرکت کننده گروه کنترل آموزشی را دریافت نکردند و فقط در یک جلسه مفاهیم و روش فرزندپروری مثبت برای آن‌ها توضیح داده شد. همچنین، والدین در این پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۱ ماه بعد) در چکلیست رفتاری کودک آخنباخ و مقیاس کیفیت زندگی خانوادگی مورد سنجش و ارزیابی قرار گرفتند. در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی پژوهش، از جمله اطلاعاتی در مورد

پاسخ را که به بیماری‌ها و ناتوانی‌های کودک مربوط می‌شوند و عمده‌ترین نگرانی پاسخ دهنده را در ارتباط با کودک و نیز نظر او را نسبت به بهترین ویژگی‌ها و خصوصیات کودک جویا می‌شوند، تکمیل می‌کند (۳۲). آن بخش از این چکلیست که مشکلات عاطفی-رفتاری را می‌سنجد شامل ۱۱۳ سؤال اصلی و ۸ سؤال فرعی است که در یک مقیاس سه درجه‌ای (۰ = نادرست، ۱ = تاحدی یا گاهی درست، ۲ = کاملاً یا غالباً درست) نمره‌گذاری می‌شوند. این چکلیست هشت مشکل یا سندرم عاطفی-رفتاری را اندازه‌گیری می‌کند: اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنانه و رفتار پرخاشگرانه. ۱۷ سؤال از این تعداد سؤال‌ها به هیچ یک از این سندرم‌ها تعلق ندارند و تحت عنوان سایر مشکلات طبقه‌بندی می‌شوند. در پژوهش‌های گوناگون ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این سیاهه از ۰/۶۶ تا ۰/۹۵ گزارش شده اند (۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶). در پژوهشی با استفاده از چکلیست رفتاری کودک مدل دو عاملی درونی سازی و بیرونی سازی مورد تأیید قرار گرفت (۳۷). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که روایی تشخیصی ویرایش آلمانی چکلیست رفتاری کودک با ویرایش انگلیسی آن قابل مقایسه است، و با استفاده از نمره کل این چکلیست به عنوان پیش‌بینی کننده (نقطه برش ۶۰ و بالاتر) می‌توان ۸۳/۸٪ کودکان و نوجوانان (حساسیت ۸۳/۶٪ و ویژگی ۸۳/۹٪) را به درستی طبقه‌بندی کرد (۳۸).

مقیاس کیفیت زندگی خانوادگی مرکز بیچ. مقیاس کیفیت زندگی خانوادگی مرکز بیچ. مقیاس کیفیت زندگی خانوادگی مرکز بیچ دانشگاه کانزاس، یک مفهوم اختصاصی از کیفیت زندگی خانوادگی را گسترش داد. محققان مرکز بیچ سنتر تحت نظارت دانشگاه کانزاس توانستند یک فرم کوتاه از این مقیاس را ارائه دهند و در چند مرحله با استفاده از پژوهش‌های کمی و کیفی مفهوم کیفیت زندگی خانوادگی را مورد بررسی قرار دادند (۳۹، ۸). این مقیاس ۲۵ ماده دارد که ماده‌ها در این مقیاس به دو روش و بر اساس میزان رضایت فرد از انجام فعالیت مورد نظر و یا میزان اهمیت آن فعالیت برای فرد مشخص شده‌اند و بر اساس یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای از کاملاً ناراضی = ۱ تا کاملاً راضی = ۵ (برای بُعد رضایت) و از خیلی بی‌اهمیت = ۱ تا خیلی مهم = ۵ (برای بُعد اهمیت) مرتب شده‌اند. در این پژوهش فقط از بُعد رضایت استفاده شد که حداقل و حداکثر نمره‌ی این مقیاس بین ۲۵ تا ۱۲۵ است که نمره‌های پایین بیانگر پایین بودن کیفیت زندگی و نمره‌های بالا بیانگر کیفیت بالای زندگی در خانواده‌هایی با فرزندان دارای ناتوانی است (۴۰). در مطالعاتی بررسی ساختار پنج عاملی، پایایی و روایی (۳)؛ اطلاعاتی در مورد ساختار عاملی، پایایی و روایی (۴۱)؛ در مورد تدوین و رواسازی (۸)؛ اطلاعاتی در

کنندگان به صورت محرمانه حفظ شد و جلسات آموزشی توسط تیم پژوهش که در این برنامه آموزش لازم را دیده بودند، اجرا شد. پروتکل برنامه آموزش فرزندپروری مثبت برای والدین تدوین و طراحی شده است. این آموزش شامل ده جلسه نود دقیقه‌ای و به صورت هفتگی بود که به علت شیوع بیماری ویروس کرونا، در این پژوهش جلسات آموزش به صورت مجازی در فضای اسکای روم برگزار شد (۴۵).

هدف، مدت زمان و مراحل پژوهش؛ حق انصراف از شرکت در پژوهش؛ محرمانه بودن اطلاعات و فرصتی برای طرح سؤال و دریافت پاسخ برای شرکت‌کنندگان فراهم گردید و شرکت‌کنندگان به صورت ارادی و رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت نمودند؛ یک جلسه آموزشی به صورت فشرده برای مادران گروه کنترل در نظر گرفته شد؛ نتایج پژوهش به صورت دقیق و به دور از هرگونه دستکاری گزارش شده است؛ اطلاعات شرکت

جدول ۱- خلاصه‌ای از صورت جلسه‌های برنامه آموزش فرزندپروری مثبت

جلسه اول	۱- معرفی برنامه و ارائه‌ی دستورالعمل کلی، ۲- بحث درباره‌ی روابط مادر و کودک و علل مشکلات رفتاری و ۳- چگونگی مشاهده و پیگیری رفتار کودک و عوامل تأثیرگذار بر رفتار کودک.
جلسه دوم	۱- آموزش راهبردهای ارتباط مثبت با کودک، ۲- معرفی روش‌های تقویت رابطه والدین و کودک، ۳- پرداختن به مسائل فرزند پروری و آمادگی روانی برای زندگی با همسر، ۴- معرفی راهکارهایی برای تشویق رفتار مطلوب و ۵- معرفی راهکارهایی برای آموزش مهارت‌ها و رفتارهای جدید.
جلسه سوم	۱- معرفی و تعریف انواع تقویت‌کننده‌ها و روش‌های به‌کارگیری آن‌ها به منظور افزایش رفتارهای مطلوب، ۲- آموزش تهیه یک چارت رفتاری، ۳- آموزش راهبردهای جایگزین تنبیه، ۴- روش‌های منفی کاهش یا حذف رفتارهای نامطلوب، ۵- آموزش راهبرد برای ایجاد رفتارها و مهارت‌های جدید به کودک، ۶- معرفی فعالیت‌های جذاب، ۷- آموزش مهارت‌هایی به والدین به منظور کنترل رفتارهای مطلوب، ۸- بحث درباره‌ی انواع تقویت‌کننده‌ها، آشنایی با اصول و چگونگی به‌کارگیری آن‌ها، ۹- روش‌های افزایش رفتار مطلوب و ۱۰- معرفی ایده برای دستورالعمل‌های روشن و آرام.
جلسه چهارم	۱- ترغیب والدین به یادآوری نقاط قوت و ضعف خود، ۲- آموزش آرامش مدیریت افکار و برنامه‌های مقابله‌ای، ۳- تعریف شرایط مؤثر منفی، ۴- گفت‌وگو درباره‌ی نحوه‌ی عملکرد احساسات، ۵- بحث درباره‌ی تأثیر عواطف بر فرزند پروری ۶- آگاهی دادن به والدین درباره‌ی اینکه چگونه یادگیری یک مهارت جدید زمان بر است، ۷- تعریف آرامش و چگونگی مدیریت ۱۰- تعریف افکار خود آیند منفی و راه‌های به چالش کشیدن افکار منفی و ۱۱- تعریف مفهوم افکار مقابله‌ای شخصی و ترغیب والدین به شناخت دو موقعیت پرخطر فرزند پروری.
جلسه پنجم و ششم	۱- آموزش چگونگی کنترل کودک و ارائه‌ی راهکارهایی به منظور بقا خانواده، ارائه‌ی راهکارهایی برای حفظ تغییرات رفتاری، ۲- آموزش راهبردهای افزایش رفتار مطلوب، ۳- معرفی روش‌های گوناگون تنبیه مثبت و منفی، ۴- مرور اهداف والدین برای انجام کار عملی، ۵- بررسی احساسات والدین، ۶- از والدین بخواهید نقاط ضعف و قوت خود را شناسایی کنند، ۷- بررسی دستاوردهای والدین و ۸- از والدین بخواهید که هر موضوعی را که احساس می‌کنند باید بررسی کنند فهرست کنند.
جلسه هفتم	۱- ارائه‌ی تلفیقی از راهبردهای معرفی شده، آموزش برنامه‌های کاربردی (مانند پیروی روزانه از دستورات، برنامه‌ریزی اصلاح رفتار و نمودار رفتاری)، ۲- چالش‌ها و راهکارهای چگونگی کنترل رفتارهای کودک، تأثیر ناخواسته و متقابل رفتارهای والدینی و فرزندان، ۳- کودک خود را برای فعالیت مستقل آماده کنید، ۴- بررسی پیشرفت والدین و ۵- معرفی شرایط پرخطر.
جلسه هشتم	۱- گفت‌وگو درباره‌ی ارتباط، مشکلات روابط با رفتارهای برهم زنده‌ی فرزند، ۲- مروری بر اختلاف‌نظرهای فعلی در مورد فرزند پروری (مسائل پرورش فرزند)، ۳- نگاه کلی و بررسی اجزای تشکیل‌دهنده‌ی ارتباط، ۴- بحث درباره‌ی اهمیت سبک ارتباطی، ۵- تنظیم قوانین اصلی ارتباطات، تعریف مفهوم بازخورد و کاربرد آن، ۶- مشخص کردن مزایای مکالمات منظم معمول، ۷- گفت‌وگو درباره‌ی مشکلات رایج مکالمات عادی و ۸- ملزم کردن والدین برای ثبت مکالمات روزانه معمول خود و ترغیب آن‌ها برای کنترل تغییراتشان.

جلسه نهم	۱- گفت‌وگو درباره‌ی اهمیت پشتیبانی از شریک زندگی، ۲- گفت‌وگو درباره‌ی موانع حمایت پشتیبانی از شریک زندگی، ۳- ملزم کردن والدین برای حمایت از یکدیگر در زمان بروز مشکلات رفتاری و ترغیب آن‌ها جهت مشاهده‌ی پیشرفت‌شان، ۴- ارائه‌ی راه‌حل‌های منطقی برای حل مسائل و شرح مراحل حل مسئله، ۵- گفت‌وگو درباره‌ی مشکلات در حین حل مسئله، ۶- انتخاب یک موضوع برای گفت‌وگو بیشتر حل مسئله در خانه و ۷- قرار دادن اهداف خاص برای شادی رابطه.
جلسه دهم	۱- بررسی پیشنهادها برای توقف تدریجی مشکلات و مشخص کردن تغییرات صورت گرفته، ۲- گفت‌وگو درباره‌ی موانع حفظ تغییرات و مرور راهبردهای حفظ تغییرات، ۳- برنامه‌ریزی برای شرایط پرخطر و ریسکی در آینده، شناخت شرایط پرخطر در آینده، ۴- حل مسئله به صورت مستقل و ۵- شناخت اهداف آینده.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

این روش آماری و بسته‌ی نرم‌افزار آماری برای علوم اجتماعی (SPSS-22) استفاده شد.

در این پژوهش برای بررسی دو فرضیه‌ی پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری (آمیخته) با رعایت مفروضه‌های

نتایج

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌های آموزش فرزند پروری مثبت در گروههای آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای مشکلات رفتاری کودکان و کیفیت زندگی خانوادگی والدین

متغیر	مرحله	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
	گروه ها	میانگین	انحراف معیار	میانگین
مشکلات رفتاری کودکان	آزمایش	۷۲/۶۷	۵/۷۶	۶۳/۴۷
	کنترل	۷۱/۲۰	۶/۲۲	۶۷/۸۷
کیفیت زندگی خانوادگی والدین	آزمایش	۶۸/۰۷	۴/۶۶	۷۸/۴۰
	کنترل	۷۰/۶۷	۳/۱۳	۷۱/۶۰

در زیر مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری از جمله آزمون‌های نرمال بودن، همگنی واریانس‌های لون، کرویت موشلی و ام باکس به ترتیب بیان شده‌اند.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین‌های متغیر مشکلات رفتاری کودکان در گروه تحت آموزش فرزند پروری مثبت نسبت به گروه کنترل از مرحله پیش آزمون تا مرحله پیگیری کاهش یافته و در متغیر کیفیت زندگی خانوادگی والدین افزایش یافته است.

جدول ۳- نتایج آزمون فرض نرمال بودن (شاپیرو-ویلک) متغیرهای مشکلات رفتاری کودکان و کیفیت زندگی خانوادگی والدین در گروههای آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
مشکلات رفتاری کودکان	$(p = ۰/۰۸۷) Z = ۰/۹۳$	$(p = ۰/۱۲۴) Z = ۰/۹۴$	$(p = ۰/۸۴۰) Z = ۰/۹۸$
کیفیت زندگی خانوادگی والدین	$(p < ۰/۰۰۴) Z = ۰/۸۸^*$	$(p < ۰/۰۰۷) Z = ۰/۸۹^*$	$(p < ۰/۰۱۲) Z = ۰/۹۰^*$

فرض نرمال بودن در تحلیل واریانس تقریباً بی‌اهمیت است. پس با وجود نقض این فرض، احتمال خطای نوع اول در اکثر موارد تقریباً در حدی است که آزمایشگر مشخص کرده؛ یعنی، α (آلفا) باقی می‌ماند (۴۶).

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، فرض نرمال بودن داده‌های متغیر مشکلات رفتاری در مراحل پیش‌آزمون ($Z = 0/93$)، پس‌آزمون ($Z = 0/94$) و پیگیری ($Z = 0/98$) رعایت شده است و داده‌ها در متغیر کیفیت زندگی خانوادگی در مرحله‌ی پیش‌آزمون ($Z = 0/88$)، پس‌آزمون ($Z = 0/89$) و پیگیری ($Z = 0/90$) از توزیع نرمال پیروی نمی‌کند. این نکته را باید تذکر داد که

جدول ۴- نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لون متغیرهای مشکلات رفتاری کودکان و کیفیت زندگی خانوادگی والدین در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
مشکلات رفتاری کودکان	$(p = 0/514) F = 0/43$	$(p = 0/522) F = 0/40$	$(p = 0/206) F = 1/67$
کیفیت زندگی خانوادگی والدین	$(p = 0/178) F = 1/91$	$(p < 0/005) F = 9/35^*$	$(p = 0/001) F = 12/88^*$

و نه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری) تأیید شدند، اما تخطی از این مفروضه برای این متغیر زیاد مهم نیست زیرا حجم نمونه‌ها در هر دو گروه برابر هستند (۴۶).

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، فرض‌های همگنی واریانس‌های بین گروه‌های آموزش و کنترل در متغیرهای مشکلات رفتاری کودکان (در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و کیفیت زندگی خانوادگی والدین (در مرحله پیش‌آزمون

جدول ۵- نتایج آزمون‌های یکسانی ماتریس‌های کوواریانس‌های باکس (M Boxes test) موشلی در متغیرهای مشکلات رفتاری کودکان و کیفیت زندگی خانوادگی والدین

متغیر وابسته	آزمون موشلی	مجذور خی	df	سطح p	مُ باکس	سطح p
مشکلات رفتاری کودکان	0/71	9/20	2	< 0/10	1/22	0/293
کیفیت زندگی خانوادگی والدین	0/85	4/26	2	0/118	5/57	< 0/001

آموزش و کنترل ماتریس‌های کوواریانس یکسان نیستند، اما در متغیر کیفیت زندگی خانوادگی والدین ماتریس‌های کوواریانس در دو گروه یکسان هستند. بنابراین برای تحلیل متغیر مشکلات رفتاری کودکان از آزمون محافظه‌کارانه گرین‌هاوس-کیزر^۲ و برای تحلیل متغیر کیفیت زندگی خانوادگی والدین از آزمون مفروضه کرویت^۳ استفاده شدند (۴۶)

همان‌طور که در جدول ۵ می‌توان مشاهده نمود، نتایج آزمون‌های یکسانی ماتریس‌های کوواریانس‌های باکس در متغیر مشکلات رفتاری کودکان ($F = 1/22, p = 0/293$) معنی‌دار نیست و در متغیر کیفیت زندگی خانوادگی والدین ($F = 5/57, p < 0/001$) معنی‌دار است. همچنین، نتایج آزمون‌های کرویت موشلی^۱ در متغیر مشکلات رفتاری در میان گروه‌های تحت

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس یک راهه بین آزمودنی‌ها (گروه‌های آموزش و کنترل) در متغیرهای مشکلات رفتاری کودکان و کیفیت زندگی خانوادگی والدین

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح p	اندازه اثر
مشکلات رفتاری کودکان	بین آزمودنی‌ها: گروه	453/37	1	453/37	3/21	0/084	0/10
	خطا	3952/35	28	141/15			
کیفیت زندگی خانوادگی والدین	بین آزمودنی‌ها: گروه	650/71	1	650/71	10/69	< 0/003	0/27

3. Sphericity Assumed

1. Mauchly's test of Sphericity
2. Greenhouse-Geisser

خطا	۱۷۰۲/۸۸	۲۸	۶۰/۸۱
همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می شود، نسبت F مشاهده شده‌ی عامل گروه‌ها در متغیر مشکلات رفتاری کودکان (F = ۳/۲۱، p = ۰/۰۸۴) نشان می دهد که بین شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر مشکلات رفتاری تفاوت دیده نمی شود؛ یعنی، آموزش فرزند پروری مثبت باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان طیف اُتیسزم گروه آزمایش نسبت به دانش آموزان گروه کنترل نشده است (میانگین گروه آزمایش: ۶۴/۲۲ و میانگین گروه کنترل: ۶۸/۷۱). همچنین، نسبت F مشاهده شده‌ی عامل گروه‌ها در متغیر کیفیت زندگی خانوادگی	والدین (F = ۱۰/۶۹، p < ۰/۰۰۳) نشان می دهد که بین شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت زندگی خانوادگی والدین تفاوت معنی دار دیده می شود؛ یعنی، آموزش فرزند پروری مثبت باعث بهبود کیفیت زندگی خانوادگی والدین گروه آزمایش نسبت به والدین گروه کنترل شده است (میانگین گروه آزمایش: ۷۶/۲۸ و میانگین گروه کنترل: ۷۰/۷۹)؛ برای مشاهده‌ی مقایسه‌ی جفتی آزمون بنفرونی ^۱ گروه‌های آزمایش و کنترل که بیانگر تأیید این یافته در سطح معنی داری (p < ۰/۰۰۳) است، به جدول ۷ مراجعه کنید).		

جدول ۷- نتایج مقایسه‌ی جفتی آزمون بنفرونی گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت زندگی خانوادگی والدین

متغیر	گروه	میانگین تفاوت	خطای استاندارد	سطح p	فاصله‌ی اطمینان ۹۵٪
					حد بالا / حد پایین
کیفیت زندگی خانوادگی والدین	آزمایش و کنترل	۵/۳۷	۱/۶۴	< ۰/۰۰۳	۸/۷۴ / ۲/۰۱

جدول ۸- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری درون آزمودنی‌ها در مراحل سه‌گانه‌ی مداخله‌ی آموزش مشکلات رفتاری کودکان و کیفیت زندگی خانوادگی والدین

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجموع مجزورات	نسبت F	سطح p	اندازه اثر
درون آزمودنی‌ها: مراحل مداخله‌ی آموزشی (مشکلات رفتاری کودکان)	۱۵۶۹/۰۶	۱/۵۵	۱۰۱۱/۲۳	۳۴/۳۹	< ۰/۰۰۱	۰/۵۵
گروه‌ها × مراحل مداخله‌ی آموزشی	۵۴۰/۰۸	۱/۵۵	۳۴۸/۰۷	۱۱/۸۳	< ۰/۰۰۱	
درون آزمودنی‌ها: مراحل مداخله‌ی آموزشی (کیفیت زندگی خانوادگی والدین)	۸۳۷/۲۶	۲	۴۱۸/۶۳	۴۶/۳۳	< ۰/۰۰۱	۰/۶۲
گروه‌ها × مراحل مداخله‌ی آموزشی	۸۱۴/۸۲	۲	۴۰۷/۴۱	۴۵/۰۹	< ۰/۰۰۱	

همان طور که در جدول ۸ ملاحظه می شود، نسبت F‌های مشاهده شده درون آزمودنی‌ها در مراحل مداخله برنامه آموزش فرزند پروری مثبت بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان (F = ۳۴/۳۹) و بهبود کیفیت زندگی خانوادگی والدین (F = ۴۶/۳۳) معنی دار هستند. این یافته‌ها نشان می دهند که بین مراحل سه‌گانه‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد؛ یعنی، برنامه‌ی آموزش فرزند پروری مثبت باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بهبود کیفیت زندگی خانوادگی والدین شرکت کنندگان گروه آموزش از مرحله پیش آزمون تا مرحله پیگیری شده است. همچنین، تعامل معنی داری بین گروه‌ها و مراحل مداخله‌ی آموزشی در متغیرهای مشکلات رفتاری کودکان و کیفیت زندگی خانوادگی والدین وجود دارد.

همان طور که در جدول ۸ ملاحظه می شود، نسبت F مشاهده شده درون آزمودنی‌ها در مراحل مداخله برنامه آموزش فرزند پروری مثبت بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان (F = ۳۴/۳۹) و بهبود کیفیت زندگی خانوادگی والدین (F = ۴۶/۳۳) معنی دار هستند. این یافته‌ها نشان می دهند که بین مراحل سه‌گانه‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد؛ یعنی، برنامه‌ی آموزش فرزند پروری مثبت باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بهبود کیفیت زندگی خانوادگی والدین شرکت کنندگان گروه آموزش از مرحله پیش آزمون تا مرحله پیگیری شده است. همچنین، تعامل معنی داری بین گروه‌ها و مراحل مداخله‌ی آموزشی در متغیرهای مشکلات رفتاری کودکان و کیفیت زندگی خانوادگی والدین وجود دارد.

مقدار F مشاهده شده درون آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر مشکلات رفتاری کودکان (F = ۴۸/۵۱، df = ۲، p < ۰/۰۰۱) معنی دار است. برای اینکه دقیقاً معلوم گردد که بین کدام یک از مراحل سه‌گانه‌ی مداخله‌ی آموزشی در گروه برنامه آموزش فرزند پروری مثبت در کاهش

۱. Bonferonni

Eta^2 (معنی‌دار است. برای اینکه دقیقاً معلوم گردد که بین کدامیک از مراحل سه‌گانه‌ی مداخله‌ی آموزشی در گروه آموزش برنامه‌ی فرزند پروری مثبت در کاهش مشکلات رفتاری کودکان تفاوت وجود دارد، از آزمون مقایسه جفتی بنفرونی استفاده شد. مقایسه‌ها در این گروه تحت مداخله در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون، بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون، بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری و بین مراحل پس آزمون و پیگیری در متغیر بهبود کیفیت زندگی خانوادگی والدین در سطح $p < 0/001$ تفاوت معنادار وجود دارد (جدول ۹ را ببینید). به عبارت دیگر، برنامه مداخله‌ی آموزش فرزند پروری مثبت باعث بهبود نمره‌های کیفیت زندگی خانوادگی والدین گروه آموزش از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون (میانگین $68/06$ در مرحله پیش آزمون و میانگین $78/40$ در مرحله پس آزمون)، از مرحله پیش آزمون تا مرحله پیگیری (میانگین $68/06$ در مرحله پیش آزمون و میانگین $82/40$ در مرحله پیگیری) و از مرحله پس آزمون تا مرحله پیگیری (میانگین $78/40$ در مرحله پس آزمون و میانگین $82/40$ در مرحله پیگیری) شده است. در یافته‌های اخیر تأثیر ماندگاری برنامه آموزش فرزند پروری مثبت را می‌توان در مرحله پیگیری به‌وضوح مشاهده کرد.

مشکلات رفتاری کودکان تفاوت وجود دارد، از آزمون مقایسه جفتی بنفرونی استفاده شد. مقایسه‌ها در این گروه تحت مداخله‌ی آموزشی نشان داد که بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون، بین مراحل پیش آزمون و پیگیری و بین مراحل پس آزمون و پیگیری در متغیر مشکلات رفتاری کودکان در سطح $p < 0/001$ تفاوت معنادار وجود دارد (جدول ۹ را ببینید). به بیان دیگر، برنامه مداخله آموزش فرزند پروری مثبت باعث کاهش نمره‌های مشکلات رفتاری کودکان از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون (میانگین $72/66$ در مرحله پیش آزمون و میانگین $63/46$ در مرحله پس آزمون)، از مرحله پیش آزمون تا مرحله پیگیری (میانگین $72/66$ در مرحله پیش آزمون و میانگین $56/53$ در مرحله پیگیری) و از مرحله پس آزمون تا مرحله پیگیری (میانگین $63/46$ در مرحله پس آزمون و میانگین $56/53$ در مرحله پیگیری) گروه آموزش شده است. در یافته‌های اخیر تأثیر ماندگاری برنامه آموزش فرزند پروری مثبت را می‌توان در مرحله پیگیری به‌وضوح مشاهده کرد.

مقدار F مشاهده‌شده درون آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر بهبود کیفیت زندگی خانوادگی والدین ($F = 52/50$, $df = 2$, $p < 0/001$, $\eta^2 = 0/79$)

جدول ۹- نتایج مقایسه‌های جفتی آزمون بنفرونی گروه آزمایش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر مشکلات رفتاری کودکان و کیفیت زندگی خانوادگی والدین

متغیر	مقایسه جفتی	میانگین تفاوت	خطای استاندارد	سطح p	فاصله‌ی اطمینان ۹۵٪
					حد پایین حد بالا
مشکلات رفتاری	پیش آزمون با پس آزمون	۹/۲۰	۱/۷۴	$< 0/001$	۴/۴۶ ۱۳/۹۳
کودکان	پیش آزمون با پیگیری	۱۶/۱۳	۱/۷۲	$< 0/001$	۱۱/۴۴ ۲۰/۸۲
	پس آزمون با پیگیری	۶/۹۳	۱/۴۴	$< 0/001$	۳/۰۱ ۱۰/۸۵
بهبود کیفیت	پیش آزمون با پس آزمون	-۱۰/۳۳	۱/۳۱	$< 0/001$	-۱۳/۹۱ -۶/۷۴
زندگی خانوادگی	پیش آزمون با پیگیری	-۱۴/۳۳	۱/۷۸	$< 0/001$	-۱۹/۱۸ -۹/۴۸
والدین	پس آزمون با پیگیری	-۴	۱/۱۵	$< 0/011$	-۷/۱۲ -۰/۸۷

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تأثیر برنامه آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش کیفیت زندگی خانوادگی والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسیم صورت گرفت. نتایج فرضیه اول پژوهش بیانگر این بود که برنامه آموزش فرزندپروری مثبت در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسیم مؤثر واقع شده است؛ یعنی، نمره‌های مشکلات رفتاری کودکان گروه آزمایش در مقایسه با کودکان شرکت کننده گروه کنترل کاهش یافته است و پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده‌اند بیانگر تأیید این نتایج هستند (۶، ۷).

این پژوهش با هدف تأثیر برنامه آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش کیفیت زندگی خانوادگی والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسیم صورت گرفت. نتایج فرضیه اول پژوهش بیانگر این بود که برنامه آموزش فرزندپروری مثبت در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسیم مؤثر واقع شده است؛ یعنی، نمره‌های مشکلات رفتاری کودکان گروه آزمایش در مقایسه با کودکان شرکت کننده گروه کنترل کاهش یافته است و پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده‌اند بیانگر تأیید این نتایج هستند (۶، ۷).

از پژوهش بریان و همکاران بود (۲۰). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که برنامه‌های آموزش والدین تأثیرات مثبتی بر کودکان و خانواده‌ها دارد، این آموزش‌ها دانش و بینش والدین را افزایش می‌دهد و می‌تواند استرس را کاهش و کیفیت زندگی والدین را افزایش دهد و به‌طور کلی منجر به بهبود سلامت روان‌شناختی والدین شود (۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۶، ۲۷، ۲۸). در مطالعه حاضر، برنامه آموزش فرزند پروری مثبت باعث شد که والدین در طول جلسات بتوانند کارکرد، کیفیت و ارتباط خانوادگی خود را با کودک مبتلا به اختلال اُتیسْم بهبود بخشند و این نتیجه همسو با دو پژوهش انجام شده است (۴، ۵).

در این پژوهش براساس نتایج به دست آمده و گزارش‌های والدین، مشاهده شد والدینی که برنامه آموزش فرزندپروری مثبت را در جلسات گوناگون دریافت کردند، توانستند در جهت افزایش کیفیت زندگی خانوادگی خود قدم‌های مثبت و مؤثری بردارند. این برنامه توانست به والدین کمک کند که بتوانند روابط خانوادگی خود را مدیریت کنند. در این جلسات والدین یاد گرفتند مهارت‌های ارتباطی سازنده خود را بهبود بخشند و از فنون آموخته شده در جهت بهبود کیفیت زندگی خانوادگی خود و کاهش مشکلات رفتاری کودکان برای برقراری ارتباط با خانواده استفاده کردند. محدودیت اصلی این مطالعه شیوع بیماری ویروس کرونا بود که امکان برگزاری جلسات حضوری برای والدین وجود نداشت و جلسات به صورت مجازی برگزار شدند. محدودیت دیگر این مطالعه این بود که نمونه‌ی پژوهش محدود به والدین شهرکرد بود و برای استفاده از نتایج در سایر مناطق باید با احتیاط عمل شود.

در این پژوهش براساس نتایج به دست آمده و گزارش‌های والدین، مشاهده شد والدینی که برنامه آموزش فرزندپروری مثبت را در جلسات گوناگون دریافت کردند، توانستند در جهت افزایش کیفیت زندگی خانوادگی خود گام‌هایی مثبت و مؤثر بردارند. این برنامه توانست به والدین کمک کند که بتوانند روابط خانوادگی خود را مدیریت کنند. در این جلسات والدین با کمک مربیان آموزشی یاد گرفتند مهارت‌های ارتباطی سازنده خود را بهبود بخشند و از فنون آموخته شده در راستای بهبود کیفیت زندگی خانوادگی خود و کاهش مشکلات رفتاری کودکان خود برای برقراری ارتباط با خانواده استفاده کردند. به خاطر وجود شیوع ویروس کرونا امکان برگزاری جلسات حضوری برای والدین وجود نداشت و جلسات به صورت مجازی برگزار شدند. دیگر محدودیت این بود که نمونه‌ی پژوهش محدود به والدین شهرکرد بود و برای استفاده از نتایج در سایر مناطق باید با احتیاط عمل شود.

کارآمدتری در جهت بهبود مشکلات رفتاری فرزندشان استفاده کردند و به دنبال آن مشکلات رفتاری کمتری را در منزل از فرزندشان مشاهده نمودند. والدین در این جلسات یاد گرفتند که راهبردهای نادرست و اشتباه تربیتی خود را در مواجهه با مشکلات رفتاری کودک خود شناسایی کنند و شیوه‌های صحیح و کارآمد تربیتی را جایگزین آن‌ها کنند و همچنین فنون آموخته شده را در جلسات و در منزل اجرا و تمرین کردند. این نتایج و گزارش‌های مادران که همسو با پژوهش‌های انجام شده دیگر است بیانگر این هستند که این برنامه در این گروه هدف در کاهش مشکلات رفتاری اعم از درونی و بیرونی تا حدودی مفید بوده است (۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که یکی از بهترین نوع پشتیبانی از کودکان و برخورد با مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم آموزش والدین در امر تربیت فرزند است و به‌عنوان یک راهبرد توصیه شده برای پیشگیری و درمان رفتار مخرب کودک توصیه شده است (۱۷). هدف این برنامه پیشگیری از بروز اختلال‌های رفتاری در کودکان بود و سعی شد در طول جلسات گوناگون سطح دانش و اعتمادبه‌نفس والدین را بالا ببریم. در این برنامه به والدین راهبردها و راهکارهای عملی و مؤثر پرورش مهارت‌های اجتماعی و زبانی کودک، خودتنظیمی هیجانی، استقلال و قابلیت حل مسئله را آموزش دادیم که مطالعات دیگر تأییدی بر این یافته پژوهشی است (۱۱، ۲۴، ۲۶). به هر حال، در این مطالعه نتایج معلوم کرد که مداخله وقتی شامل آموزش رفتاری والدین باشد این آموزش‌ها در ارتباط والد و فرزند و اصلاح رفتارهای کودکان و اعتماد والدین مؤثر است و پژوهش‌های دیگر هم این یافته را تأیید کرده‌اند (۱۱، ۱۲، ۱۹، ۲۰، ۲۱) و اجرای مداخله‌ها در این مطالعه بر اساس نتایج و گزارش‌های شفاهی والدین توانسته است فرزندپروری را در حیطه‌های گرمی والدین، کاهش خصومت والدین افزایش خودکارآمدی والدین و پایین آوردن استرس بهبود ببخشد.

نتایج فرضیه دوم بیانگر تأیید تأثیر مثبت برنامه آموزش فرزندپروری مثبت بر کیفیت زندگی خانوادگی والدین کودکان مبتلا به اختلال اُتیسْم در گروه آزمایش بود و پژوهش‌های گوناگونی نیز در تأیید این یافته مشاهده شد (۱۱، ۱۲، ۱۹، ۲۰). با توجه به این نکته که قرار گرفتن در نقش مراقبت از کودک مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم مجموعه‌ای از استرس‌ها و چالش‌ها را برای کل خانواده به همراه دارد، پرداختن به حمایت از نیازهای والدین این دسته از کودکان می‌تواند یک اولویت باشد (۲۲) (رحیمی و همکاران، ۲۰۲۱) و والدین اغلب به دنبال برنامه‌های تخصصی و حمایت‌هایی هستند تا نیازهای فرزندان و خانواده خود را برطرف کنند که نتایج این بخش از این پژوهش بیانگر حمایت

ملاحظات اخلاقی

تمامی اصول اخلاق پژوهش اعم از رضایت آگاهانه و کتبی مبنی بر شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و غیره براساس استاندارد و اصول اخلاق APA ویرایش هفتم اجرا شده است.

مشارکت نویسندگان

طرح پژوهش بر عهده نویسنده اول و اجرای طرح پژوهش بر عهده نویسنده اول و دوم بوده است.

حمایت مالی

تمامی هزینه‌های اجرای این پژوهش بر عهده نویسنده بوده است. در ضمن این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره‌ی مدرسه و با حمایت مالی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه شهید چمران اهواز در قالب پژوهانه (SCU.EM1400.421) انجام شده است.

تعارض منافع

نویسنده مسئول مقاله اظهار می‌دارد که برای این پژوهش حمایت مالی و تعارض منابع وجود نداشته است.

سپاسگزاری

از تمامی والدینی که با رضایت آگاهانه در این پژوهش شرکت کردند، کمال تشکر را داریم.

References

- Mazzucchelli TG, Sanders MR. Stepping stones triple p: A population approach to the promotion of competent parenting of children with disability. *Parenting Research and Practice Monograph*. 2012; 2: 1-35. https://www.academia.edu/52300531/Stepping_Stones_Triple_P_A_population_approach_to_the_promotion_of_competent_parenting_of_children_with_disability
- Boehm TL, Carter EW, Taylor JL. Family quality of life during the transition to adulthood for intellectual disability and/or autism spectrum disorder. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2015; 120(5): 395-411. <https://10.1352/1944-7558-120.5.395>
- Rajabi Gh, Qaed Amini Harooni S, Aslani K. Reliability and validity of the version of the Family Quality of Life Scale in families of children with autism spectrum. *Journal of Exceptional Children*. 2019; 18, 4(70): 5-18. <http://joec.ir/article-1-827-en.html> (Persian)
- Eskow KG, Chasson GS, Summers JA. The role of choice and control in the impact of autism waiver services on family quality of life and child progress. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015; 49(5): 2035-2048. <https://10.1007/s10803-019-03886-5>
- Vasilopoulou E., & Nisbet J. The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2016; 23: 36-49. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.11.008>
- Naveed S, Waqas A, Amray AN., Memon RI, Javed N, Tahir MA, Ghozy S, Jahan N, Khan AS, Rahman A. Implementation and effectiveness of nonspecialist mediated interventions for children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2019; 14(11): 813-833. <https://10.1371/journal.pone.0224362>
- Mazurek MO, Sohl K. Sleep and behavioral problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016; 46(6):1906-1915. <https://10.1007/s10803-016-2723-7>
- Park J, Hoffman L, Marquis J, Turnbull, AP, Poston D, Mannan, H, Wang M, Nelson LL. Toward assessing family outcomes of service delivery: Validation of a family quality of life survey. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2003; 47(4-5): 367-384. <https://0.1046/j.1365-2788.2003.00497.x>
- Whittingham K, Sofronoff K, Sheffield J, Sanders MR. (2009). Stepping stones Triple p: An RCT of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2009; 37(4): 469-480. <https://10.1007/s10802-008-9285-x>
- Sanders MR. Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2012; 8: 345-379. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>
- Costa B, Thornton M, Guest E, Meyrick J, Williamson H. The effectiveness of interventions to improve psychosocial outcomes in parents of children with appearance-affecting health conditions: A systematic review. *Child: Care, Health and Development*. 2020; 47(1): 15-30. <https://10.1111/cch.12805>

12. Schrott B, Kasperzack D, Weber L, Becker K, Burghardt R, Kamp-Becker I. Effectiveness of the stepping stones triple p group parenting program as an additional intervention in the treatment of autism spectrum disorders: Effects on parenting variables. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019; 49(3): 913-923. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3764-x>
13. Sanders M. Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*. 2008; 22(3): 506-517. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506>
14. Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, Day JJ. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*. 2014; 34, 4: 337-357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
15. Shah R, Kennedy S, Clark MD, Milis MHS, Bauer SC, Schwartz A. (2016). Primary care-based interventions to promote positive parenting behaviors: A meta analysis. *Pediatrics*. 2016; 137(5): e20153393. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3393>
16. Postorino V, Sharp W. G, McCracken CE, Bearss K, Burrell TL, Evans AN, Scahill L. A systematic review and meta-analysis of parent training for disruptive behavior in children with autism spectrum disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2017; 20(4): 391-402. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0237-2>
17. Rojas-Torres LP, Alonso-Esteban Y, Alcantud-Marín F. Early intervention with parents of children with autism spectrum disorders: A review of programs. *Journal Children*. 2020; 7(12): 1-28. <https://doi.org/10.3390/children7120294>
18. Kasperzack D, Schrott B, Mingebach T, Becker K, Burghardt R, Kamp-Becker I. Effectiveness of the stepping stones triple p group parenting program in reducing comorbid behavioral problems in children with autism. *Autism*. 2020; 24(2): 423-436. <https://doi.org/10.1177/1362361319866063>
19. Criss S, Grant L, Henderson N, Sease K, Fumo M, Stetler C. Changing attitudes about spanking: A mixed-methods study of a positive parenting intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 2021; 30(10): 2504-2515. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02039-6>
20. Brian J, Tint A, Branson JC, Pilkington M. Effectiveness of group stepping stones positive parenting program for children with autism spectrum disorder and disruptive behaviour: program evaluation from a large community implementation. *Journal on Developmental Disabilities*. 2021; 26(2): 1-19. <https://doi.org/10.1177/1362361319866063>
21. Zand DH., Bultas MW, Mcmillin ES, Halloran D, White T, McNamara D, Pierce KJ. A pilot of a brief positive parenting program on children newly diagnosed with autism spectrum disorder. *Family Process*. 2017; 57(4): 901-914. <https://doi.org/10.1111/famp.12334>
22. Rahimi M, Akrami N, Ghamarani A. The effectiveness of positive parenting program on self-efficacy and parenting style in mothers of children with internalized and externalized disorders. *Journal of Clinical Psychology & Personality*. 2021; 19, 1: 93-107. <https://doi.org/10.22070/CPAP.2021.7164.0> (Persian)
23. Matsumoto Y, Sofronoff K, Sanders MR. The efficacy and acceptability of the Triple P-positive parenting program with Japanese parents. *behaviour change*. 2007; 24(4): 205-218. <https://doi.org/10.1375/bech.24.4.205>
24. Matsumoto Y, Sofronoff K, Sanders MR. Investigation of the effectiveness and social validity of the Triple P positive parenting program in Japanese society. *Journal of Family Psychology*. 2010; 24(1): 87-91. <https://doi.org/10.1037/a0018181>
25. 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. *Journal Child Family Studies*. 2011; 20: 804-813. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0163-1>
26. Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple p system population trial. *Prevention Science*. 2009; 10(1): 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0123-3>
27. Turner KM, Richards M, Sanders MR. Randomised clinical trial of a group parent education programme for Australian indigenous families. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2007; 43(6): 429-437. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2007.01053.x>
28. Turner KM, Sanders MR. Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behavior Therapy*. 2007; 37(2): 131-142. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.05.004>

29. Leung C, Sanders M, Leung S, Mak R, Lau J. An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Program in Hong Kong. *Family Process*. 2003; 42(4): 531-544. <https://10.1111/j.1545-5300.2003.00531.x>.
30. Marawska A, Sanders MR. Self-administered behavioral family intervention for parents of toddlers: Part i. Efficacy. *Journal of Clinical Counseling Psychology*. 2006; 74(1): 0-19. <https://10.1037/0022-006X.74.1.10>
31. Turner KM, Richards M, Sanders MR. Randomised clinical trial of a group parent education programme for Australian indigenous families. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2006; 43(6): 429-437. <https://10.1111/j.1440-1754.2007.01053.x>
32. Zubrick SR, Ward KA, Silburn SR, Lawrence D, Williams AA, Blair E, et al. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention Science*. 2005; 6(4): 287-304. <https://10.1007/s11121-005-0013-2>
33. Achenbach TM, Rescolar LA. Manual for the ASEBA School-age forms and profiles. Burlington: VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.ASEBA; 2001. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceId](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceId)
34. Ghamarikeyvan H, Khosnodniaye Chamachai's B. Fundamental factors in children disorders based on the Achenbach and Rescolar's Child Behavior Checklist. *Quarterly Psychology of Exceptional Individuals*. 2016; 6, 21: 157-171. <https://doi.org/10.22054/jpe.2016.5286> (Persian)
35. Goodarzi MA, Hashemi R, Taghavi MR. The effect of behavioral training of mothers with conduct disorder children on behavior performance problems in their children. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2018; 19, 1: 1-19. <https://doi.org/10.30486/jrsp.2018.540471> (Persian)
36. Arias AA, Rea MM, Adler EJ, Haendel AD, Van Hecke AV. Utilizing the Child Behavior Checklist (CBCL) as an autism spectrum disorder preliminary screener and outcome measure for the PEERS® intervention for autistic adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021; 358(8): 1-14. <https://10.1007/s10803-021-05103-8>
37. Gomez R, Vance A. Confirmatory factor analysis, latent profile analysis, and factor mixture modeling of the syndromes of the Child Behavior Checklist and Teacher Report Form. *Psychological Assessment*. 2014;26(4): 1307-1316. <https://10.1037/a0037431>
38. Schmeck K, Poustka F, Döpfner MJ, Plück J, Berner W, Lehmkuhl G, Lenz K, Huss M. Discriminant validity of the Child Behavior Checklist CBCL-4/18 in German samples. *European Child & Adolescence Psychiatry*. 2001; 10(4): 240-247. <https://doi.org/10.1007/s007870170013>
39. Poston D, Turnbull A, Park, J, Mannan H, Marquis J, Wang M. Family quality of life: A qualitative inquiry. *Mental Retardation*. 2003; 41(5): 313-328. [https://10.1352/0047-6765\(2003\)41<313:FQOLAQ>2.0.CO;2](https://10.1352/0047-6765(2003)41<313:FQOLAQ>2.0.CO;2)
40. Hoffman L, Marquis J, Poston D, Summers JA, Turnbull A. Assessing family outcomes: Psychometric evaluation of the Beach Center Family Quality of Life Scale. *Journal of Marriage and Family*. 2006; 68: 1069-1083. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00314.x>
41. Summers JA, Poston DJ, Turnbull AP, Marquis J, Hoffman L, Mannan, H, Wang M. Conceptualizing and measuring family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005; 49(10): 777-783. <https://10.1111/j.1365-2788.2005.00751.x>
42. Verdug MA, Cordoba L, Gomez J. Spanish adaptation and validation of the life family quality of life survey. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005; 49: 794-798. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00754.x>
43. Zuna N, Selig JP, Summers JA, Turnbull AP. Confirmatory factor analysis of a Family Quality of Life Scale for families of kindergarten children without disabilities. *Journal of Early Intervention*. 2009; 31(2): 111-125. <https://doi.org/10.1177/1053815108330>
44. Isaacs BJ, Brown I, Brown RI, Baum NT, Myerscough T, et al. Development of a family quality of life survey. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2007; 4: 177-185. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2007.00116.x>
45. Asgari Eden V. The implementation of triple p positive parenting program: An examination of key variables and program

adherence. University of Ottawa, Canada;
2011. <http://hdl.handle.net/10393/20305>
46- Winer BJ. Statistical principles in
experimental design. New York: MacGraw-
Hill; 1962. [https:// https://toaz.info/doc-view-2](https://toaz.info/doc-view-2)

