

مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی‌سی ایکس و فرزندپروری مبتنی بر مهرورزی بر رابطه مادر - کودک و مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی‌های ذهنی و تحولی

محمد مدحی^۱، امیر قمرانی^۲، احمد یار محمدیان^۳

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۷/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۲۷

چکیده

کم‌توانی ذهنی و تحولی، اختلالی است که بر کارکرد انطباقی و هوشی فرد در حوزه‌های عملی، اجتماعی و مفهومی تأثیرگذار است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر برنامه مدل دوگانه‌ای بی‌سی ایکس و فرزندپروری مبتنی بر مهرورزی بر رابطه مادر - کودک و مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی بود. روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری بود. نخست، آزمودنی‌ها بر اساس ملاک‌های ورود غربال شدند، سپس ۴۵ مادر کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی انتخاب شده و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه جای گرفتند (۱۵ نفر در هر گروه). مادران در گروه مبتنی بر برنامه مدل دوگانه‌ای بی‌سی ایکس، ۱۰ جلسه و در گروه مبتنی بر مهرورزی ۸ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند و گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه نقاط قوت و ضعف و پرسشنامه رابطه مادر-کودک در هر سه مرحله برای آزمودنی‌ها اجرا شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با تکرار سنجش نشان داد که آموزش فرزندپروری مبتنی بر برنامه مدل دوگانه‌ای بی‌سی ایکس در مقایسه با فرزندپروری مبتنی بر مهرورزی و گروه گواه بر رابطه مادر - کودک و مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی تأثیرگذاری معناداری داشته است. بر اساس یافته‌ها،

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

a.ghamarani@edu.ui.ac.ir

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، ایران

فرزندپروری مبتنی بر برنامه مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس برنامه‌ای مؤثر برای فرزندپروری مادران کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی می‌باشد.

واژگان کلیدی: فرزندپروری، مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس، مهرورزی و کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی.

مقدمه

کم‌توانی ذهنی و تحولی یک اختلال عصبی-تحولی است که به واسطه ناتوانی در عملکرد ذهنی و رفتار سازشی در حوزه‌های عملی، اجتماعی و مفهومی و با در نظر گرفتن سن زیر ۱۸ سال تعریف می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی میزان بیشتری از ملاک‌های مشکلات رفتاری را نسبت به کودکان عادی دارند (تونگ و انفیلد^۲، ۲۰۰۳؛ فریشمن و همکاران^۳، ۲۰۱۷). در پژوهش‌های مختلف، میزان شیوع مشکلات هیجانی، روان‌پزشکی و رفتاری در میان کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی، بسته به نوع روش‌شناسی، از ۰/۳۰ (مونتلو، فینچلسکو و داوس^۴، ۲۰۰۱) تا ۰/۵۰ (دکر، کوت، انده و ورهالست^۵، ۲۰۰۲) گزارش شده است. رفتارهای مشکل‌ساز این کودکان از تعامل چندگانه عوامل بیولوژیکی، محیطی و خانوادگی نشأت می‌گیرد که در میان عوامل خانوادگی، فرزندپروری با ماندگاری و انتقال مشکلات رفتاری کودک به دوران تحولی بعدی رابطه مستقیم دارد (میلر و همکاران^۶، ۲۰۰۶). والدین این کودکان، با مسائل زیادی همچون مشکل پذیرش ناتوانی فرزند، خستگی ناشی از پرستاری و مراقبت، مسائل مربوط به اوقات فراغت، مشکلات مالی، مسائل پزشکی، آموزشی و توان‌بخشی مواجه هستند؛ در این میان، مادران در جایگاه مراقبان اصلی کودک، احساس دارای ضعف قوای فکری بوده و از قدرت ابتکار، ابداع و انتقاد عاجز می‌باشند که مجموعه این مسائل و مشکلات بر روابط مادران با کودکان می‌افزاید. همچنین علاوه بر تأثیری که بر نحوه تعامل مادر و کودک دارد، شیوه انضباطی مادر، باور مادر در مورد روش‌های والدگری

1. American Psychiatric Association
2. Tonge & Einfeld
3. Frishman et al
4. Molteno, Finchilescu & Dawes
5. Dekker, Koot, Ende & Verhulst
6. Miller et al

و حتی حساسیت و پاسخگویی او را نیز پیش‌بینی می‌کند (دمونتگنی و لاچاریته^۱، ۲۰۰۵). شواهد نشان می‌دهد که مشارکت مادران در برنامه‌های درمانی کودکان و آموزش مهارت‌های مقابله، سطح استرس و ناامیدی مادران کودکان ناتوان را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد (ولی زاده و همکاران، ۱۳۹۰ و غلامی و ناعمی، ۱۳۹۶). با تدارک برنامه‌های آموزش والدین می‌توان از طریق فراهم آوردن اطلاعات مناسب درباره شرایط کودک و نحوه رفتار با وی مکانیسم سازگاری والدین و تعامل با کودک را بهبود بخشید و مشکلات رفتاری کودکان را مدیریت نمود (وانگ، لای و مارتینسن^۲، ۲۰۰۶).

یکی از برنامه‌های آموزشی مؤثر برای والدین کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی برآمده از مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس^۳ می‌باشد. مدل ای بی سی ایکس رویکرد یکپارچه‌ای است که بر نقاط قوت خانواده به‌عنوان نقطه شروع در مداخله تأکید می‌کند، مراحل ارزیابی، اجرا و نتایج را در این راستا پیوند می‌دهد و تفاوت‌های خانواده‌ها در سازگاری با عوامل استرس‌زا از طریق این رویکرد تبیین می‌شود. این مدل توضیح می‌دهد که چگونه سازگاری خانواده با رخداد‌های استرس‌زا از طریق تعامل حمایت‌های خانواده و ادراک خانواده، شکل می‌گیرد. (پوزو، ساریا و بریوسو^۴، ۲۰۱۴). مدل اولیه ای بی سی ایکس که توسط هیل معرفی گردید، بر عوامل اصلی و پیشین که در ایجاد عدم سازگاری خانواده نقش داشتند تأکید داشت که از طریق آن استرسورها و پیامدهای آن در خانواده تبیین می‌شدند. این مدل، سازگاری خانواده را فرایندی تعریف می‌کرد که از طریق تعامل بین چهار عامل در موقعیت‌های استرس‌آمیز ایجاد می‌شود (کیمورا و یامازاکی^۵، ۲۰۱۶). مؤلفه‌های مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس در تبیین سازگاری خانواده، شامل بحران خانواده (XX) است که از نیازهای خانواده مرتبط با کودک ناتوان (aA)، منابع سازشی یا حمایتی خانواده (Bb) و تعریف یا ادراک خانواده از موقعیت استرس‌زا (Cc)، ناشی می‌شود. در این فرایندها، ABCX با حروف بزرگ نشانگر عامل‌های پیشین بحران و حروف کوچک abcx، نشانگر تغییرات ایجادشده در عوامل اصلی یا پیشین در طول زمان است. هنگامی که

-
1. de Montigny & Lacharité
 2. Wong, Lai & Martinson
 3. Double ABCX model
 4. Pozo, Sarriá & Brioso
 5. Kimura & Yamazaki

پیامد نهایی یک پاسخ سازگارانه باشد، والدین و سایر اعضای خانواده ممکن است استرس کمتر و قابل‌مدیریتی را تجربه کنند و بحران خیلی منفی تلقی نشود؛ اما اگر پیامد بحران، پاسخ ناسازگارانه، همراه با سختی و فشار روان‌شناختی بر خانواده باشد، بحران تبعات اضافی و منفی‌تری به همراه می‌تواند داشته باشد (از قبیل، سوء رفتار کودکان، غیبت از خانه، تعهدات کم در مقابل وظایف والدینی، مشکلات رفتاری و هیجانی سایر اعضا، طلاق و غیره).

پژوهش‌های متعددی کاربرد مدل دوگانه‌ی ای بی سی ایکس را در حوزه‌ها و گروه‌های مختلف کودکان با نیازهای خاص به‌منظور ارزیابی مشکلات و مداخله نشان می‌دهند به‌طور مثال کیمورا و یامازاکی (۲۰۱۶)، طی پژوهشی در ۲۰ مرکز کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی که ۶۱۳ مادر کودک ناتوان مشارکت داشتند، به بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های متغیرهای پژوهش با استفاده از مفهوم مدل ای بی سی ایکس پرداختند که، داشتن کودک با طیف اتیسم و نارضایتی از آن به‌عنوان استرسور، دسترسی به حمایت و امکانات اجتماعی به‌عنوان منابع موجود، حس یکپارچگی به‌عنوان ادراک استرس و بهداشت روانی و تغییر مثبت به‌عنوان سازگاری، در نظر گرفته شد. نتایج نشان داد که مدل ای بی سی ایکس ۴۶ درصد واریانس بهداشت روانی و ۳۹.۹ درصد واریانس تغییر مثبت را در بین مادران کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی تبیین می‌کند. همچنین کراکویچ، مک‌گریو و روبل^۱، پژوهشی با عنوان استرس در والدین کودکان طیف اتیسم: کشف نیازها و منابع، انجام دادند. آن‌ها مدل ای بی سی ایکس را به‌منظور ارزیابی ارتباط بین نیازهای کودک و خانواده و منابع مدرسه محور (ارتباط معلم-والد و مداخله مشورتی) بکار گرفتند، نمونه شامل ۷۹ مادر کودکان با طیف اتیسم در محدوده سنی ۳ تا ۹ سال بودند. نتایج حاکی از همبستگی قوی بین ارتباط معلم_والد و کاهش استرس در مقیاس مربوط به والدین بود.

از سوی دیگر یکی از مداخله‌های موج سوم شناختی رفتاری که بسیار مورد توجه است، درمان مبتنی بر مهرورزی یا شفقت درمانی^۲ است. شفقت فرآیندی چندجانبه و چندبعدی است که برخاسته از ذهنیت حمایت‌گرایانه ای است که در نتیجه رفتارهای مراقبتی والدین پرورش می‌یابد. همچنین شفقت شامل مجموعه‌ای از عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی

1. Krakovich, McGrew & Ruble
2. compassion focused therapy

است که در توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر به همراه ملاحظت و مراقبت دخالت دارند (گیلبرت و پروکتر^۱، ۲۰۰۶). تعریف گیلبرت دو بعد مهم دارد: نخستین بعد که تحت عنوان اشتیاق^۲ شناخته می‌شود و اشاره به حساسیت و آگاهی از حضور رنج و دلایل آن دارد، دومین بعد موسوم به التیام^۳ و متشکل از انگیزه و تعهد نسبت به قدم برداشتن جهت کاهش رنجی است که با آن روبرو می‌شویم (گیلبرت و پلاتا^۴، ۲۰۱۳). گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶)، در پژوهشی به آموزش شفقت به افرادی که خودسرزندی و خودانتقادگری بالایی داشتند پرداختند. ۶ بیمار که به خاطر مشکلات حاد به یک مرکز درمانی مراجعه کرده بودند تحت آموزش ۱۲ جلسه‌ای شفقت با خود قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بیماران کاهش قابل ملاحظه‌ای در اضطراب، افسردگی، خود انتقادی، شرم، حقارت و رفتارهای مطیعانه گزارش کردند. همچنین افزایش قابل توجهی رفتارهای مهربانانه با خود و تمرکز بر رفتارهای گرم و اطمینان‌یابی مجدد به خویش را تأیید کردند.

از آنجا که با استفاده از مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس در ایران در حوزه کودکان با نیازهای خاص از جمله کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی پژوهشی انجام نشده است این پژوهش به‌عنوان پژوهش پیشرو به کاربرد مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس در ایران پرداخته است. از سوی دیگر با توجه به خودسرزندی، مقصر دانستن خود در تولد کودک ناتوان و نقش منفعلانه والدین کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی، شفقت درمانی مثل سایر رویکردهای موج سوم (مصباح، حجت خواه و گل محمدیان، ۱۳۹۷ و عباسی، کریمی و جعفری، ۱۳۹۵) برای والدین کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی می‌تواند کاربردپذیر باشد و بر رابطه مادر-کودک و مدیریت مشکلات رفتاری مؤثر باشد. با توجه به آنچه گذشت و همچنین این که پژوهش‌ها بسیاری ارتباط بین مشکلات رفتاری کودکان ناتوان هوشی و نحوه فرزند پروری و رابطه مادر-کودک را نشان داده‌اند (بکر و همکاران^۵، ۲۰۰۲؛ لکاولیر و همکاران^۶، ۲۰۰۶ و ارسموند و همکاران^۷، ۲۰۰۳)، هدف پژوهش حاضر مقایسه آموزش

-
1. Gilbert & Procter
 2. engagement
 3. alleviation
 4. Gilbert & Plata
 5. Baker et all
 6. Lecavalier et all
 7. Orsmond et all

فرزندپروری مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس و فرزندپروری مبتنی بر مهرورزی بر رابطه مادر-کودک و مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر، آزمایشی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری بود. جامعه‌ی مورد مطالعه در این پژوهش کلیه مادران کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی شهر قم در سال تحصیلی ۱۳۹۶ بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مادرانی بودند که فرزند آن‌ها در یکی از مقاطع تحصیلی در مدارس کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی تحت نظر سازمان آموزش و پرورش استثنایی تحصیل می‌کردند، قبلاً هیچ‌گونه آموزش فرزندپروری دریافت نکرده بودند و ضمن داشتن سواد خواندن و نوشتن، فرصت شرکت در برنامه‌های آموزشی را داشتند. پس از در نظر گرفتن این ملاک‌ها، از بین جامعه آماری به طور تصادفی تعداد ۴۵ نفر انتخاب گردیدند و سپس به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش (گروه آزمایشی مبتنی بر برنامه‌ای بی سی ایکس، ۱۵ نفر و گروه آزمایشی مبتنی بر مهرورزی، ۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر)، گمارده شدند. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی جامعه پژوهش

ویژگی‌های جمعیت شناختی	درصد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سن مادر				
سن کودک با کم‌توانی ذهنی و تحولی				
جنسیت کودک با کم‌توانی ذهنی و تحولی				
پسر	۵۱	۲۳		
دختر	۴۹	۲۲		
سطح سواد مادران				
بی‌سواد	۱۳	۶	۴۰/۴۱	۲/۵۶
ابتدایی	۴۴/۴	۲۰	۱۴/۲۵	۳/۰۷
سیکل	۲۰	۹		
دیپلم	۱۷/۷	۸		
لیسانس و بالاتر	۴/۴۴	۲		
اشتغال مادران				
خانه‌دار	۹۳/۳	۴۲		
شاغل	۶/۷	۳		

میزان درآمد خانواده		
۱۲	۲۶/۶	کمتر از ۱۰۰۰۰۰۰
۲۵	۵۵/۶	بین ۱۰۰۰۰۰۰ و ۲۰۰۰۰۰۰
۶	۱۳/۳	بین ۲۰۰۰۰۰۰ و ۳۰۰۰۰۰۰
۲	۴/۴۴	بیشتر از ۳۰۰۰۰۰۰

بعد از انتخاب و انتساب تصادفی نمونه‌ها به گروه‌های آزمایش و گواه، به هریک از گروه‌ها توضیحاتی درباره روند اجرای پژوهش و مداخله‌ها داده شد و تأکید گردید تا در همه‌ی جلسات حضور فعالی داشته باشند. سپس از اعضای هریک از گروه‌ها خواسته شد به پرسشنامه‌ها (به‌عنوان پیش تست) پاسخ دهند. بعد از پایان جلسات آموزشی، پس‌آزمون اجرا گردید و بعد از یک ماه، جهت انجام مرحله پیگیری، از مادران خواسته شد تا به پرسشنامه موردنظر پاسخ دهند.

جلسه‌های مداخله بر اساس پروتکل آموزشی هر گروه انجام شد. محتوی برنامه مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس بر اساس مطالعه‌ی پژوهش‌های انجام‌شده درباره این مدل انجام شد، فرمت جلسات پس از تهیه و تدوین به‌وسیله‌ی نویسندگان این مقاله در سال ۱۳۹۶، بر روی گروه آزمایشی انجام شد. روایی محتوایی بسته آموزشی با نظرخواهی از ده نفر متخصص کودکان با نیازهای خاص انجام شد و شاخص نسبت روایی محتوایی^۱ لاووشه محاسبه گردید بدین‌صورت که با توضیح اهداف بسته آموزشی برای آن‌ها و ارائه تعاریف عملیاتی مربوط به بسته، از آن‌ها درخواست شد تا از طریق پرسشنامه و بر اساس طیف سه بخشی لیکرت «ضروری است»، «مفید است ولی ضروری نیست» و «ضرورتی ندارد» هریک از سرفصل‌های برنامه آموزشی را طبقه‌بندی کنند. بر اساس تعداد متخصصینی که سؤالات را مورد ارزیابی قرار دادند، حداقل مقدار CVR قابل قبول ۰/۶۲ بود. بدین ترتیب جلسات آموزشی که دارای ضریب روایی بالاتری بودند انتخاب شدند. علاوه بر نظر متخصصان جهت اعتباریابی، بسته بر روی ۵ مادر بصورت آزمایشی اجرا شد و موارد نقص و ابهام از آن‌ها مورد سوال قرار گرفت و بررسی گردید. بنابراین پس از اخذ نظر اساتید و اجرای

1. content validity ratio

آزمایشی، اصلاحات لازم انجام و بسته مداخله ای نهایی جهت آموزش بصورت کارگاه آموزشی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شد (جدول ۲).

همچنین، بسته درمانی مبتنی بر شفقت به خود بر اساس فعالیت‌های پژوهشی گیلبرت (۲۰۰۵ و ۲۰۰۹) طراحی شده است. پس از تدوین بسته، جهت بررسی روایی محتوایی، نظرخواهی از سه نفر متخصص روانشناسی بالینی و آشنا به درمان‌های موج سوم پیرامون ارتباط جلسات آموزشی و مولفه‌ها، کفایت تعداد جلسات و غیره جهت تدوین بسته نهایی انجام شد و از طریق محاسبه ضریب توافقی کریپندروف ۱ اعتباریابی محتوی انجام شد که میزان ضریب تعریف شده مناسب برای توافق بین ارزیابان حداقل باید بیشتر از ۰/۶۷ باشد و بر این اساس بسته آموزشی در خصوص شرح جلسات و اهداف هر جلسه، تأیید شد (جدول ۳).

ابزارهای زیر در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات^۱: به منظور ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی از این پرسشنامه استفاده شد که یک ابزار غربالگری کوتاه‌مدت است و برای تعیین مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان به کار می‌رود که در سال ۱۹۹۷ توسط گودمن^۳ در انگلستان طراحی شده و دارای ۵ زیرگروه اصلی می‌باشد که طیفی از علائم روان‌پزشکی را بر اساس ملاک‌های راهنمای بین‌المللی طبقه‌بندی بیماری‌ها ارزیابی می‌کند. زیرگروه‌های این پرسشنامه عبارتند از: ۱. مشکلات سلوک ۲. مشکلات بیش‌فعالی - کمبود توجه ۳. علائم هیجانی ۴. مشکلات ارتباطی با همسالان ۵. رفتار اجتماعی مطلوب و ۶. نمره کلی مشکلات که از مجموع ۴ مورد اول به دست می‌آید. این پرسشنامه یک (نمره تأثیرگذاری) نیز دارد که نشان می‌دهد آیا شدت مشکلات کودک به اندازه‌ای هست که بتواند در زندگی روزمره او و خانواده اختلال ایجاد نماید؟ این پرسشنامه، مشکلات و توانایی‌های کودکان را در ۲۵ جمله مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر سؤال با جواب‌های کاملاً درست تا حدی درست و نادرست طبقه‌بندی شده است که گزارش دهنده باید یکی از آن‌ها را انتخاب کند. سؤال‌های ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۵ رفتارهای مطلوب، سؤالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵ خرده‌مقیاس مشکل با همسالان، سؤالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵ خرده‌مقیاس بیش‌فعالی، سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵ علائم هیجانی

1. Krippendorf's alpha (α)
2. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
3. goodman

و سؤالات ۵،۷،۱۲،۱۸،۲۲ مشکلات سلوک را می‌سنجند. این پرسشنامه دارای نسخه‌های مخصوص والد (۱۶-۴ ساله)، مخصوص آموزگار (۱۶-۴ ساله) و خود گزارشگری (۱۶-۱۱ ساله) می‌باشد و بنا بر نظر سازنده آن‌وقتی خیلی خوب پیش‌بینی می‌کند که هم توسط والد و هم توسط آموزگار تکمیل گردد. این پرسشنامه ابتدا زیر نظر گودمن توسط کریمی صاعدی در انستیتو روان‌پزشکی لندن به فارسی برگردانده شده، سپس به وسیله صنعتی به انگلیسی ترجمه شد. خصوصیات روان‌سنجی این ابزار در پژوهش‌های متعددی در کشورهای مختلف از جمله هلند، عربستان سعودی، سوئد آلمان و انگلستان ارزیابی شده است. گودمن برای ارزیابی پایایی درونی، آلفای کرونباخ را برای مقیاس‌های مختلف ۰/۷۳ گزارش کرد. تهرانی دوست، شهریور، پاکباز، رضایی و احمدی (۱۳۸۵) روایی نسخه پرسشنامه نقاط قوت و ضعف را در یک نمونه ۶۰۰ نفری از کودکان تهرانی مورد بررسی قرار دادند و روایی را بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۵ گزارش کردند.

پرسشنامه رابطه والد-کودک: این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال است و چگونگی رابطه‌ی والد-کودک را می‌سنجد. آزمودنی پاسخ خود را نسبت به هر سؤال در یک طیف ۵ گزینه‌ای ۱-۵ (کاملاً درست تا کاملاً غلط) مشخص می‌نماید. این پرسشنامه توسط روبرتز و پیاهاث در دانشگاه ویرجینیا تهیه شده و شامل ۳ خرده مقیاس تعارض، رابطه مثبت و وابستگی است. سؤال‌های ۷، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، خرده مقیاس تعارض را می‌سنجد. سؤال‌های ۱، ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۲۲، ۲۹، خرده مقیاس رابطه مثبت را اندازه‌گیری می‌کند و سؤال‌های ۶، ۹، ۱۱، ۱۵، ۲۶، خرده مقیاس وابستگی را می‌سنجد. تمام سؤال‌های خرده مقیاس‌های تعارض و وابستگی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. روبرتز و پیاهاث در تحقیقی که بر روی ۷۱۴ کودک ۵/۵-۴/۵ ساله انجام دادند آلفای خرده مقیاس تعارض را ۰/۸۳، رابطه مثبت ۰/۷۲ و وابستگی را ۰/۷۵ به دست آوردند. به منظور به دست آوردن روایی و پایایی، پرسشنامه روی ۳۰ نفر اجرا شده و نتایج زیر به دست آمد. آلفای کل پرسشنامه رابطه والد-کودک ۰/۷۲، خرده مقیاس تعارض ۰/۸۴، رابطه مثبت ۰/۵۹ و وابستگی ۰/۵۶ به دست آمد. همبستگی ۳ خرده مقیاس با نمره کل ۰/۸۷، خرده مقیاس تعارض با نمره کل ۰/۸۱، رابطه مثبت با نمره کل ۰/۶۲ و وابستگی با نمره کل ۰/۲۲ به دست آمد (معصومی زارع، ۱۳۹۲).

جدول ۲. رئوس جلسات درمانی مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس

رئوس جلسات درمانی
<p>جلسه اول</p> <p>برقراری ارتباط اولیه، معرفی اعضاء و گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول و اهداف ویژه درمان بر اساس مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس، برجسته و مشخص کردن تأثیر مداخله بر اساس این مدل بر اهداف تعیین شده، ایجاد انگیزه</p>
<p>جلسه دوم</p> <p>مداخلات مبتنی بر استرسور (۱): - هدف کاهش تأثیر نشانه‌ها و مشکلات رفتاری کودکان ناتوان هوشی بر مادران - آموزش و گسترش دانش و آگاهی والدین از ویژگی‌های کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی (جسمانی، شناختی، عاطفی، هیجانی و رفتاری)، نیازها و مشکلات مختلف آن‌ها (آموزشی، تربیتی و اجتماعی)</p>
<p>جلسه سوم</p> <p>مداخلات مبتنی بر استرسور (۲): - آموزش والدین در جهت مدیریت مشکلات رفتاری کودکان ناتوان هوشی با استفاده از روش‌های رفتاری (از قبیل ایجاد رفتارهای مطلوب و کاهش یا حذف رفتارهای نامطلوب با استفاده از انواع برنامه‌های تقویتی مثل تقویت نسبی و ثابت)</p>
<p>جلسه چهارم</p> <p>مداخلات مبتنی بر منابع (۱): هدف ایجاد حمایت و گسترش منابع فردی و اجتماعی مادران می‌باشد. آموزش نحوه‌ی ایجاد حمایت اجتماعی و ضرورت آن بر اساس الگوهای حمایت اجتماعی، از قبیل به اشتراک‌گذاری منابع رسمی، حمایت‌های عاطفی و روان‌شناختی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ارزشی، حمایت مادی و حمایت شبکه‌ای</p>
<p>جلسه پنجم</p> <p>مداخلات مبتنی بر منابع (۲): ایجاد حمایت‌های گروهی توسط مادران، دوستان خانوادگی، افراد مهم و متخصصان به صورت برخط (آنلاین) از طریق تشکیل گروه و کانال در شبکه‌های اجتماعی</p>
<p>جلسه ششم</p> <p>مداخلات مبتنی بر منابع (۳): هدف افزایش عزت‌نفس مادران - تعریف عزت‌نفس، عوامل مؤثر بر آن، نقش عزت‌نفس در مدیریت فرزند ناتوان و روش‌های بهبود عزت‌نفس</p>
<p>جلسه هفتم</p> <p>مداخلات مبتنی بر استرس ادراک‌شده: هدف ایجاد برداشت‌های مثبت از استرسور - پرداختن به نقاط قوت مادران، تمرین بخشش، رضایتمندی و خوش‌بینی به منظور ایجاد تعاملات سازنده و کسب تجربه‌های خوشایند</p>
<p>جلسه هشتم</p> <p>مداخلات مبتنی بر سبک‌های مقابله‌ای (۱): - هدف استفاده مناسب از راهبردهای مقابله‌ای برای رویارویی با عامل استرسور - آموزش روش ذهن آگاهی از قبیل تنفس عمیق، آرمیدگی عضلانی، تجربه بدون قضاوت و مشاهده خود</p>
<p>جلسه نهم</p>

مداخلات مبتنی بر سبک‌های مقابله‌ای (۲): آموزش روش تنظیم هیجانات به‌عنوان سبک مقابله‌ای هیجان محور، شامل معرفی و تعریف هیجانات و روش‌های مدیریت هیجانات

جلسه دهم

جمع‌بندی جلسات گذشته، ارزیابی کیفی سازگاری مادران، ارائه راهکارهایی برای تداوم و حفظ آموزش‌های ارائه‌شده

جدول ۳. رئوس جلسات درمانی مبتنی بر مهرورزی

رئوس جلسات درمانی

جلسه اول

برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت به خود و تمایز شفقت به خود با تأسف برای خود

جلسه دوم

آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با دستگاه‌های مغزی مبتنی بر شفقت به خود و تکالیف خانگی

جلسه سوم

آشنایی با خصوصیات افراد مشفق و شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه و ارائه تکالیف خانگی

جلسه چهارم

مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان مشفق "یا غیرمشفق" با توجه به مباحث آموزشی، شنایی و کاربرد تمرین‌های "پرورش ذهن مشفقانه" (ارزش شفقت به خود، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ) و تکالیف خانگی

جلسه پنجم

مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد "تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه" (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری) و تکالیف خانگی

جلسه ششم

مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان، معلمان و آشنایان. تکالیف خانگی

جلسه هفتم

مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش "ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت"

جلسه هشتم

جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

نتایج

در مطالعه حاضر برای بررسی مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر برنامه مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس و فرزندپروری مبتنی بر مهرورزی بر رابطه مادر-کودک و مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی از تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شد. جدول ۴، میانگین و انحراف استاندارد رابطه مادر-کودک و مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی در گروه‌های آزمایش و گواه را نشان می‌دهد.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار مشکلات رفتاری و رابطه مادر-کودک در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه‌ها	مشکلات رفتاری		رابطه مادر-کودک	
	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین
گروه مبتنی بر مهرورزی	۳۵/۲۸	۰/۵۵	۱۵	۹۴/۸۶
گروه مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس	۲۳/۹۵	۰/۵۵	۱۵	۸۰/۹۰
گروه گواه	۳۳/۸۸	۰/۵۵	۱۵	۱۰۱/۶۶

بر اساس نتایج جدول ۴، در گروه مادرانی که آموزش مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس دریافت کرده بودند نسبت به گروه‌های دیگر، میانگین مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی کاهش و رابطه مادر-کودک افزایش بیشتری نشان می‌دهد. همچنین، بمنظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون کالموگروف-اسمیرنف استفاده شد که نتایج نشان می‌دهد آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای متغیرها در هر سه مرحله معنی دار نمی‌باشد یا عبارتی توزیع آنها نرمال است (جدول ۵).

جدول ۵) نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس

آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	آماره ZK-S	سطح معنی داری
مشکلات رفتاری	پیش آزمون	۰/۱۲۲	۰/۹۰
	پس آزمون	۰/۱۵۱	۰/۷۰
	پیگیری	۰/۱۴۸	۰/۶۰
	پیش آزمون	۰/۹۸	۰/۲۵

۰/۲۰	۰/۱۰۶	پس آزمون	رابطه مادر-
۰/۱۸	۰/۱۰۱	پیگیری	کودک

به منظور پاسخ به فرضیه پژوهش همانگونه که گفته شد از تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شد. در این تحقیق یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه گیری متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین آزمودنی وجود داشت که عضویت گروهی بود. لذا طرح مورد استفاده طرح درون-بین آزمودنی می باشد. در این بخش، ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای گروه ها ارائه می شود، سپس در ادامه مقایسه زوجی گروهها بررسی می شود. با توجه به اینکه آزمون آنالیز واریانس اندازه گیری های مکرر نسبت به فرض کرویت حساس است ابتدا لازم است این فرض بررسی و براساس نتایج آن از آماره مناسب استفاده نمود. به همین منظور از آزمون موجلی استفاده شد که نتایج در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون موجلی متغیرها

متغیر	W	درجه آزادی	سطح معنی داری	اپسیلون گرین هاوس-گیسر	اپسیلون هاین-فلت
مشکلات رفتاری	۲۲/۰۴۰/۵۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۰/۷۳
رابطه مادر-کودک	۴۲/۴۲۰/۳۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۶۴

نتایج جدول ۶ نشان می دهد که آماره W موجلی برای متغیر مشکلات رفتاری (۰/۵۸) و متغیر رابطه مادر-کودک (۰/۳۴) در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد که فرض کرویت برقرار نیست و واریانس تفاوت ها در بین سطوح متغیر وابسته بصورت معنی داری متفاوت است. تخطی ازپیش فرض کرویت باعث می شود آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، لازم است درجه آزادی با استفاده از دو روش گرین هاوس-گیسر و هاین فلت تصحیح شود. معمولاً چنانچه مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هاین فلت استفاده می شود و اگر مقدار اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده می شود. با توجه به جدول ۶، مقدار اپسیلون شاخص های گرین هاوس-گیسر و هاین-فلت برای متغیر ها از ۰/۷۵ کمتر است. با توجه به کوچکتر بودن مقدار اپسیلون شاخص های تصحیح برای هر دو متغیر، از

شاخص گرین هاوس-گیسر برای تصحیح درجه آزادی آماره F استفاده شد. بنابر این با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر، در جدول ۷ نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای بررسی تفاوت سطوح متغیر وابسته در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است. برای بررسی اندازه اثر از مجذور اتای جزئی استفاده شد. مقدار اتای جزئی (۰/۰۰۱) و کمتر نشانگر اثر کم، (۰/۰۰۴) تا (۰/۰۰۹) اثر متوسط و (۰/۱۰) و بیشتر نشانگر اثر زیاد است.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت گروه هادر متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	مجذور اتا
	مراحل	۱۰۷۴/۶۷۸	۱	۱۰۷۴/۶۷۸	۹۲/۱۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
مشکلات رفتاری تعامل مراحل با گروه	۱۱۳۰/۱۵۶	۲	۵۶۵/۰۷۸	۴۸/۴۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹۸	
رابطه مادر-کودک	مراحل	۴۵۱/۰۴۹	۱	۴۹۵۱/۰۴۹	۱۵۰/۶۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸۶
	تعامل مراحل با گروه	۳۴۸۴/۰۴۳	۲	۱۷۴۲/۰۲۲	۵/۰۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱

همانطور که در جدول ۷ نشان داده شده است، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای هر دو متغیر وابسته یعنی متغیر مشکلات رفتاری (۴۸/۴۶۸) و متغیر رابطه مادر-کودک (۵/۰۲۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می باشد. این یافته ها نشان می دهد که گروه های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. از سوی دیگر مجذور اتا برای متغیرها بیشتر از ۰/۱۰ می باشد که نشان می دهد تفاوت بین گروه ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است. جهت بررسی تفاوت گروه فرزندپروری مبتنی بر مدل دو گانه ای بی سی ایکس با گروه فرزندپروری مبتنی بر مهرورزی و گروه گواه در متغیرهای پژوهش، در جدول ۸ نتایج مقایسه میانگین سه گروه گزارش شده است.

جدول ۸. نتایج مقایسه میانگین گروههای آزمایشی و گواه در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	مهرورزی	Double ABCX			گواه
مشکلات رفتاری	مهرورزی	-	-	۱۱/۳۳	۰/۷۸	۰/۰۸
	Double ABCX	-۱۱/۳۳	۰/۷۸	۰/۰۰۱	-	۰/۰۰۱
	گواه	-۱/۴۰	۰/۷۸	۰/۰۸	۹/۹۳	۰/۷۸
رابطه مادر-کودک	مهرورزی	-	-	۱۳/۹۶	۲/۰۰	۰/۰۵
	Double ABCX	-۱۳/۹۶	۲/۰۰	۰/۰۰۱	-	۲/۰۰
	گواه	۶/۸۰	۱/۹۶	۰/۰۵	۲۰/۷۶	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول شماره ۸، در متغیر مشکلات رفتاری تفاوت میانگین گروه مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس با گروه مبتنی بر مهرورزی (-۱۱/۳۳) معنی دار می باشد ($P < 0/001$). همچنین تفاوت میانگین گروه مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس با گروه مبتنی بر مهرورزی در متغیر رابطه مادر-کودک (-۱۳/۹۶) معنی دار است ($P < 0/001$). بنابراین یافته ها می توان گفت درمان مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس نسبت به درمان مبتنی بر مهرورزی در هر دو متغیر وابسته یعنی مشکلات رفتاری و رابطه مادر-کودک اثربخش تر بوده و تفاوتها معنادار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش میزان اثربخشی دو نوع برنامه آموزش فرزندپروری -برنامه آموزشی مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس و برنامه آموزشی مبتنی بر مهرورزی- بر رابطه مادر-کودک و مشکلات رفتاری کودکان با کم توانی ذهنی و تحولی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این پژوهش اهمیت مداخلات و برنامه‌های آموزشی را برای مادران کودکان با کم توانی ذهنی و تحولی مشخص کرده است که با نتایج پژوهش‌های قبلی در این زمینه همسوست (اصلائی، وارسته و امان‌اللهی ۱۳۹۵؛ رضایی، غفاری و رضائیان، ۱۳۹۶). مشکلات رفتاری مانعی

بزرگ برای یکپارچگی اجتماعی افراد با ناتوانی ذهنی و تحولی است (کوپر و همکاران^۱، ۲۰۰۹). همچنین باعث جایگذاری‌های ناموفق در محیط‌های عمومی و محدود شدن محیط‌های اجتماعی آنان می‌شود (امرسون و انفیلد^۲، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، خانواده، همسالان و همکلاسی‌های افراد با کم‌توانی ذهنی و تحولی ممکن است در معرض خطر آسیب‌های جسمانی، مشکلات سلامت روان، استرس و فرسودگی قرار بگیرند (اسمیت، هلی و ایدن^۳، ۲۰۱۵). علی‌رغم این تأثیرات قابل ملاحظه، عوامل مرتبط با مشکلات رفتاری بصورت کامل مشخص نشده‌اند (نایس، ۲۰۱۵). به هر حال، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که عوامل مختلفی با مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی مرتبط هستند از جمله عوامل شخصی، عوامل مربوط به فضای زندگی و حمایت و سطوح سلامت روانی و جسمی (لند کوئیست^۴، ۲۰۱۳ و کوپر و همکاران، ۲۰۰۹). لند کوئیست (۲۰۱۳) در یک پژوهشی که بر روی ۹۱۵ فرد با کم‌توانی ذهنی و تحولی انجام داد نشان داد که شدت کم‌توانی ذهنی، توانایی‌های ارتباطی ضعیف، نقص‌های اجتماعی، مشکلات خواب شبانه، سبک فرزندپروری و مداخلات روانشناختی با مشکلات رفتاری مرتبط است. مشخص کردن عوامل مرتبط با مشکلات رفتاری افراد با کم‌توانی‌های ذهنی و تحولی می‌تواند در برنامه‌های مداخله‌ای ویژه مداخله بهنگام مورد استفاده قرار بگیرد (امرسون و انفیلد، ۲۰۱۱). از سوی دیگر با توجه به اینکه تحقیقات متعددی سبک‌های فرزندپروری را با پیامدهای مهم رفتاری و عملکرد عاطفی - هیجانی در کودکان مرتبط دانسته‌اند (دریسکول، راسل و کروکت^۵، ۲۰۰۸). یکی از اهداف پژوهش حاضر بررسی تأثیر فرزندپروری مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی‌سی ایکس بر مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی‌های ذهنی و تحولی بود که نتایج مطالعه نشان داد مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی در گروه آزمایشی مبتنی بر مدل نسبت به گروه مبتنی بر مهرورزی و گواه به‌طور معنادارتری کاهش یافته است. متغیر وابسته دیگر مورد بررسی در پژوهش حاضر رابطه مادر - کودک بود. لگزا و همکاران^۶ (۲۰۱۰) نشان دادند که توجه بسیار کمی به ارتباط والد - فرزند در

1. Cooper, S. A et all
2. Emerson, E., & Einfeld, S. L
3. Smyth, E., Healy, O., & Lydon, S
4. Lundqvist
5. Driscoll, A. K., Russell, S. T., & Crockett, L
6. Laghezza, L et all

خانواده های کودکان با کم توانی های ذهنی و تحولی شده است که در این پژوهش به این موضوع پرداخته شد که یافته ها نشان داد اثربخشی آموزش مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس نسبت به گروه های دیگر در رابطه مادر- کودک معنادارتر بوده است. این یافته ها با نتایج پژوهش گورالنیک^۱ (۲۰۱۱) و وودمن، هلنا، مادسلی و هاسر^۲ (۲۰۱۵) همسو می باشد. گورالنیک (۲۰۱۱) نشان داد که نوع الگوهای رابطه‌ای و تعامل بین والدین و کودکان با ناتوانی ها بر میزان مشکلات رفتاری آن‌ها تأثیرگذار است. اثربخشی بهتر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس بر مشکلات رفتاری و ارتباطی کودکان با کم توانی ذهنی و تحولی را باید در مؤلفه های این مدل جستجو کرد. مؤلفه های چند گانه و تعاملی این مدل عبارت بودند از استرسور و اثرات آن، منابع درونی و بیرونی خانواده، ادراک و برداشت از استرسور و تأثیر این سه عامل (سبک های مقابله‌ای) بر سازگاری و انعطاف پذیری مادران. نیازهای خانواده: عامل (Aa) منظور عواملی است که یک خانواده به طور ویژه با یک استرسور در یک محدوده زمانی سروکار دارد. یک پیشینه قابل استنادی از انواع مختلفی از استرسورها که یک خانواده با واسطه داشتن یک کودک ناتوان، آن‌ها را متحمل می شود وجود دارد. برای مثال، وقت، هزینه و تلاش مضاعف برای مداخله بهنگام، آموزش ویژه یا دریافت خدمات ویژه که استرس های بیشتری ایجاد می کنند (a) و ناشی از نارسایی اولیه (A) می باشد. تحقیقات نشان می دهد که کسب دانش و آگاهی مادران کودکان با کم توانی ذهنی و تحولی از خصوصیات آنان بر نوع رابطه، نگرش و ابراز هیجانات مادران و کاهش مشکلات رفتاری کودکان تأثیر دارد (رویو، گاسکا و دئو^۳، ۲۰۱۸). منابع خانواده: عامل (Bb)، پاترسون و مک کوبین سه نوع اصلی از انواع منابع را در هنگام مدیریت بحران ناسازگاری مورد توجه قرار داده اند (مک استی، ترمبات و دیسانایک^۴، ۲۰۱۴): منابع شخصی و منحصر به فرد اعضاء خانواده، منابع درونی در سیستم خانواده و حمایت اجتماعی از منابع خارج از خانواده. منابع شخصی شامل این موارد می شود: امکانات مادی، سلامت جسمانی و بهداشت روانی، آموزش و ویژگی های شخصیتی هر یک از اعضای خانواده. منظور از آموزش، توانایی های شناختی اعضای خانواده در حل مسائل پیش روی آن‌هاست. پیرلین و

1. Guralnick
2. Woodman, Mawdsley & Hauser-Cram
3. Royo, Gusca & Deo
4. McStay, Trembath & Dissanayake

اسکولر دریافتند که اعضاء خانواده‌ای با سطوح خود کارآمدی و عزت‌نفس بالا در مقابله با استرس‌های اجتماعی بهتر عمل می‌کنند (پاترسون و مک کوبین^۱، ۱۹۸۳). رز، نلسون و هاردیمن^۲ (۲۰۱۶) نشان دادند که اکثر منابع اصلی درونی سیستم خانواده این موارد را دربر می‌گیرد: خود پنداره اعضاء، ارتباط باز، حمایت متقابل، توانایی حل مسئله، بهداشت روانی، سلامت فیزیکی و یک حس تسلط و فائق آمدن بر مشکلاتی که تجربه می‌شوند. در خصوص ایجاد حمایت‌های بیرونی و افزایش عزت‌نفس مادران به‌عنوان منبع درونی (عامل Bb) اثبات شده است که مادرانی که حمایت اجتماعی مثبت دریافت می‌کنند، کمتر از سایر مادران، استرس را تجربه می‌کنند (حمیدی و دالی^۳، ۲۰۱۷). سطوح حمایت مورد نیاز به تأثیر ناتوانی بر خانواده و چالش‌های نگره‌داری و مراقبت از یک کودک ناتوان هوشی با گذشت زمان بستگی دارد. بنابراین خدمات حمایتی برای اعضای خانواده و بویژه مادران کوکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی بایستی حمایت‌های اجتماعی و شبکه‌ای را بمنظور افزایش توانایی مقابله با شرایط کودک را در آنان فراهم نماید. ادراکات خانواده: عامل (Cc)، این عامل اشاره دارد به معنایی که خانواده به بحران (Xx) می‌دهد، انباشت نیازها و استرسورها (Aa) و منابعشان برای مقابله با آنها (Bb). این ادراکات با منابع موجود برای فراهم کردن مقابله با بحران خانواده تعامل دارد. پاترسون و مک کوبین اذعان می‌کنند که معنای داده‌شده به موقعیت می‌تواند این موارد را روشن کند: موضوعات رودروی والدین، راه‌حل‌های بالقوه برای حل بحران، مدیریت هیجانی مسئله و توانمندسازی خانواده برای همترازسازی یا تعادل یابی مجدد (مک استی، ترمبات و دیسانایک^۴، ۲۰۱۴). از سوی دیگر، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد اینکه مادران چگونه استرسور را تعریف می‌کنند بر واکنش آنها به عامل استرس‌زا تأثیرگذار است. درحالی‌که برخی از والدین ارزیابی عینی از عامل استرس‌زا و ناتوانی دارند و سعی می‌کنند روش‌های مؤثری برای کاهش اثرات آن از جمله مدیریت مشکلات رفتاری کودکان پیدا کنند، برخی دیگر عامل استرس‌زا و داشتن کودک با کم‌توانی ذهنی و تحولی را موقعیتی غیرقابل تغییر تفسیر می‌کنند و تلاشی برای مقابله انجام نمی‌دهند (ساریمسکی^۴، ۲۰۰۱). سازگاری خانواده: عامل (Xx)، این عامل تولید نهایی مدل است.

1. Patterson & McCubbin
2. Rose, Nelson & Hardiman
3. Hemdi & Daley
4. Sarimski

سازگاری خانواده، یک پاسخ مثبت به استرس‌ورهای خانواده و استفاده مؤثر از راهبرهای مداخله ایست، به عبارت دیگر سازگاری خانواده فرایندی است که طی آن اعضاء خانواده به طور مستقیم با عامل استرس‌زا تعامل پیدا می‌کنند و تغییرات سامانمند به منظور افزایش رضایتمندی و بهداشت روانی انجام می‌شود (رز، نلسون و هاردیمن، ۲۰۱۶). همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد هرچند وجود کودک ناتوان ضرورتاً به تجارب منفی منجر نمی‌شود (حسام زاده و همکاران، ۲۰۱۵). با در نظر گرفتن نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که با حمایت‌های اطلاعاتی، اجتماعی و عاطفی برای مادران کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی از یک سو و اکتساب مهارت‌های مقابله‌ای از سوی دیگر، می‌توان کیفیت زندگی خانوادگی و تعامل مثبت مادران با کودکان ناتوان هوشی را ارتقاء بخشید (زونا و همکاران^۱، ۲۰۱۰؛ کیم و ژو^۲، ۲۰۱۳)، مهارت‌های فرزندپروری برای پاسخ مؤثر به نیازهای این کودکان و پیشگیری و کاهش مشکلات رفتاری را آموزش داد (لساک و همکاران^۳، ۲۰۱۴) و ادراک آن‌ها از ناتوانی را بهبود بخشید و ظرفیت مقابله مؤثر با استرس‌ها را در آنان ایجاد نمود (یانگ و لی^۴، ۲۰۱۶).

به‌طور کلی می‌توان گفت که بر مبنای مدل دوگانه‌ای بی سی ایکس، پژوهش حاضر حمایت منطقی و تجربی از ارتباط بین چندین متغیر در روابط مادر-کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی‌های ذهنی و تحولی را فراهم کرده است. به عبارت دیگر نتایج این پژوهش در راستای نتایج پژوهش‌های گسترده دیگر، ملاحظات مداخله‌ای روشنی برای متخصصانی که با خانواده‌های کودکان با نیازهای خاص کار می‌کنند فراهم کرده است. از محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن جامعه آماری این مطالعه به مادران و تعمیم محافظه کارانه به سایر اعضای خانواده کودکان با کم‌توانی ذهنی و تحولی می‌باشد که ضرورت انجام پژوهش‌های آتی بر روی سایر اعضای خانواده را روشن می‌سازد.

منابع

1. Zuna et al.
2. Kim & Ju
3. Lesack et al.
4. Yang & Lee

اصلائی، خ؛ وارسته، م؛ امان‌الهی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد-کودک. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۸)، ۱۸۳-۲۰۱.

تهرانی دوست، م؛ شهریور، ز؛ پاکباز، ب؛ رضایی، آ؛ احمدی، ف. (۱۳۸۵). روایی نسخه فارسی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ). *تازه‌های علوم شناختی*، ۸(۴)، ۳۳-۳۹. خانبانی، م؛ نشاط‌دوست، م.ط. (۱۳۸۴). مقایسه پرخاشگری و تنیدگی در والدین دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر و غیرعقب‌مانده ذهنی، *مجله خانواده‌پژوهی*، ۲۸۷-۲۷۹.

رضایی، ف؛ غضنفری، ف؛ رضائیان، م. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی والدگری مثبت بر استرس و خودکارآمدی والدگری مادران و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *مجله طنین سلامت*، ۷(۵)، ۱۶-۷.

عباسی، ح؛ کریمی، ب؛ جعفری، د. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، دانشگاه علامه طباطبایی، ۶(۲۴)، ۸۱-۱۰۸.

غلامی، ر؛ ناعمی، ع.م. (۱۳۹۶). تاثیر واقعیت‌درمانی بر استیگمای مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، دانشگاه علامه طباطبایی، ۷(۲۷)، ۲۰۹-۲۳۶.

مصباح، ا؛ حجت‌خواه، م؛ گل‌محمدیان، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توانی ذهنی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، دانشگاه علامه طباطبایی، ۸(۲۹)، ۸۵-۱۰۹.

معصومی‌زارع، م؛ اعتمادی، ع؛ احمدی، ا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی رویکرد تلفیقی (فرزندپروری مثبت و رفتاردرمانی) به شیوه گروهی بر بهبود ارتباط مادر-کودک. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۲(۲)، ۲۶-۱۲.

ولی‌زاده، پ؛ داودی‌فر، آ؛ بردی‌ازون‌دوجی، ر؛ اعلائی، ز. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله بر سطح استرس و ناامیدی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۱(۳)، ۲۴۴-۲۳۷.

- Abbott, D. A., & Meredith, W. H. (1986). Strengths of parents with retarded children. *Family Relations*, 371-375.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Baker, B. L., Blacher, J., Crnic, K. A., & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*, 107(6), 433-444.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Allan, L. M., Jackson, A., Finlayson, J., Mantry, D., et al. (2009). Adults with intellectual disabilities: Prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour, and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 200–216.
- Cregenzán-Royo, O., Brun-Gasca, C., & Fornieles-Deu, A. (2018). Expressed emotion and impulsiveness in mothers of children with Fragile X Syndrome and Down Syndrome: The relation to behavioral problems in their offspring. *Research in developmental disabilities*, 83, 179-189.
- De Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 49(4), 387-396.
- Dekker, M. C., Koot, H. M., Ende, J. V. D., & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1087-1098.
- Driscoll, A. K., Russell, S. T., & Crockett, L. J. (2008). Parenting styles and youth well being across immigrant generations. *Journal of Family Issues*, 29, 185-209.
- Emerson, E., & Einfeld, S. L. (2011). *Challenging behaviour* (3rd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Frishman, N., Conway, K. C., Andrews, J., Oleson, J., Mathews, K., Cifaloni, E., ... & McKirgan, L. (2017). Perceived quality of life among caregivers of children with a childhood-onset dystrophinopathy: a double ABCX model of caregiver stressors and perceived resources. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 33.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In *Compassion* (pp. 21-86). Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P., & Plata G. (2013). *Compassion focused therapy*, Junfermann Verlag GmbH.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.
- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants and young children*, 24(1), 6.
- Hemdi, A., & Daley, D. (2017). The effectiveness of a psychoeducation intervention delivered via WhatsApp for mothers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in the Kingdom of Saudi Arabia: A

- randomized controlled trial. *Child: care, health and development*, 43(6), 933-941.
- Hesamzadeh, A., Dalvandi, A., Maddah, S. B., Khoshknab, M. F., & Ahmadi, F. (2015). Family adaptation to stroke: a metasynthesis of qualitative research based on double ABCX model. *Asian Nursing Research*, 9(3), 177-184.
- Kim, E.S., & Ju, S.J.(2013).The effects of mother-child attachment promotion therapy program for autistic children on mother's parenting stress. *Journal of the Korean Association for Persons with Autism*. 13(1), 73–96.
- Kimura, M., & Yamazaki, Y. (2016). Mental health and positive change among Japanese mothers of children with intellectual disabilities: Roles of sense of coherence and social capital. *Research in developmental disabilities*, 59, 43-54.
- Krakovich, T. M., McGrew, J. H., Yu, Y., & Ruble, L. A. (2016). Stress in parents of children with autism spectrum disorder: An exploration of demands and resources. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(6), 2042-2053.
- Laghezza, L., Mazzeschi, C., Di Riso, D., Chessa, D., & Buratta, L. (2010). The five Minute Speech Sample as a measure of parental expressed Emotion in the field of disability. *Life Span and Disability*, 13(2), 169–186.
- Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 172-183.
- Lesack, R., Bearss, K., Celano, M., & Sharp, W. G. (2014). Parent–Child Interaction Therapy and autism spectrum disorder: Adaptations with a child with severe developmental delays. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2(1), 68.
- Lundqvist, L. O. (2013). Prevalence and risk markers of problem behaviours among adults with intellectual disabilities: A total population study in Orebro County, Sweden. *Research in Developmental Disabilities*, (34), 1346–1356.
- McStay, R. L., Trembath, D., & Dissanayake, C. (2014). Stress and family quality of life in parents of children with autism spectrum disorder: parent gender and the double ABCX model. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(12), 3101-3118.
- Miller-Lewis, L. R., Baghurst, P. A., Sawyer, M. G., Prior, M. R., Clark, J. J., Arney, F. M., & Carbone, J. A. (2006). Early childhood externalising behaviour problems: Child, parenting, and family-related predictors over time. *Journal of abnormal child psychology*, 34(6), 886-901.
- Molteno, G., Molteno, C. D., Finchilescu, G., & Dawes, A. R. L. (2001). Behavioural and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Town, South Africa. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 515-520.
- National Institute for Health and Care Excellence (2015). Challenging behaviour and learning disabilities: Prevention and interventions for

- people with learning disabilities whose behaviour challenges. (NICE guideline 11).
- Orsmond, G. I., Seltzer, M. M., Krauss, M. W., & Hong, J. (2003). Behavior problems in adults with mental retardation and maternal well-being: Examination of the direction of effects. *American Journal on Mental Retardation*, 108(4), 257-271.
- Patterson, J. M., & McCubbin, H. I. (1983). Chronic illness: Family stress and coping. *Stress and the family/edited by Hamilton I. McCubbin & Charles R. Fisley*.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 2-21.
- Pozo, P., Sarriá, E., & Brioso, A. (2014). Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: a double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(5), 442-458.
- Rose, J., Nelson, L., & Hardiman, R. (2016). The relationship between challenging behaviour, cognitions and stress in mothers of individuals with intellectual disabilities. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 44(6), 691-704.
- Sarimski, K. (2001). Social adjustment of children with a severe craniofacial anomaly (Apert syndrome). *Child: care, health and development*, 27(6), 583-590.
- Smyth, E., Healy, O., & Lydon, S. (2015). An analysis of stress, burnout, and work commitment among disability support staff in the UK. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 297-305.
- Tonge, B. J., & Einfeld, S. L. (2003). Psychopathology and intellectual disability: The Australian child to adult longitudinal study. *International review of research in mental retardation*, 26, 61-91.
- Wong, S. Y., Lai, A. C., Martinson, I., & Wong, T. K. (2006). Effects of an education programme on family participation in the rehabilitation of children with developmental disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 10(2), 165-189.
- Woodman, A. C., Mawdsley, H. P., & Hauser-Cram, P. (2015). Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years. *Research in developmental disabilities*, 36, 264-276.
- Yang, Y., & Lee, S.H. (2016). A qualitative study on the parenting experiences and needs of families of children with autism spectrum disorders in China. *Journal of the Korean Association for Persons with Autism*. 16(2), 29-55.
- Zuna, N., Summers, J. A., Turnbull, A. P., Hu, X., & Xu, S. (2010). Theorizing about family quality of life. In *Enhancing the quality of life of people with intellectual disabilities* (pp. 241-278). Springer, Dordrecht.