

Research Paper

The Comparison of Effect of Proactive Parenting Therapy and Positive Parenting Therapy on Internalizing and Externalizing Problems of Children

Neda Malekpour¹, Mohammad Reza Abedi^{2*}, Siamak Samani³

1- Ph.D. Student Counselling, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University of Isfahan, Iran.

2- Visiting Professor of the Counseling Department, Faculty of Humanities, Khomeini Shar branch, Islamic Azad University of Isfahan, Iran.

3- Associate Professor of Counselling, Islamic Azad University of Shiraz, Iran.

Received: 2022/06/18

Revised: 2023/02/12

Accepted: 2023/02/14

the read and scan to device your Use
online article



DOI:

10.30495/jpmm.2023.30597.3654

Keywords:

Proactive Parenting Therapy,
Positive Parenting Therapy,
Externalized and Internalized
Problems of Children.

Abstract

Introduction: The type of parenting style can play as a vital role in both internalized and externalized problems. Accordingly, the present study aimed to investigate the Comparison of effect of proactive parenting and positive parenting therapies on externalized and internalized problems of children.

Methods: The method of this study has been quasi-experimental, pretest and posttest design alongside a control group. The statistical population of the study included most parents with their elementary school students in Shiraz who had referred to counseling clinics due to psychological problems during the autumn 2020. The statistical sample were 45 mothers with their children who were divided into three groups of 15 people through a convenience sampling method. Two of these groups were experimental and one was assigned as a control group. In order to collect data, Child symptom inventory-4 (CSI-4) checklists by Sprafkin and Gadou as well as Conners behavior problems questionnaire related to parents were applied.

Results: The results of the analysis of covariance indicated that the effect of proactive parenting therapy on internalized problems [$P = 0.001$, $F(26-1) = 68.15$] and externalized problems [$P = 0.001$, $F(26-1) = 44.04$] of children was meaningful and significant.

Discussion: Proactive parenting style is mostly relied on reactions. This provides the chance for the active presence of parents instead of being merely the observers of the events.

Conclusion: The results indicated that these therapies can enable parents to apply approaches to deal with children internalized and externalized problems.

Citation: Malekpour N, Abedi, MR, Samani S. The Comparison of Effect of Proactive Parenting Therapy and Positive Parenting Therapy on Internalizing and Externalizing Problems of Children. Journal of Psychological Methods and Models 2022; 13(50): 119-134

Corresponding Author: Mohammad Reza Abedi

Address: Visiting Professor of the Counseling Department, Faculty of Humanities, Khomeini Shar branch, Islamic Azad University of Isfahan, Iran.

Tell: 09133287137

Email: m.r.abedi@edu.ui.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Internalized and externalized problems of children are one of the most common childhood problems that harm the relationship between the child and the circumstance. Several studies have directly examined the impact of parenting activities on children or parents' reactions to children transgresses, but leading parenting activities or the parenting that prioritize prediction over response have received less attention. Another type of parent education program is the "Positive Parenting Program" developed by Sanders et al. (2002 and 2008) based on family therapy behaviors according to the social learning principles (12, 13). The Positive Parenting Program is a global preventive intervention with selective interventions, designed specifically for at-risk children (behavioral problems) and their parents. Thus, the present study aimed to investigate the effect of leading parenting and positive parenting therapies on externalized and internalized problems of children.

Methodology

The method of this study was quasi-experimental with pretest and posttest research design with a control group. Accordingly, the pre-test was first performed using research measures for all three groups. Then, the intervention of the experimental groups was performed and finally the post-test was completed again for all three groups. The pre-test and post-test results were compared in the groups. The statistical population of the study included all elementary school children in Shiraz and their parents who had referred to counseling clinics in the autumn 2020 due to psychological problems. According to the researchers, due to the quasi-experimental nature of

this study, 15 people in each group were adequate. Thus, the statistical sample was determined to be 45 mothers with their children (15 people for each group and a total of 3 groups and 45 people) who were selected by a convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. In the next step, after justification of the project, all three groups underwent pretest (research questionnaires) before any intervention. Then, educational packages of leading parenting therapy and positive parenting therapy were implemented for the experimental groups, but no training was provided to the control group. Finally, the post-test was implemented again on all three groups simultaneously.

Discussion

Descriptive results showed that generally the mean scores of internalized and externalized problems of children in the post-test in Experimental 1 and Experimental 2 groups (treatment based on leading parenting therapy and positive parenting therapy) decreased compared to the control group. Before performing the analysis of covariance, the most important assumptions of multi-collinearity, homogeneity of variance, homogeneity of regression and the normal distribution of scores of variables were examined and confirmed. Thus, analysis of covariance can be used. The results of the analysis of covariance showed that the effect of leading parenting therapy on internalized problems [$P = 0.001$, $F(1-26) = 68.15$] and externalized problems [$P = 0.001$, $F(1-26) = 44.04$] of children was significant. Therefore, based on the results, positive parenting and leading parenting therapies can play a positive role in reducing the internalized and externalized problems of children.

Conclusion

The present study aimed to investigate the effect of leading parenting therapy and positive parenting therapy on externalized and internalized problems of children. The results show that the effect of leading parenting therapy and positive parenting therapy on internalized and externalized problems of children is significant. This means that each of these therapies can act as an alternative therapy in influencing the internalized and externalized problems of children. Therefore, the key role of these therapies in educating the families can give parents the necessary ability to deal with children's problems. These therapies can provide parents with the approaches they need to deal with problems such as hyperactivity/attention deficit, disobedience/stubbornness, social phobia, separation anxiety and depression.

مقاله پژوهشی

بررسی مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مشکلات بیرونی و درونی کودکان

ندا ملک پور^۱، محمدرضا عابدی^{۲*}، سیامک سامانی^۳

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- استاد مدعو، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، گروه مشاوره، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

چکیده

مقدمه: نوع فرزندپروری می‌تواند به عنوان یک عامل مهم در مقدار مشکلات درونی و بیرونی کودکان عمل کند. بر این اساس هدف از این پژوهش بررسی مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مشکلات بیرونی و درونی کودکان می‌باشد.

روش شناسی: در این پژوهش به روش نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بررسی داده‌ها پرداخته شد. جامعه آماری شامل کلیه کودکان دبستانی شهر شیراز به همراه والدین آنها بود که برای مشکلات روان‌شناختی به کلینیک های مشاوره در سه ماه پاییز ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند. نمونه آماری ۴۵ نفر از مادران به همراه فرزندانشان (۱۵ نفر برای هر گروه و در مجموع ۳ گروه) بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به تصادف در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند. جهت گردآوری داده‌ها از فهرست نشانه مرضی کودک (CSI-4) اسپرلفکین و گادو و پرسش‌نامه مشکلات رفتاری کانرز فرم کوتاه ویژه والدین کیت کانرز استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نتایج نشان داد بین میزان تأثیر دو روش مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مشکلات بیرونی و درونی کودکان اختلاف معناداری وجود ندارد ($p < 0/118$) و هر دو درمان به میزان مشابهی بر مشکلات بیرونی و درونی کودکان تأثیر گذار هستند ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج نشان می‌دهد که این طرح های درمانی می‌توانند به والدین توانمندی و شیوه های لازم را برای مقابله و برخورد با مشکلات رفتاری بیرونی و درونی کودکان ببخشند.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۸

تاریخ داوری: ۱۴۰۱/۱۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۲۴

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



DOI

10.30495/jpmm.2023.30597.3654

واژه‌های کلیدی:

درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز، درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت، مشکلات بیرونی و درونی کودکان.

* نویسنده مسئول: محمدرضا عابدی

نشانی: استاد مدعو، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

تلفن: ۰۹۱۳۳۲۸۷۱۳۷

پست الکترونیکی: m.r.abedi@edu.ui.ac.ir

مقدمه

مشکلات درونی و بیرونی کودکان از شایع‌ترین مسائل دوران کودکی است که رابطه بین کودک و محیط را خدشه دار می‌سازد. یک رفتار، هنگامی مشکل آفرین تلقی می‌شود که برای فرد و دیگران، مزاحمت ایجاد کرده و زندگی عادی آنان را مختل گرداند (۱). در زمینه روان‌شناسی مرضی باور بر این است که مشکلات درونی و بیرونی کودکان از شایع‌ترین مسائلی است که کودکان و نوجوانان با آن در ارتباطاند (۲). مشکلات کودکان رفتارهای گوناگون افراطی، مزمن و انحرافی هستند که گستره آن‌ها شامل اعمال تهاجمی یا برانگیختگی ناگهانی، اعمال افسرده‌گونه و گوشه‌گیرانه می‌باشد و بروز آن‌ها به دور از انتظار مشاهده‌کننده است، به طوری که وی آرزوی توقف این‌گونه رفتارها را دارد (۳).

به گونه معمول کودک این نمونه‌های رفتاری را در مکان‌های گوناگون، مانند: آموزشگاه، خانه و در موقعیت‌های اجتماعی از خود بروز می‌دهند و این‌گونه کردارها باعث می‌شوند که مشکلات چشمگیری در عملکرد اجتماعی، آموزشی و خانوادگی پدید آید (۴). از سوی دیگر، خانواده محل اولین ارتباط اجتماعی کودک بوده و اصولاً کودک در چارچوب محیط خانوادگی و بر حسب جهت گیری‌های روش‌های تربیتی والدین خود، انتظاراتی زندگی گروهی را می‌شناسد. پس تعلیم و تربیت کودک و شکل گیری ابعاد رشدی کودک که در بروز رفتارهای کودک انعکاس می‌یابد، بی‌گمان تحت تأثیر والدین خواهد بود که صد البته نقش محیط نیز با این نقش خانواده در هم تنیده و جدا نشدنی است (۵). خانواده بستری است که آدمی زندگی‌اش را با آن آغاز می‌کند و در آن شکل می‌گیرد. رابطه عاطفی میان والد و کودک و آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین در پیشرفت و موفقیت کودکان سهمی بسزا دارد (۶).

فرزندپروری حوزه‌ی نسبتاً جدیدی است که توجه پژوهش‌ها را از دهه‌های ۱۹۷۰ به بعد به سمت خود معطوف کرده و از آن زمان رویکردهای بسیاری برای پیشگیری و حل مشکلات والد-کودک و خانواده با تمرکز بر درمان و پیشگیری مطرح شده‌اند (۷). بیش‌تر پژوهشگران بر این باورند که فرزندپروری نقش قابل ملاحظه‌ای در اجتماعی شدن فرزندان دارد، اما فرزندپروری اغلب به روش‌های متفاوتی مفهوم پردازی شده است. در تلاش برای سازماندهی بهتر مفهوم فرزندپروری دارلینگ و آستین برگ (۱۹۹۳) پیشنهاد دادند که بهتر است بین سبک‌های فرزندپروری و فعالیت‌های فرزندپروری تمیز قائل شویم (۸).

از مداخلات گوناگونی برای کاهش مشکلات درونی و بیرونی کودکان استفاده شده است. یکی از موثرترین مداخلات،

درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز می‌باشد. هلدن (۱۹۸۳) فرزندپروری پیشتاز را به عنوان استفاده از روش‌های کنترل پیشگیرانه مانند تذکر در مورد بدرفتاری در مکان‌های عمومی ذکر کرده‌اند (۹). به گونه‌ای که این والدین توانایی پیش بینی رفتارهای فرزندان‌شان را دارا هستند و با این حال، از ابزارهای لازم برای جلوگیری از رفتارهای ناخواسته در فرزندان‌شان استفاده می‌کنند (۱۰). مطالعات فرزندپروری پیشتاز را به عنوان فرایندی از رفتارهای پیشگیرانه، آموزش، مشارکت، بازدارایی و توجه پردازی دوباره ذکر کرده‌اند که بر اساس توانایی پیش بینی والدین بنا شده است. گفته شده که فعالیت‌های فرزندپروری دارای دو بعد تکیه‌گاه و قبل از مواجهه است. در بعد تکیه‌گاه والدین به دنبال آن هستند که فرزندان‌شان از تأثیرات بیرونی نامطلوب در امان باشند و به صورت پناهگاهی برای فرزندان‌شان عمل کنند. در بعد پیش از وقوع آنان برنامه‌هایی برای فرزندان‌شان در نظر می‌گیرند و از آنان می‌خواهند که بر اساس آنان رفتار کنند (۱۱). روسل و اینگرسول (۲۰۲۰)، در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر فرزندپروری بر کاهش مشکلات کودکان و افزایش خودکارآمدی آن‌ها تأثیر دارد (۱۲). آلن و همکاران (۲۰۲۲)، در پژوهش خود دریافتند که فرزندپروری تعاملی بر رفتارهای مخرب کودکان اوتیسم تأثیر مثبت دارد (۱۳).

یکی دیگر از انواع برنامه‌های آموزش والدین، «برنامه فرزندپروری مثبت» است که توسط ساندرز و همکاران (۲۰۰۲) و (۲۰۰۸) و بر اساس رفتار درمانگری‌های خانواده مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی به وجود آمده است (۱۴). برنامه فرزندپروری مثبت یک مداخله پیشگیرانه جهانی با مداخلات انتخابی به طور خاص برای کودکان در معرض خطر (مشکلات رفتاری) و والدین‌شان طراحی شده است. این برنامه پنج دوره گوناگون رشدی را دربر می‌گیرد. هدف آن از نوزادی تا نوجوانی است (۱۵). این برنامه یک مداخله فرزندپروری چند سطحی است که هدف کلی آن افزایش دانش، مهارت و اعتماد به نفس والدین بمنظور جلوگیری و کاهش مشکلات رفتاری، عاطفی و رشد و نمو کودکان و نوجوانان در سطح جامعه است (۱۶). کلوم و همکاران (۲۰۲۲)، در مطالعه خود نشان دادند که برنامه فرزندپروری مثبت موجب افزایش رفتارهای مثبت و صحیح در کودکان می‌شود (۱۷). اولیویرا و همکاران (۲۰۲۲)، در بررسی خود نشان دادند که بین کاهش مشکلات رفتاری کودکان با راهبردهای فرزندپروری والدین ارتباط معنی‌دار وجود دارد (۱۸).

در توجه به مشکلات درونی و بیرونی کودکان کمبود قابل توجهی در زمینه الگوهایی فرزندپروری وجود دارد و ضرورت این

نشد. در گام آخر، بار دیگر پس از آزمون برای هر دو سه گروه در یک زمان اجرا شد.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

فهرست نشانه مرضی کودک (CSI-4): سیاهه علائم مرضی کودک (CSI-4) مقیاس درجه بندی رفتار است که اسپرلفکین و گادو بمنظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی برای کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی کرده‌اند. فرم اولیه این سیاهه در سال ۱۹۸۴ بر اساس طبقه بندی DSM-III تهیه شد. بعدها در سال ۱۹۸۷ فرم CSI-III-R به دنبال طبقه بندی DSM-III-R ساخته شد که سؤال‌های آن همانند فرم‌های قبلی افزون بر تناسب و قابل فهم بودن آن بر اساس نوع موقعیت و اطلاعاتی که دارا بودند تا حدی متفاوت بود. سیاهه نشانه‌های مرضی کودک نسبت به فرم‌های قبلی در سال ۱۹۹۴، با چاپ چهارم DSM-IV با تغییرات اندک، به وسیله گادو و اسپرلفکین مورد تجدید نظر قرار گرفت (۲۰). سیاهه مذکور نیز همانند فرم‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین ۹۷ سؤال دارد که بمنظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده و فرم معلم حاوی اطلاعاتی از محیط تحصیلی و کارکرد آموزشی کودک با ۷۷ سؤال که جهت غربال ۱۳ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شده است. این اختلال‌ها مشتمل است بر: اختلال کاستی توجه- بیش فعالی، اختلال لجبازی- نافرمانی، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری- عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشدی فراگیر، اختلال اسپرگر، تیکهای صوتی و حرکتی. روش نمره‌گذاری بصورت لیکرت در دامنه‌ای از ۰ = هیچ، تا شدید = ۴ درجه بندی می‌شود. این ابزار در داخل کشور، به کرات توسط پژوهشگران گوناگون مورد استفاده قرار گرفته. در پژوهش محمداسماعیل و علی پور (۱۳۸۳). پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. در این پژوهش از فرم والد استفاده شد (۲۱). پرسش‌نامه مشکلات رفتاری کانرز فرم کوتاه ویژه والدین: کیت کانرز در سال ۱۹۶۰ شروع به ساخت مقیاس‌های چندگانه کانرز کرد. در سال ۱۹۷۳ مقیاس ۹۳ گوی‌های ویژه والدین را معرفی کرد که در آن اختلال‌های کودکان به ۲۵ حیطه تقسیم می‌شود. در تحلیل عوامل، ۷ عامل مورد تأیید قرار گرفت. در سال ۱۹۷۸ گویت، کانرز، و اولریچ فرم کوتاه این مقیاس با ۴۸ گویه را ساختند. این مقیاس توسط والدین تکمیل می‌شود. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لایکرت ۴ گزینه‌ای (تقریباً هرگز=۰، گاهی=۱، اغلب اوقات=۲، تقریباً همیشه=۳) می‌باشد. حداقل نمره در این

امر زمانی مشخص می‌شود که برای بسیاری از والدین اصول الگوهایی فرزندپروری بیش از اندازه غیرقابل انعطاف و رسمی هستند. به گونه‌ای که بیش‌تر توصیه‌های روان‌شناسان کودک برای والدین غیرقابل اجرا می‌باشد. از سوی دیگر در قرن حاضر برنامه آموزش والدین در درمان کودکان از نظر بین‌المللی مورد پذیرش قرار گرفته است و در منابع گوناگون بر آن تأکید شده است. برنامه آموزش فرزندپروری می‌تواند به والدین بیاموزد که چگونه با ارائه الگوهای مناسب، نقش مثبت‌تری را برای کودکانشان ایفا کنند و سبک‌های سالم زندگی را به خود بیاموزند و به کودکانشان منتقل کنند (۱۹). در مجموع پژوهش‌های زیادی به طور مستقیم به تأثیر فعالیت‌های فرزندپروری بر فرزندان یا واکنش والدین به ناسازگاری فرزندان پرداخته‌اند. از سوی دیگر، فعالیت‌های فرزندپروری پیش‌تاز یا فرزندپروری که پیش‌بینی را مقدم بر واکنش می‌داند، کمتر مورد توجه بوده است. بر این اساس، این پژوهش در پی بررسی این فرضیه می‌باشد بین تأثیر درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مشکلات بیرونی و درونی کودکان تفاوت معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

در این پژوهش به روش نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مشکلات بیرونی و درونی کودکان پرداخته شده است. به این صورت که ابتدا پیش‌آزمون با استفاده از ابزارهای پژوهش برای هر سه گروه شد، سپس مداخله گروه‌های آزمایشی انجام و در انتها دوباره پس‌آزمون در مورد هر سه گروه تکمیل شد. و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها با یکدیگر مقایسه شد.

جامعه آماری شامل کلیه کودکان دبستانی شهر شیراز به همراه والدین آن‌ها بود که برای مشکلات روان‌شناختی به کلینیک‌های مشاوره در سه ماه پاییز ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند. نمونه آماری ۴۵ نفر از مادران به همراه فرزندان (۱۵ نفر برای هر گروه و در مجموع ۳ گروه و ۴۵ نفر) بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به تصادف در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند در گام بعدی، پس از توجیه طرح، پیش‌آزمون هر گونه مداخله از هر سه گروه پیش‌آزمون (پرسش‌نامه‌های پژوهش) برای گروه‌های آزمایش و گروه کنترل اجرا شد. در مرحله بعد، بسته‌های آموزشی درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز و فرزندپروری مثبت برای گروه‌های آزمایشی توسط متخصص حوزه روان‌شناسی که آموزش‌های لازم را در این خصوص دیده بود، اجرا و به گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی داده

اضطراب‌خجالتی تا ۰/۷۱ برای زیر مقیاس مشکلات اجتماعی می‌باشد (۲۲). لازم به ذکر است که از این پرسش‌نامه بمنظور غربالگری استفاده شد.

خلاصه درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت

برنامه آموزشی که در این پژوهش با والدین کار شد برنامه فرزند پروری مثبت است که توسط ساندرز و همکاران (۲۰۱۲) به وجود آمده است. این برنامه بر پایه‌ی مدل یادگیری اجتماعی تعامل والد- کودک استوار است و ماهیت دو سویه و دو جانبه‌ی تعاملات والد- کودک را مشخص می‌کند. محتوای جلسات فرزندپروری مثبت که در طی ۸ جلسه ارائه می‌گردد به طور خلاصه به شرح زیر است:

جلسه اول (فرزندپروری مثبت گروهی): در این جلسه شرکت کنندگان پس از آشنایی با یکدیگر با اهداف و محتوای برنامه آشنا می‌شوند، قوانین گروه مورد بحث قرار گرفته و علت مشکلات رفتاری برای مادران تشریح می‌شود. همچنین، والدین تشویق می‌شوند که به مشاهده و ردیابی رفتار کودک خود پرداخته و اهدافی برای تغییر رفتار کودکانشان تعیین کنند.

جلسه دوم (ارتقاء رشد کودک ۱): در این جلسه استراتژی‌هایی برای ایجاد ارتباط مثبت با کودک (مانند صحبت کردن با کودک، عاطفه به خرج دادن، اختصاص دادن زمان مفید به کودک) آموزش داده می‌شود و از والدین درخواست می‌شود که به تمرین و ایفای نقش آنها در گروه‌های کوچک بپردازند.

جلسه سوم (ارتقاء رشد کودک ۲): در این جلسه استراتژی‌هایی برای افزایش رفتارهای مثبت (تحسین توصیفی، فراهم کردن فعالیت‌های سرگرم کننده، ...) به والدین آموزش داده می‌شود و به آنها آموزش داده می‌شود که چه وقت و چگونه می‌توانند این آموزش‌ها را بکار ببرند.

جلسه چهارم (ارتقاء رشد کودک ۳): در این جلسه یاددهی رفتارها و مهارت‌های جدید به کودک، استراتژی‌هایی همانند آموزش اتفاقی، روش پرسیدن، گفتن، انجام دادن و ... به والدین آموزش داده می‌شود.

جلسه پنجم (مدیریت رفتار ناکارآمد ۱): در این جلسه درباره‌ی پیامدهای منفی تنبیه با والدین صحبت می‌شود و استراتژی‌هایی برای مقابله با سوء رفتار کودک آموزش داده می‌شود. این روش‌ها شامل قانون گذاشتن، بحث کردن مستقیم، دستور دادن مستقیم و روشن، و نادیده گرفتن می‌باشد.

جلسه ششم (مدیریت ناکارآمد ۲): در این مرحله استراتژی جایگزین تنبیه به شکل پیشرفته (شامل پیامد منطقی،

آزمون ۰ و حداکثر نمره ۱۴۴ می‌باشد. زیر مقیاس‌های فرم کوتاه ویژه والدین شامل مشکلات سلوک، مشکلات یادگیری، مشکلات روان‌تنی، بیش‌فعالی تکانش‌گری و اضطراب‌خجالتی است. اما در هنجاریابی و تحلیل عوامل که سال ۱۳۸۵ در ایران توسط شهائیان و همکاران (۱۳۸۶) انجام شد به عوامل زیر تقسیم شد: مشکلات سلوک: این زیر مقیاس از ۱۷ گویه تشکیل شده است. مشکلات روان‌تنی: این زیر مقیاس از ۹ گویه تشکیل شده است. اضطراب‌خجالتی: این زیر مقیاس از ۶ گویه تشکیل شده است. مشکلات اجتماعی: این زیر مقیاس از ۱۰ گویه تشکیل شده است (۲۲).

روایی و پایایی پرسش‌نامه مشکلات رفتاری کانرز فرم کوتاه ویژه والدین در کشورهای گوناگونی مورد بررسی قرار گرفت. همبستگی درونی را بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. در سودان پایایی بازآزمایی را معادل ۰/۸۳ و همسانی درونی بین زیر مقیاس‌های گوناگون را از ۰/۵۲ (زیر مقیاس اضطراب) تا ۰/۸۰ (بیش‌فعالی) گزارش کرده‌اند. برای تعیین روایی پرسش‌نامه مذکور در ایران شهائیان و همکاران (۱۳۸۶) از تحلیل عامل با مؤلفه‌های اصلی و در پی آن چرخش واریماکس و ابلیمین نتایج مشابهی را در بر داشت (۲۰). نهایتاً چهار عامل بدست آمد. ضرایب همبستگی بین زیر مقیاس‌ها و نمره کل بین ۰/۷۶ (زیر مقیاس اضطراب‌خجالتی) تا ۰/۹۰ (زیر مقیاس سلوک) متغیر است و کلیه ضرایب در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است. جهت به‌دست آوردن پایایی بازآزمایی، پرسش‌نامه بعد از ۴ تا ۶ هفته، مجدداً به والدین داده شد. ضرایب همبستگی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۵۸ و برای زیرمقیاس‌های مشکلات روان‌تنی، مشکلات سلوک، اضطراب‌خجالتی و مشکلات اجتماعی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴، ۰/۶۲ و ۰/۴۱ به دست آمد. پایایی بین نمره‌گذاران بدین صورت بود که ضریب پایایی نمره کل ۰/۷۰ و برای زیر مقیاس‌های مشکلات اجتماعی، مشکلات سلوک، مشکلات روان‌تنی و اضطراب‌خجالتی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۰، ۰/۶۸، ۰/۴۶ به دست آمد که جز در مورد اضطراب‌خجالتی در بقیه موارد در حد مطلوب می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ جهت نمره کل ۰/۷۳ و برای زیر مقیاس‌های سلوک، مشکلات اجتماعی، اضطراب‌خجالتی و مشکلات روان‌تنی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۵۷، ۰/۸۶ و ۰/۷۴ بود (۲۲). ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۵۸، برای نمره کل و از ۰/۴۱ برای زیر مقیاس مشکلات اجتماعی تا ۰/۷۶ برای زیرمقیاس مشکلات سلوک متغیر می‌باشد. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل، ۰/۷۳ و از ۰/۵۷ (زیر مقیاس مشکلات اجتماعی) تا ۰/۸۶ (زیر مقیاس اضطراب‌خجالتی) برای زیر مقیاس‌ها متغیر است. ضرایب پایایی، بین نمره‌گذاری پدر و مادر ۰/۷۰ برای نمره-ی کل و از ۰/۴۶ برای زیر مقیاس

محروم سازی و زمان ساکت) برای مقابله-ی مؤثر با رفتارهای نامناسب به والدین آموزش داده می‌شود.

جلسه هفتم (مدیریت رفتار ناکارآمد ۳): با توجه به اینکه روش معرفی شده در جلسات پیشین به تنهایی مؤثر واقع می‌شوند و نیازمند ترکیب شدن با یکدیگر هستند، به والدین سه برنامه-ی کاربردی شامل برنامه روزانه پیروزی، برنامه تصحیح رفتار و چارت رفتاری آموزش داده می‌شود تا والدین بتوانند به صورت روزانه برای مدیریت سوء رفتار کودک خود از آنها استفاده کنند.

جلسه هشتم (از پیش برنامه ریزی کردن): در این جلسه به والدین آموزش داده می‌شود که موقعیت‌های پر خطر را شناسایی کنند و استراتژی‌های معرفی شده در طول جلسات پیش را در قالب روش فعالیت‌های برنامه ریزی شده در موقعیت‌های پر خطر (در خانه و خارج از آن) بکار گیرند. در این جلسه هم‌چنین، رهنمودهایی برای بقاء و دوام خانواده به مادران ارائه می‌شود.

خلاصه درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز

برنامه آموزشی فرزند پروری پیشتاز بر پیش بینی رفتار به عنوان عامل تاثیرگذار در فرزندپروری، تاکید دارد. محتوای جلسات فرزندپروری پیشتاز هلدن (۱۹۸۳)، در ۸ جلسه ارائه گردید که به طور خلاصه به شرح زیر است (۹):

جلسه اول آشنایی: در این جلسه شرکت کنندگان ضمن آشنایی با یکدیگر، از اهداف و محتوای برنامه آموزشی مطلع می‌شوند. قوانین گروه مطرح و اشاره‌ای به علت مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. هم‌چنین، والدین تشویق می‌شوند که به مشاهده و رد یابی رفتار کودک خود پرداخته و اهدافی را برای تغییر رفتار کودکانشان تعیین کنند.

جلسه دوم مفهوم سازی: الگوی کلی فرزندپروری پیشتاز ارائه شد و به تقسیم دو نوع رفتار والدی پرداخته شد. به طور کلی سبک‌های فرزندپروری را می‌توان به دو حوزه واکنشی و فعال تقسیم کرد. واکنشی، تمایل به واکنش پذیری در برابر محرک است در حالیکه پیشتاز ایجاد یا کنترل یک موقعیت بر اساس پیش بینی به جای انتظار برای پاسخگویی به آن موقعیت می‌باشد.

این امر نشان می‌دهد که چگونه می‌توان شرایط را برای وقوع رفتاری مشخص فراهم کرد یا اینکه تنها منتظر وقوع آن شد و به آن پاسخ داد.

جلسه سوم نگرش و انگیزه پیشتاز: در این جلسه در خصوص اهمیت باور والدین به کارایی و توانایی خود صحبت می‌شود و هدف جلسه ایجاد نگرشی مبتنی بر تدبیر، مسئولیت

پذیری، نگاه ارزشی و بینش می‌باشد. والدین تشویق به اصلاح باورها و اعتقادات خود می‌شوند و در کنار آن به تعریفی از رفتار کودک بدون قضاوت یا برچسب مشکل و بیماری زدن به آن می‌رسند. در ضمن، والدین دلایل این نوع نگرش را با توجه به ارزش‌ها مشخص می‌کنند

جلسه چهارم شخصیت پیشتاز: ضمن تعریف شخصیت پیشتاز بر مؤلفه‌هایی چون انعطاف پذیری، صبوری، مهارت خود تنظیمی والدین و امکان برقراری تعادل بین توجه به خود و توجه به کودک تاکید می‌شود. والدین پیشتاز در این جلسه می‌آموزند که به دنبال فرصت‌های جدید باشند و تمایل به رشد فردی و توانایی پاسخگویی داشته باشند. شخصیت پیشتاز به عنوان یک تمایل نسبتاً پایدار برای تغییر محیط خود معرفی می‌شود که مبتنی بر آن افراد بر اساس میزان نفوذشان بر محیط از هم متمایز می‌شوند.

جلسه پنجم رفتار پیشتاز: اساس رفتار والدین کارایی رفتار می‌باشد لذا، بر اهمیت آگاهی از افکار، خود ابتکاری، خود آغاز گری، و آینده نگری تاکید می‌شود. والدین هم‌چنین، می‌آموزند که تمایل به تغییر امری مثبت است و می‌توانند افکار منفی خود را به چالش بکشند.

جلسه ششم مقابله پیشتاز: در این جلسه مراحل مقابله پیشتاز که شامل جمع آوری منابع، شناخت- توجه (توانایی پیش بینی)، ارزیابی اولیه و استنباط از بازخورد می‌شود، مطرح می‌گردد. تمرکز بر این است که والدین کنترل فرزندپروری را در دست داشته باشند لذا، باید بتوانند چشم انداز زمان داشته باشند و خطرات، خواسته‌ها و فرصت‌ها را پیش بینی کنند. هم‌چنین، به جستجوگری، پرسشگری و داشتن تصور مثبت از شرایط ترغیب می‌شوند. افزون بر این، می‌آموزند که تمرکزشان بر راه حل‌ها باشد و هدفشان اصلاح رفتار باشد. به والدین تاکید می‌شود که به دنبال منابع تسهیل کننده اهداف چالش برانگیز و رشد شخصی باشند.

جلسه هفتم هدف گذاری پیشتاز: تا کید بر آموزش طراحی مسیر فرزندپروری متناسب با شرایط کودک به عنوان گام نخست در این جلسه مورد نظر می‌باشد. در گام بعدی برنامه ریزی و طراحی یک راهنمای اجرایی به صورت گام به گام مطرح می‌شود. و در نهایت، والدین می‌آموزند که باید هر از گاهی در خصوص عوامل مؤثر بر رفتار از یک طرف و تأثیر اقداماتشان بر خود، کودک و محیط از طرف دیگر تأمل داشته باشند. لذا، فعالیت پیشتازانه فرآیندی است که دارای عناصرپیش بینی، برنامه ریزی و تأمل است که در هدف گذاری پیشتاز مورد توجه قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج نشان می‌دهد که از کل گروه نمونه ۱۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در گروه آزمایشی اول، ۱۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در گروه آزمایشی دوم و ۱۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در گروه گواه بودند. در گروه آزمایشی اول و دوم و گروه گواه بیشترین فراوانی به تفکیک سن در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال بوده‌اند. که در گروه آزمایشی اول، دوم بیشترین فراوانی به تفکیک تحصیلات مربوط به سطح سطح تحصیلات کارشناسی و در گروه گواه مربوط به سطح تحصیلات دیپلم بوده است. جدول (۱) میانگین و انحراف معیار مشکلات درونی و بیرونی کودکان را نشان می‌دهد.

جلسه هشتم ایفای نقش: در این جلسه ابتدا مقایسه‌ای بین این الگو و سایر سبک‌های فرزندپروری صورت گرفت و سپس با هدف بکارگیری سبک رفتاری پیشتاز، شیوه ایفای نقش مد نظر قرار گرفت و گام‌های مورد نظر مسیر طراحی شده در جلسه هفتم به چالش کشیده شد. در آخر مباحث آموزش داده شده در هشت جلسه جمع بندی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله تحلیل کوواریانس یک متغیره و چندمتغیره نرم افزار Spss20 انجام شد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار مشکلات درونی و بیرونی کودکان

متغیرها	گروهها	فرزندپروری پیشتاز		فرزندپروری مثبت		گواه
		SD	M	SD	M	
بیش فعالی	پیش آزمون	۳/۶	۱۴/۳۳	۱/۴۱	۱۴	۲/۳۴
	پس آزمون	۱/۲۹	۱۱/۶۶	۱/۱۹	۱۳	۲/۲۸
کمبود توجه	پیش آزمون	۲/۵	۱۵/۱۳	۱/۱۶	۱۴/۲۶	۱/۷۹
	پس آزمون	۱/۶۶	۱۲/۰۶	۰/۹۶	۱۳/۲۶	۲/۲۸
نافرمانی / لجبازی	پیش آزمون	۲/۷۹	۱۱/۵۳	۱/۹	۱۱/۹۳	۱/۸۶
	پس آزمون	۰/۹۶	۹/۹۳	۱/۵۳	۱۱/۰۶	۱/۸۸
اختلال سلوک	پیش آزمون	۲/۳۴	۶/۰۶	۲/۶۹	۷	۱/۹۵
	پس آزمون	۱/۴۳	۴/۲۶	۲/۳۲	۵/۶	۱/۷۸
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۱/۵۳	۱۲/۰۶	۱/۸۶	۱۲/۷۳	۲/۶۵
	پس آزمون	۲/۰۶	۱۰/۰۶	۱/۹	۱۰/۲۶	۲/۴۹
افسرده خویی	پیش آزمون	۱/۸۶	۵/۷۳	۱/۸	۶/۱۳	۱/۵۲
	پس آزمون	۱/۶۲	۴/۷۳	۱/۲۲	۳/۹۳	۱/۵۳
هراس اجتماعی	پیش آزمون	۱/۶۲	۴/۷۳	۱/۲۲	۵/۴۶	۱/۲۲
	پس آزمون	۱/۰۳	۳/۹۳	۰/۶۳	۳/۵۳	۱/۰۹
اضطراب جدایی	پیش آزمون	۳/۱۲	۷/۲	۱/۹۶	۷/۴	۱/۴۳
	پس آزمون	۲/۲۵	۶/۰۶	۱/۸۴	۶/۶	۱/۶۴
مشکلات درونی	پس آزمون	۷/۶۲	۴۷/۰۶	۲/۷	۴۷/۲	۴/۵۶
	پیش آزمون	۳/۳۶	۳۷/۹۳	۲/۷۸	۴۲/۹۳	۵/۰۵
مشکلات بیرونی	پس آزمون	۵/۳۲	۲۹/۷۳	۴/۳۹	۳۱/۷۳	۳/۰۶
	پیش آزمون	۴/۲	۲۵/۳۳	۲/۳۸	۲۴/۳۳	۳/۱۵

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که به طور کلی میانگین نمرات مشکلات درونی و بیرونی کودکان در پس آزمون در گروه آزمایشی اول و دوم نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. پیش از انجام تحلیل کوواریانس پیش فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. آزمون ناپارامتریک -Kolmogorov Smirnov نشان داد پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مطالعه محقق شده است، زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ معنادار نبود. نتایج آزمون Levene نشان داد که سطوح معناداری بدست آمده برای هر یک از متغیرهای وابسته بیش از ۰/۰۵ است، بنابراین مفروضه همگنی واریانسها در سه گروه برقرار است. برای تحلیل کوواریانس، یکسانی واریانس‌های متغیر وابسته از راه آزمون کرویت Mauchly مورد بررسی قرار گرفت که طبق نتایج آن یکسان بودن واریانس بین گروهها رعایت شده است ($P > 0.05$). برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس، آزمون ام باکس استفاده شد که طبق نتایج، مفروضه همگنی

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که به طور کلی میانگین نمرات مشکلات درونی و بیرونی کودکان در پس آزمون در گروه آزمایشی اول و دوم نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. پیش از انجام تحلیل کوواریانس پیش فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. آزمون ناپارامتریک -Kolmogorov Smirnov نشان داد پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مطالعه محقق شده است، زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ معنادار نبود. نتایج آزمون

ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای متغیر مشکلات درونی ($P=0/214$, $F=1/196$, $\text{Box's } M=0/305$) و مشکلات بیرونی ($P=0/319$, $F=1/316$, $\text{Box's } M=0/368$) برقرار بود. بمنظور بررسی اول پژوهش (بین اثربخشی درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مشکلات بیرونی کودکان تفاوت معناداری وجود دارد) از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج تحلیل نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مشکلات بیرونی کودکان معنادار است.

جدول ۲- بررسی تفاوت تأثیرگذاری درمان‌های گوناگون بر مشکلات بیرونی کودکان

گروهها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	P
فرزندپروری پیش‌تاز و فرزندپروری مثبت	۴/۹۳	۱/۰۳	۰/۰۰۱
فرزندپروری پیش‌تاز و گروه گواه	۹/۰۳	۱/۰۳	۰/۰۰۱
فرزندپروری مثبت و گروه گواه	۴/۱۰	۱/۰۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که بین درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت و گروه گواه تفاوت معنادار است. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین مشکلات بیرونی کودکان در گروه درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز (۳۸/۱۸) نسبت به گروه درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت (۴۳/۱۲) و گروه گواه (۴۷/۲۲) کاهش معناداری داشته است. بنابراین، درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز نسبت به درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت تأثیر بیش‌تری مشکلات بیرونی کودکان داشته است. در ادامه بمنظور مقایسه تأثیرگذاری درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مولفه‌های مشکلات بیرونی کودکان از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره بر روی میانگین متغیرهای پژوهش در مرحله پس از آزمون نتایج نشان داد که در همه آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت بین گروهها معنادار شده است (لامبدای ویلکس $P = 0/001$, $F = 7/79$). این امر نشان دهنده وجود تفاوت در حداقل یکی از گروهها در یکی از مولفه‌ها می‌باشد. بنابراین، در ادامه به بررسی اثرات بین گروهی پرداخته می‌شود تا بتوان تفاوت مورد بررسی را شناسایی کرد. نتایج در جدول زیر آمده است:

جدول ۳- مقایسه تأثیر فرزندپروری پیش‌تاز و فرزندپروری مثبت بر مولفه‌های مشکلات بیرونی کودکان

متغیر	SS	DF	MS	F	P	η^2
بیش فعالی	۶۰/۹۲	۲	۳۰/۴۶	۱۶/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶
کمبود توجه	۴۴/۶۸	۲	۲۲/۳۴	۱۴/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴
نافرمانی لجبازی	۲۶/۱۷	۲	۱۳/۰۸	۹/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳
مشکلات سلوک	۲۳/۹۶	۲	۱۱/۹۸	۱۳/۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱

نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات گروههای مورد مقایسه تفاوت معناداری در بیش فعالی ($P = 0/001$, $F = 16/66$)، کمبود توجه ($P = 0/001$, $F = 14/98$)، نافرمانی لجبازی ($P = 0/001$, $F = 9/44$) و مشکلات سلوک ($P = 0/001$, $F = 11/98$) وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که بین کدام گروهها تفاوت معنادار است.

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که بین درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت و گروه گواه تفاوت معنادار است. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین مشکلات بیرونی کودکان در گروه درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز (۳۸/۱۸) نسبت به گروه درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت (۴۳/۱۲) و گروه گواه (۴۷/۲۲) کاهش معناداری داشته است. بنابراین، درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز نسبت به درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت تأثیر بیش‌تری مشکلات بیرونی کودکان داشته است. در ادامه بمنظور مقایسه تأثیرگذاری درمان مبتنی بر فرزندپروری پیش‌تاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مولفه‌های مشکلات بیرونی کودکان از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره بر روی میانگین متغیرهای پژوهش در مرحله پس از آزمون نتایج نشان داد که در همه آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت بین گروهها معنادار شده است (لامبدای ویلکس $P = 0/001$, $F = 7/79$). این امر نشان دهنده وجود تفاوت در حداقل یکی از گروهها در یکی از مولفه‌ها می‌باشد. بنابراین، در ادامه به بررسی اثرات بین گروهی پرداخته می‌شود تا بتوان تفاوت مورد بررسی را شناسایی کرد. نتایج در جدول زیر آمده است:

نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات گروههای مورد مقایسه تفاوت معناداری در بیش فعالی ($P = 0/001$, $F = 16/66$)، کمبود توجه ($P = 0/001$, $F = 14/98$)، نافرمانی لجبازی ($P = 0/001$, $F = 9/44$) و مشکلات سلوک ($P = 0/001$, $F = 11/98$) وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که بین کدام گروهها تفاوت معنادار است.

جدول ۴- بررسی تفاوت تأثیرگذاری درمان‌های گوناگون بر مولفه‌های مشکلات بیرونی کودکان

متغیرها	گروهها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	P
بیش‌فعالی	فرزندپروری پیشتاز و فرزندپروری مثبت	۱/۲۹	۰/۵۲	۰/۰۲
	فرزندپروری پیشتاز و گروه گواه	۲/۸۶	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	فرزندپروری مثبت و گروه گواه	۱/۵۷	۰/۵۱	۰/۰۰۴
کمبود توجه	فرزندپروری پیشتاز و فرزندپروری مثبت	۱/۳۸	۰/۴۷	۰/۰۰۶
	فرزندپروری پیشتاز و گروه گواه	۲/۴۵	۰/۴۵	۰/۰۰۱
	فرزندپروری مثبت و گروه گواه	۱/۰۸	۰/۴۶	۰/۰۲
نافرمانی لجاجتی	فرزندپروری پیشتاز و فرزندپروری مثبت	۰/۹۷	۰/۴۵	۰/۰۴
	فرزندپروری پیشتاز و گروه گواه	۱/۸۸	۰/۴۳	۰/۰۰۱
	فرزندپروری مثبت و گروه گواه	۰/۹۱	۰/۴۴	۰/۰۵
مشکلات بلوک	فرزندپروری پیشتاز و فرزندپروری مثبت	۰/۶۹	۰/۳۶	۰/۰۶
	فرزندپروری پیشتاز و گروه گواه	۱/۷۸	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	فرزندپروری مثبت و گروه گواه	۱/۰۹	۰/۳۶	۰/۰۰۴

بررسی اول پژوهش (بین اثربخشی درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مشکلات درونی کودکان تفاوت معناداری وجود دارد) از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج تحلیل نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مشکلات درونی کودکان معنادار است ($P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۳۱/۹۲$) (۴۱-۲). همچنین، بررسی مجذور اتای تفکیکی (اندازه‌ی اثر) حاکی از آن بود که درمان‌های مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت در مجموع ۶۵ درصد از واریانس مشکلات درونی کودکان را تبیین می‌کند ($\eta^2 = ۰/۶۱$). در ادامه نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان می‌دهد که بین کدام گروهها تفاوت معنادار است.

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که بین تأثیرگذاری درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مولفه‌های مشکلات بیرونی کودکان تفاوت معناداری در بیش‌فعالی، کمبود توجه و نافرمانی لجاجتی مشاهده شده است. اما در مولفه مشکلات سلوک تفاوت دو روش درمانی معنا دار نیست. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات بیش‌فعالی، کمبود توجه و نافرمانی لجاجتی در پس‌آزمون در گروه درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز (به ترتیب ۱۱/۶۶، ۱۲/۰۶ و ۹/۹۳) نسبت به گروه آموزش درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت (به ترتیب ۱۳، ۱۳/۲۶ و ۱۱/۰۶) و گروه کنترل (به ترتیب ۱۴/۷۳، ۱۴/۷۱ و ۱۲) کاهش معناداری داشته داشته است. در مجموع نتایج نشان می‌دهد که مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز نسبت به درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت تأثیر بیش‌تری بر مشکلات بیرونی کودکان داشته است. بمنظور

جدول ۵- بررسی تفاوت تأثیرگذاری درمان‌های گوناگون بر مشکلات درونی کودکان

گروهها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	P
فرزندپروری پیشتاز و فرزندپروری مثبت	۲/۱۱	۰/۸۶	۰/۰۲
فرزندپروری پیشتاز و گروه گواه	۴/۵۱	۰/۸۴	۰/۰۰۱
فرزندپروری مثبت و گروه گواه	۶/۶۲	۰/۶۵	۰/۰۰۱

تأثیر بیش‌تری مشکلات درونی کودکان داشته است. در ادامه بمنظور مقایسه تأثیرگذاری درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مولفه‌های مشکلات درونی کودکان از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره بر روی میانگین متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون نتایج نشان داد که در همه آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت بین گروهها معنادار شده است (لامبدای وبلکس $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۷/۸۰$).

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که بین درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت و گروه گواه تفاوت معنادار است. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین مشکلات درونی کودکان در گروه درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت (۲۵/۸۶) نسبت به گروه درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز (۲۳/۷۵) و گروه گواه (۳۰/۳۸) کاهش معناداری داشته داشته است. بنابراین، درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت نسبت به درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز

گروهی پرداخته می شود تا بتوان تفاوت مورد بررسی را شناسایی کرد. نتایج در جدول زیر آمده است.

جدول ۶- مقایسه تأثیر فرزندپروری پیشتاز و فرزندپروری مثبت بر مولفه های مشکلات درونی کودکان

متغیر	SS	DF	MS	F	P	η^2
اضطراب فراگیر	۳۸/۷۸	۲	۳۹/۱۹	۱۰/۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶
افسرده خوبی	۲۵/۵۹	۲	۱۲/۷۹	۱۴/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲
هراس اجتماعی	۱۷/۳۷	۲	۸/۶۸	۱۳/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱
اضطراب جدایی	۱۱/۲۷	۲	۵/۶۳	۵/۶۲	۰/۰۰۷	۰/۲۲

$F(2-38) = 5/63, P =$ وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان می دهد که بین کدام گروهها تفاوت معنادار است.

این امر نشان دهنده وجود تفاوت در حداقل یکی از گروهها در یکی از مولفهها می باشد. بنابراین، در ادامه به بررسی اثرات بین

نتایج تحلیل کوواریانس جدول ۴-۱۹ نشان می دهد که بین میانگین نمرات گروههای مورد مقایسه تفاوت معناداری در اضطراب فراگیر [$F(2-38) = 10/8, P = 0/001$]، افسرده خوبی [$F(2-38) = 14/22, P = 0/02$]، هراس اجتماعی [$F(2-38) = 13/52, P = 0/001$] و اضطراب جدایی [$F(2-38) = 11/27, P = 0/007$]

جدول ۷- بررسی تفاوت تأثیرگذاری درمان های گوناگون بر مولفه های مشکلات بیرونی کودکان

متغیرها	گروهها	تفاوت میانگینها	خطای انحراف استاندارد	P
اضطراب فراگیر	فرزندپروری پیشتاز و فرزندپروری مثبت	۰/۷۱	۰/۵	۰/۱۶
	فرزندپروری پیشتاز و گروه گواه	۱/۵۵	۰/۴۹	۰/۰۰۳
	فرزندپروری مثبت و گروه گواه	۲/۲۶	۰/۴۹	۰/۰۰۱
افسرده خوبی	فرزندپروری پیشتاز و فرزندپروری مثبت	۰/۸۳	۰/۳۶	۰/۰۳
	فرزندپروری پیشتاز و گروه گواه	۱/۰۴	۰/۳۵	۰/۰۰۵
	فرزندپروری مثبت و گروه گواه	۱/۸۷	۰/۳۵	۰/۰۰۱
هراس اجتماعی	فرزندپروری پیشتاز و فرزندپروری مثبت	۰/۶۷	۰/۳	۰/۰۳
	فرزندپروری پیشتاز و گروه گواه	۰/۸۷	۰/۲۹	۰/۰۰۶
	فرزندپروری مثبت و گروه گواه	۱/۵۴	۰/۲۹	۰/۰۰۱
اضطراب جدایی	فرزندپروری پیشتاز و فرزندپروری مثبت	۰/۵۸	۰/۳۷	۰/۱۳
	فرزندپروری پیشتاز و گروه گواه	۱/۲۴	۰/۳۷	۰/۰۰۲
	فرزندپروری مثبت و گروه گواه	۰/۷۶	۰/۳۷	۰/۰۵

نسبت به درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز تأثیر بیش تری بر مشکلات درونی کودکان داشته است.

نتیجه گیری

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مشکلات بیرونی و درونی کودکان می باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز بر مشکلات بیرونی و درونی کودکان تأثیر دارد. نتایج این یافته با سایر یافته ها همسو بود. روسل و اینگرسول (۲۰۲۰)، در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر فرزندپروری بر کاهش مشکلات کودکان و افزایش خودکارآمدی آن ها تأثیر دارد (۱۲). آلن و همکاران (۲۰۲۲)، در پژوهش خود دریافتند که فرزندپروری

نتایج جدول بالا نشان می دهد که بین تأثیرگذاری درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز و درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مولفه های مشکلات بیرونی کودکان تفاوت معناداری در افسرده خوبی و هراس اجتماعی مشاهده شده است. اما در مولفه اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی تفاوت دو روش درمانی معنادار نیست. بررسی جدول میانگین ها نشان می دهد که میانگین نمرات افسرده خوبی و هراس اجتماعی در پس آزمون در گروه درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت (به ترتیب ۳/۹۳ و ۳/۵۳) نسبت به گروه آموزش درمان مبتنی بر فرزندپروری پیشتاز (به ترتیب ۴/۷۳ و ۳/۹۳) و گروه کنترل (به ترتیب ۵/۷۳/۷۱ و ۴/۸۶) کاهش معناداری داشته است. در مجموع نتایج نشان می دهد که مبتنی بر فرزندپروری مثبت

عبارت دیگر این والدین پیشتازی را نه تنها در نگرش‌هایشان بلکه در رفتارشان نیز نشان می‌دهند.

همچنین، در این الگو فرایند هدف پیشتاز را به عنوان مکانیسم روان‌شناختی در نظر می‌گیرند که افراد برای رسیدن به اهداف پیشتازانه انجام می‌دهند و اظهار می‌دارند که ایجاد یک هدف بدون تلاش و به تنهایی پیشتازی بشمار نمی‌رود زیرا تأثیری روی خود و محیط ندارد. ایجاد هدف شامل آینده‌ای متفاوت را در نظر گرفتن و همچنین، برنامه ریزی برای ایجاد آن تغییر می‌باشد. در حالی که تلاش در جهت هدف در برگزیده گام‌های مشخصی برای ایجاد تغییر و تأمل در مورد این اقدامات و پیامدهای آن‌ها می‌باشد. پس می‌توان گفت فعالیت پیشتازانه نه تنها یک رفتار قابل مشاهده است بلکه فرآیندی است که دارای عناصر پیش بینی، برنامه‌ریزی و تأمل است. سرانجام اینکه در این الگو مقابله پیشتاز تلاش برای ایجاد منابع عمومی است که موجب تسهیل در ترویج اهداف چالش برانگیز و رشد شخصی می‌شود. در واقع مقابله پیشتاز بیانگر الگوهای مؤثر والدین در برخورد با چالش‌های فرزندپروری است.

والدین کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری، رفتارهای امری بیش‌تری دارند، بیش‌تر مخالفت می‌کنند، پاداش‌های کم‌تری به کودک مطیع می‌دهند و پاداش‌های ارائه شده آن‌ها بیش‌تر جنبه اتفاقی دارد. لذا، در این شیوه آموزش سعی بر اصلاح این چرخه معیوب است. به این ترتیب کاهش مشکلات رفتاری در اثر آموزش نحوه درست و مؤثر والدگری قابل تبیین خواهد بود (۱۸).

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر فرزندپروری مثبت بر مشکلات بیرونی و درونی کودکان تأثیر دارد. نتایج این یافته با سایر یافته‌ها همسو بود. کلوم و همکاران (۲۰۲۲)، در مطالعه خود نشان دادند که برنامه فرزندپروری مثبت موجب افزایش رفتارهای مثبت و صحیح در کودکان می‌شود (۱۷). اولیویرا و همکاران (۲۰۲۲)، در بررسی خود نشان دادند که بین کاهش مشکلات رفتاری کودکان با راهبردهای فرزندپروری والدین ارتباط معنی‌دار وجود دارد (۱۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت که برنامه آموزش فرزندپروری مثبت با مد نظر قرار دادن مواردی همچون پاداش‌های اتفاقی به رفتارهای منفی، نادیده گرفتن رفتارهای مطلوب، الگو گرفتن، نحوه ارائه راهنماها، پیغام‌های هیجانی و استفاده نامؤثر از تنبیه که به‌طور ناخواسته از سوی والدین اعمال می‌شود چرخه معیوب رفتار مقابله‌ای والدین را که منجر به سرپیچی و نافرمانی در کودک می‌شود اصلاح می‌کند (۲۳).

تعاملی بر رفتارهای مخرب کودکان اوتیسم تأثیر مثبت دارد (۱۳). گارسیا و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که آموزش فرزندپروری می‌تواند باعث بهبود ارتباط کودکان شود و رفتارهای اخلاص گرانه آنان را به گونه‌ای معنادار کاهش می‌دهد (۴).

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که به طور کلی سبک‌های فرزندپروری را می‌توان به دو حوزه کلی واکنشی یا فعال تقسیم کرد: واکنشی؛ تمایل به واکنش پذیری در برابر محرک است که با واکنش مشخص می‌شود. پیشتاز یا پیشگیریانه؛ ایجاد یا کنترل یک موقعیت با ایجاد اتفاقی به جای انتظار برای پاسخگویی به آن پس از وقوع. این امر نشان می‌دهد که چگونه می‌تواند شرایط را برای عدم وقوع رفتاری مشخص مهیا کرد یا اینکه تنها منتظر وقوع آن شد و به آن پاسخ داد (۱۱). لذا، الگوی فرزندپروری پیشتاز با تکیه بر واکنش زمینه حضور فعال والدگری به جای تماشای وقایع را فراهم می‌کند. به عبارت دیگر این امر که والدین مسئول و عامل ایجاد و شکل‌گیری رفتار فرزندآن هستند، نیاز به آگاهی و اعتماد به نفس دارد. الگوی فرزندپروری پیشتاز بر این خودکارآمدی و آگاهی تأکید دارد.

الگوی فرزندپروری پیشتاز در پی پاسخگویی به این سؤال است که چگونه والدین به وقایع فرزندپروری واکنش نشان می‌دهند. لذا، شخصیت پیشتاز یک حالت منحصر به فرد است که به عنوان توانایی پاسخ دادن به موقعیت و تعهد عاطفی نسبت به موقعیت‌ها قابل تعریف است. به بیان دیگر، در الگوی فرزندپروری پیشتاز، شخصیت پیشتاز بیانگر تعهد فردی افراد به وقایع والدگری از نظر شخصی است. عنوانی که شاید بتوان آن را با مسئولیت‌پذیری یا وجدان‌گرایی در پنج عامل شخصیت مشابه دانست. از سوی دیگر، الگوی فرزندپروری پیشتاز بر نگرش پیشتاز تأکید کرد که یک ویژگی شخصیتی است که بر انگیزه و عمل دلالت می‌کند. در واقع اعتقاد به پتانسیل غنی بمنظور ایجاد تغییراتی است که می‌توان برای بهبود خود و محیط خود انجام داد. به عبارت دیگر نگرش والدین نسبت به این مساله که من توانایی ایجاد تغییرات مثبت در فرزندم را دارم و این باور و عقید که من عامل اثرگذار بر فرزندم هستم.

ساختار روان‌شناختی نگرش پیشتاز به دیگر متغیرهای تفاوت فردی علی‌رغم تفاوت مفهومی به شدت وابسته و در ارتباط است. بعد دیگر این الگو دیدگاه رفتاری است. نگاه دیگر به تمایل برای پیشتاز بودن عبارت از پیشتاز بودن به عنوان یک رفتار است. از منظر دیدگاه رفتاری، رفتار پیشتاز به عنوان خودابتنکاری و عمل آینده‌گرا تعریف می‌شود که هدف آن بهبود شرایط یا توسعه خود می‌باشد (پارکر و همکاران ۲۰۰۶). به

سمت بیرون فرد معطوف می‌باشد مثل برون ریزی، لجبازی، نافرمانی و روش آموزش فرزندپروری مثبت، شامل اصولی است که به مادر یاد می‌دهد تا یاد بگیرد چگونه با کودک خود در به مشکلات رفتاری بیرونی برخورد کند (۲۴).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد که با توجه به این-که این پژوهش کودکان دبستانی به همراه والدین-شان را مورد بررسی قرار داده است، لذا، نتایج این پژوهش قابل تعمیم به سایر مقاطع تحصیلی نیست. هم‌چنین، از آن-جا که این پژوهش در شهر شیراز انجام شده، پیشنهاد می‌شود که پژوهش-هایی با این محتوا در سایر شهرها بمنظور تعمیم بهتر یافته-ها انجام شود. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود از سایر مداخله-های روان‌شناختی جهت کاهش مشکلات کودکان استفاده شود. هم‌چنین، در پژوهش‌های بعدی دوره‌های پیگیری وجود داشته باشد.

از سوی دیگر، با توجه به نیاز خاص کودکان دارای مشکلات رفتاری به توجه و پذیرش مثبت و حمایت از سوی والدین، برنامه فرزندپروری مثبت با ایجاد محیط مثبت یادگیری و آموزش به والدین برای داشتن توقعات منطقی از کودکان دارای مشکلات رفتاری، مطابقت کودک با آرمان-های والدین را افزایش می‌دهد و از راه آموزش والدین برای صرف وقت کافی و داشتن روابط صمیمی با کودک و توجه و تقویت رفتارهای مثبت او و نه صرفاً توجه و تنبیه رفتارهای منفی کودک، باعث تقویت رابطه والد - کودک می‌شود و از این طریق باعث کاهش تنیدگی کودک و بهبود علائم نامناسب رفتاری در وی می‌شود. آموزش فرزندپروری به والدین دارای کودکان دشوار، شایستگی-های والدگری آن-ها را افزایش می‌دهد و تمایل آن-ها به استفاده از تنبیهات نابجا را می‌کاهد. با توجه به اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت، بر مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، می‌توان این چنین تبیین کرد که مشکلات رفتاری برونی سازی شده، شامل مشکلات است که بیش‌تر به

References

- 1- Zhou YQ, Chew QRC, Lee M, Zhou J, Chong D, Quah SH, et al. Evaluation of Positive Parenting Programme (Triple P) in Singapore: Improving parenting practices and preventing risks for recurrence of maltreatment. *Children and Youth services review*. 2017; 83:274-84
- 2- Pakzad M, Faramarzi S, Ghamarani A. The effectiveness of mother training based on the model of positive parenting on the rate of behavioral disorders symptoms in deaf students. *Audiol*. 2014;23(4):77-83. Persian.
- 3- Jalali M, Poetry MR, Tahmasian k, Pourahmadi E. The effect of positive parenting (3P) training on reducing the symptoms of children with confrontational disobedience disorder. *Daneshvar (Raftar) Shahed University/ 16th year/ 2009/ No.34*.
- 4- Garcia AR, DeNard C, Ohene S, Morones SM, Connaughton C. "I am more than my past": Parents' attitudes and perceptions of the Positive Parenting Program in Child Welfare.

- Children and Youth Services Review. 2018;88:286-97
- 5- Talei A, Tahmasian K, vafai N. Effectiveness of Positive Parenting Program Training on Mothers' Parental Self-Efficacy. *Journal of Family Research*. 2011;7(3):311-323.
- 6- Hodgetts S, Savage A, McConnell D. Experience and outcomes of stepping stones triple P for families of children with autism. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(9):2572-85.
- 7- Houlding C, Schmidt F, Stern SB, Jamieson J, Borg D. The perceived impact and acceptability of Group Triple P Positive Parenting Program for Aboriginal parents in Canada. *Children and Youth Services Review*. 2012;34(12):2287-94.
- 8- Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin*. 1993;113(3):487.
- 9- Holden GW. Avoiding conflict: Mothers as tacticians in the supermarket. *Child Development*. 1983:233-40.

- 10- Jia S, Wang L, Shi Y. Relationship between parenting and proactive versus reactive aggression among Chinese preschool children. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2014;28(2):152-7.
- 11- Padilla-Walker LM, Fraser AM, Harper JM. Walking the walk: The moderating role of proactive parenting on adolescents' value-congruent behaviors. *Journal of Adolescence*. 2012;35(5):1141-52.
- 12- Russell KM, Ingersoll B. Factors related to parental therapeutic self-efficacy in a parent-mediated intervention for children with autism spectrum disorder: A mixed methods study. *Autism*. 2021;25(4):971-81.
- 13- Allen, K., Harrington, J., Quetsch, L. B., Masse, J., Cooke, C., & Paulson, J. F. (2022). Parent-Child Interaction Therapy for Children with Disruptive Behaviors and Autism: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-15.
- 14- Sanders MR, Turner KM, Markie-Dadds C. The development and dissemination of the Triple P—Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*. 2002;3(3):173-89.
- 15- Yamaoka Y, Bard DE. Positive parenting matters in the face of early adversity. *American Journal of Preventive Medicine*. 2019;56(4):530-9.
- 16- Sanders MR, Woolley M. The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: care, health and development*. 2005;31(1):65-73.
- 17- Cullum KA, Goodman SH, Garber J, Korelitz K, Sutherland S, Stewart J. A positive parenting program to enhance positive affect in children of previously depressed mothers. *Journal of Family Psychology*. 2022 .
- 18- Oliveira TD, Costa DS, Alvim-Soares A, de Paula JJ, Kestelman I, Silva AG, Malloy-Diniz LF, Miranda DM. Children's behavioral problems, screen time, and sleep problems' association with negative and positive parenting strategies during the COVID-19 outbreak in Brazil. *Child Abuse & Neglect*. 2022;130:105345.
- 19- Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, Day JJ. The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical psychology review*. 2014;34(4):337-57.
- 20- Tavakkolizadeh J, Bolhari J, Mehryar A H, Dezhkam M. Epidemiology of attention deficit and disruptive behaviour disorders in elementary school children of Gonabad town, north east iran (1996-1997). *IJPCP*. 1997; 3 (1 and 2):40-52
- 21- Mohamadesmaiel E, Alipour A. A Preliminary Study on the Reliability, Validity and Cut Off Points of the Disorders of Children Symptom Inventory-4 (CSI-4). *JOEC*. 2002; 2(3):239-254
- 22- Shahaiean A, Shahim S, Bashash L, Yousefi f. Normization, factor analysis and reliability of short form for parents of Connors rating scale for children aged 6 to 11 in Shiraz city. *Journal of Psychological Studies*. 2007; 3(3): 97-120.
- 23- Chen Y, Haines J, Charlton BM, VanderWeele TJ. Positive parenting improves multiple aspects of health and well-being in young adulthood. *Nature human behaviour*. 2019;3(7):684-91.
- 24- agheri M, sajjadian I, ghamarani A. The Effectiveness of the Group Positive Parenting Training Program on Behavior Problems of Child and Anhedonia of the Mothers of Educable Mental Retarded Children. *JPEN*. 2019; 5 (3) :8-16

