

اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر ناگویی هیجانی و خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۱

خلاصه

مقدمه: اختلال رفتاری برونی‌سازی شده از آن دست اختلالاتی است که فرایند رفتار اجتماعی و سلامت روان‌شناختی و هیجانی کودکان را مختل می‌کند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر ناگویی هیجانی و خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کودکان پسر دوره دبستان دارای اختلال رفتاری برونی‌سازی شده شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. در این پژوهش ۳۰ کودک پسر دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. والدین گروه آزمایش مداخله آموزش والدگری مثبت را طی دو ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که والدین حاضر در گروه گواه این مداخله را در طول فرایند انجام پژوهش دریافت نکردند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان، پرسشنامه ناگویی هیجانی کودکان و پرسشنامه خودکنترلی کودکان بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس توسط نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که آموزش والدگری مثبت بر ناگویی هیجانی و خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده تاثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). بدین صورت که این مداخله توانسته منجر به کاهش ناگویی هیجانی و بهبود خودکنترلی این کودکان شود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که آموزش والدگری مثبت با بهره‌گیری از روش‌های فرزندپروری بهنجار و اصول ارتباطی مناسب به عنوان یک روش کارآمد جهت کاهش ناگویی هیجانی و بهبود خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: اختلال رفتار برونی‌سازی شده، آموزش والدگری مثبت، ناگویی هیجانی، خودکنترلی

مهنوش قائنی حصارویی^۱

محمد محمدی پور^{۲*}

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، بجنورد، ایران.

^۲ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، قوچان، ایران.

Email:
mmohammadipour46@gmail.com

مقدمه

اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و با بسیاری از معضلات اجتماعی، همراه‌اند. محققان دریافته‌اند که اختلال‌های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند. اختلال‌های رفتاری به‌طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی- اجتماعی کودکان، تأثیر منفی می‌گذارند و احتمال ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی، عاطفی و هیجانی را در دوره بزرگسالی افزایش می‌دهند (فارمر^۱ و همکاران، ۲۰۱۶؛ جامپ^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). اختلال‌های روان‌شناختی دوران کودکی به دو دسته کلی اختلالات رفتاری درونی‌سازی شده^۳ و اختلالات رفتاری برون‌سازی شده^۴ تقسیم می‌شود که هر گروه به نوبه خود دارای ویژگی‌های جداگانه‌ای هستند (لاندز^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). میزان شیوع این اختلالات در جمعیت‌های ارجاع داده شده به کلینیک‌ها، بالای ۵۰ درصد گزارش شده، بنابراین بخش عمده‌ای از موارد بالینی به این مراجعین تعلق دارد (حمیدی، شریعت، آقابزرگی و کشاورز محمدی، ۱۳۹۸؛ باتاگلیس^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). اختلال‌های رفتاری برون‌سازی شده منجر به مشکلات و الگوهای سازش نایافته‌ای می‌شود که به‌طور معمول در تعارض با دیگر افراد و محیط خود را آشکار می‌کند (لیستاگ-لاند، بردمیر و تیان^۷، ۲۰۰۵؛ میرحسینی، مطهری‌نسب و اصلی‌آزاد، ۲۰۱۸). این اختلال، رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه‌ای را شامل می‌شود که از آن جمله می‌توان به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی^۸، اختلال سلوک^۹ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^{۱۰} اشاره کرد (حسینی یزدی، مشهدی، کیمیایی

و عاصمی، ۱۳۹۴). عوامل نامساعد محیط خانوادگی مانند ارتباط والد فرزندی نامطلوب، سبک‌های فرزندپروری ناکارآمد، منفی‌گرایی، ناتوانی در کسب مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی مناسب در پدیدآیی این اختلال دارای نقش است (هیکز، سود، دیراگو، پاکونو و مک کی^{۱۱}، ۲۰۰۹).

کودکان دارای اختلال رفتار برون‌سازی شده، به دلیل نقص در مهارت‌های اجتماعی دارای ارتباطات هیجانی و اجتماعی ضعیفی هستند (مانسینی، ریگولی، رابرتس و پیک^{۱۲}، ۲۰۱۹؛ مونتلا-کاستینا، پستیگو، پرادو-گاسکو و پرز-مارین^{۱۳}، ۲۰۱۸) که این فرایند ممکن است این کودکان را در ابرازگری هیجانی، مدیریت و بیان هیجانات دچار مشکل سازد و آنها را در مسیر ابتلا به ناگویی هیجانی^{۱۴} قرار دهد. ناگویی هیجانی شامل دشواری در تشخیص احساسات^{۱۵}، دشواری در بیان و توصیف احساسات^{۱۶} و تفکر برون‌مدار^{۱۷} است (هامایده^{۱۸}، ۲۰۱۸). این مولفه به شناخت محدود از حالات هیجانی خود و دیگران اشاره دارد. افرادی که با این صفت توصیف می‌شوند بین جنبه‌های شناختی و تجربی هیجان با جنبه‌های بیانی، رفتاری و نوروفیزیولوژیک آن یکپارچگی اندکی ایجاد می‌کنند. سازه ناگویی هیجانی سبب شکل‌گیری نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات می‌شود (چاپاه و آلاچ^{۱۹}، ۲۰۱۷؛ موتان و گنکوز^{۲۰}، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد در این حالت کودک به دلیل عدم اطلاع از حالات خلقی و هیجانی خود، نمی‌تواند عواطف و هیجانات خود را ابراز کند، این فرایند می‌تواند افراد مبتلا به این پدیده را در برابر آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی آسیب‌پذیر

¹¹. Hicks, South, Dirago, Iacono, Mcgue

¹². Mancini, Rigoli, Roberts, Piek

¹³. Montoya-Castilla, Postigo, Prado-Gasco, Perez-Marin

¹⁴. Alexitimia

¹⁵. Difficulty in Identifying feelings

¹⁶. Difficulty in describing feelings

¹⁷. Externally oriented thinking

¹⁸. Hamaideh

¹⁹. Chalah, Ayache

²⁰. Motan, Gencoz

¹. Farmer

². Gump

³. externalized problems

⁴. internalized problems

⁵. Landers

⁶. Battagliese

⁷. Listug-lunde, Bredmeier, Tyan

⁸. attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

⁹. conduct disorder

¹⁰. obedient defensive disorder (ODD)

نماید (گیتان، برجارد و بونت^۱، ۲۰۰۷؛ تورنبرگ، یانگ، سالیوان و لیورس^۲، ۲۰۰۹؛ داوید^۳، ۲۰۱۷).

یکی دیگر از مشکلات جدی که کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده با آن مواجه هستند، خودکنترلی^۴ ضعیف این کودکان است (پاتروس، آلدرسون، هادک، تارل و لیا^۵، ۲۰۱۷). خودکنترلی عبارت است از مدیریت فرد بر رفتار و یادگیری خود. خودکنترلی به شکل معمول برای توانایی مهار رفتار تکانشی از طریق مهار امیال فوری کوتاه‌مدت استفاده می‌شود (فریز و هافمن^۶، ۲۰۰۹). خودکنترلی به عنوان یک توانایی قلمداد می‌شود که در نتیجه آن افراد می‌توانند تمایلات درونی خود را نادیده گیرند (برترمز^۷، ۲۰۱۲). نارسایی خودکنترلی نشانگر ناتوانی در تفکر در مورد پیامد رفتار است. تفکر در مورد پیامد، ولی عمل بر اساس خشنودی آنی به رفتار بدون پیش‌بینی منجر می‌شود (مایلز^۸ و همکاران، ۲۰۱۵). ناتوانی در خودکنترلی با بسیاری از مشکلات مانند اعتیاد به مواد مخدر، الککل، دزدی و مشکلات مشابه دیگر رابطه دارد. به زبانی کلی‌تر فقدان خودکنترلی ممکن است پیامدهای منفی برای سلامت روان افراد داشته باشد (کوپر، کولیر، ورونیکا و هاوکی^۹، ۲۰۱۰). خودکنترلی پایین یکی از مهمترین عوامل پیش‌بینی رفتارهای انحرافی است و همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بین مشکلات روانی و خودکنترلی رابطه منفی وجود دارد یا در واقع افرادی که دارای مشکلات روانی هستند سطح خودکنترلی پایینی دارند (برجعی و همکاران، ۱۳۹۳).

روش‌های مختلفی برای درمان آسیب‌های روان‌شناختی کودکان با مشکلات رفتاری همچون اختلال رفتار برونی‌سازی شده به کار گرفته شده است. از روش‌های آموزشی پرکاربرد در این

حوزه می‌توان آموزش والدگری مثبت^{۱۰} را نام برد (یاماکا و بارد^{۱۱}، ۲۰۱۹) که تاثیر آن در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است (شان، ژانگ، ژائو، ژانگ، چئوانگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹؛ دوموف و نایک^{۱۳}، ۲۰۱۸؛ لورن، کواتسچ، رابینسون، مک‌کوی و مک‌نیل^{۱۴}، ۲۰۱۸؛ نازی، لاکاش، کلینوسکی و ایبر^{۱۵}، ۲۰۱۸؛ لادمر، سالسبوری، سارز و اندراد^{۱۶}، ۲۰۱۷؛ فرشاد، نجارپوریان و شنبندی، ۱۳۹۷؛ رضایی، غضنفری و رضائیان، ۱۳۹۶؛ وارسته، اصلانی و امان‌الهی، ۱۳۹۵؛ خدابخشی کولایی، شاهی، نویدیان و مصلی‌زاده، ۱۳۹۴). افزایش دانش، مهارت‌ها، اطمینان و خودکارآمدی والدین؛ ایجاد محیط پرورش دهنده ایمن، تشویق کننده، عاری از خشونت و با تعارض پایین برای کودکان؛ ارتقاء کارآیی اجتماعی، هیجانی، کلامی، هوشی و رفتاری کودکان از طریق اقدامات فرزندپروری مثبت مواردی هستند که در این برنامه آموزش داده می‌شود. والدگری مثبت، مهارت‌های مدیریت مثبت را به والدین آموزش می‌دهد تا جایگزین فرزندپروری ناکارآمد و استبدادی آنها شود. همچنین این برنامه تلاش می‌کند تا نگرش‌های والدین را مورد توجه قرار داده و سعی در جهت اصلاح آنها دارد (ترنر، دادز-مرکی و ساندرز^{۱۷}، ۲۰۰۲). هدف از ایجاد آموزش والدگری مثبت این بود که از سوء رفتاری که والدین با فرزندانشان دارند، جلوگیری به عمل آید (کندی، کیم، تریپودی، براون و گاودی^{۱۸}، ۲۰۱۴). مشاوره گروهی مبتنی بر والدگری مثبت به والدین کمک می‌کند تا با فرزندشان روابطی گرم و پاسخگرانه برقرار سازند و رفتارهای فرزند را به طور مؤثرتری مدیریت نمایند (انتن و گولان^{۱۹}، ۲۰۰۹).

10. Positive parenting training

11. Yamaoka, Bard

12. Shan, Zhang, Zhao, Zhang, Cheung

13. Domoff, Niec

14. Lauren, Quetsch, Robinson, McCoy, McNeil

15. N'zi, Lucash, Clionsky, Eyber

16. Ludmer, Salsbury, Suarez, Andrade

17. Turner, Mrkie-Dadds & Sanders

18. Kennedy, Kim, Tripodi, Brown, Gowdy

19. Enten & Golan.

1. Gaetan, Brejard, Bonnet

2. Thorberg, Young, Sullivan, Lyvers

3. Davyod

4. Self-control

5. Patros, Alderson, Hudec, Tarle, Lea

6. Frieze & Hofmann

7. Bertrams

8. Miles

9. Cooper, Collier, Veronica, Hawkey

کودک و والدین جهت شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان)، عملکرد انضباطی نامناسب و بودن در پایه تحصیلی دوره دبستان بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس بود.

ابزار

سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان^۱

در پژوهش حاضر برای تشخیص مشکلات برونی‌سازی شده از سیاهه رفتاری کودکان آخنباخ و رسکورلا^۲ استفاده شده است. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط آخنباخ و رسکورلا برای سنجش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان تهیه شده است. سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان از دو قسمت تشکیل شده است: بخش اول به بررسی صلاحیت کلی کودک و نوجوانان در سه مقیاس فعالیت‌ها، مقیاس اجتماعی و مدرسه می‌پردازد و شامل ۱۳ ماده است. بخش دوم به بررسی مشکلات هیجانی و رفتاری می‌پردازد که شامل ۱۱۳ ماده است. پاسخدهی بر اساس طیف لیکرت انجام می‌شود: شامل سه گزینه نادرست است (نمره صفر)، گاهی درست است (نمره یک) و غالباً درست است (نمره دو). نمره مشکلات هیجانی و رفتاری از طریق جمع نمره‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (شامل محورهای گوشه‌گیری، مشکلات بدنی، اضطراب و افسردگی، مشکلات برونی‌سازی شده (شامل محورهای پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه) و مشکلات توجه، مشکلات تفکر و مشکلات اجتماعی به دست می‌آید. دامنه نمرات مشکلات رفتاری و هیجانی از صفر تا ۲۴۰ و گستره نمرات t برای دامنه مرزی از ۶۰ تا ۶۳ و بالاتر از نمره ۶۳ برای دامنه بالینی در نظر گرفته شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). گلاسر^۳ (۲۰۱۱) در نتایج پژوهش خود اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷، مشکلات برونی‌سازی شده ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و مشکلات درونی‌سازی شده ۰/۹۱ و ۰/۹۰

با عطف نظر به آسیب‌های روان‌شناختی در کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده و لزوم به کارگیری روش‌های مداخله‌ای و درمان مناسب و بهنگام و از سوی دیگر با مشاهده کارآمدی آموزش والدگری مثبت در بهبود اختلالات روان‌شناختی و هیجانی کودکان دارای اختلالات راری و هیجانی و سرانجام عدم انجام پژوهشی مشابه، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر ناگویی هیجانی و خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده بود.

روش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش جامعه آماری را کودکان پسر دارای اختلال برونی‌سازی شده مشغول به تحصیل در دوره دبستان در مدارس شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به ۸ آموزشگاه پسرانه دوره دبستان آموزش و پرورش ناحیه ۶ مشهد، از مشاوران و معلمان این مدارس درخواست گردید، کودکان دارای علائم پرخاشگری، تکانشگری، نافرمانی، رفتارهای قانون‌شکنانه و اغتشاش‌گرایانه را معرفی نمایند. در این فرآیند تعداد ۴۹ دانش‌آموز از ۷ مدرسه معرفی گردید که به آنها سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان ارائه شد تا بدین وسیله از وجود اختلال رفتار برونی‌سازی شده در نزد این کودکان اطمینان حاصل گردد. تعداد ۴۱ کودک دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده تشخیص داده شدند (با استفاده از پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان) که از بین آنها ۳۰ کودک که بیشترین نمره را در سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان کسب کرده بود، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ کودک در گروه آزمایش و ۱۵ کودک در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن پرخاشگری، تکانشگری، نافرمانی، رفتارهای قانون‌شکنانه و اغتشاش‌گرایانه، کسب نمره ۶۳ و بالاتر در سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان، برخورداری از سلامت جسمی، رضایت

1. Children and Adolescents Behavioral Inventory

2. Achenbach, Rescorla

3. Glosser

ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی همبستگی مقیاس نارسایی هیجانی را با مقیاس آزار روانی ($r = -0.34$) و غفلت روانی ($r = -0.20$) معنی دار بدست آوردند. همچنین این پژوهشگران میزان پایایی پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسشنامه خودکنترلی^۴

پرسشنامه خودکنترلی کودکان در سال ۱۹۷۹ توسط کندال و ویلکاکس^۵ در دانشگاه مینه‌سوتا ساخته شده است و شامل ۳۳ سوال می‌باشد که ۱۰ سوال آن مربوط به خودکنترلی (سوالات ۳۱-۳۲، ۳۱-۳۲، ۱۱-۱۲، ۹-۱۱، ۸-۹، ۳-۱)، ۱۳ سوال آن مربوط به تکانشگری (سوالات ۱۰-۱۳، ۱۴-۱۵، ۱۶-۱۷، ۲۰-۲۱، ۲۲-۳۰، ۲۸-۲۹، ۲۴) و ۱۰ سوال آن نیز مربوط به هر دو (تکانشگری- خودکنترلی) (سوالات ۲-۴، ۶-۷، ۱۸-۱۹، ۲۶-۳۳) می‌باشد. سوالات این آزمون به صورت مثبت و منفی می‌باشد و دارای یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای می‌باشد که نمره یک از سوالات مثبت نشان دهنده حداکثر خودکنترلی و نمره هفت نشان دهنده حداقل خودکنترلی است و در سوالات منفی کاملاً برعکس است. دامنه نمرات از ۳۳ تا ۲۳۱ در نوسان است که هرچه نمره کودک به ۲۳۱ نزدیکتر باشد دارای خودکنترلی کمتری است. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۴ محاسبه گردیده است، که در حد قابل قبولی است (کندال و ویلکاکس، ۱۹۷۹). از طرفی پایایی و روایی محتوایی این پرسشنامه توسط موری^۶ (۲۰۰۲) مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی این آزمون در پژوهش قدم‌پور، رحیمی‌پور و زنگی‌آبادی (۱۳۹۵) با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی نمونه‌ای از کودکان شهر خرم‌آباد ۰/۸۱ محاسبه گردید. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه گردید.

گزارش کرده است. همچنین در پژوهش ناکامورا^۱ و همکاران (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان، مشکلات برونی‌سازی شده و مشکلات درونی‌سازی شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه ناگویی هیجانی^۲

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو مخصوص کودکان و نوجوانان توسط ریف، استروالد و نزوگت^۳ (۲۰۰۶) ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۰ سوال دارد که با مقیاس لیکرت سه درجه‌ای (کاملاً، تا حدودی و به هیچ وجه: نمره یک تا ۳) پاسخ داده می‌شود و سه عامل ناتوانی در شناسایی احساسات (سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴)، ناتوانی در توصیف احساسات (سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷) و سبک تفکر عینی (سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مقیاس سؤال‌های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۶۰ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده ناگویی هیجانی بیشتر است. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی هیجانی کل با هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی، همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در سه نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تأیید کردند (بشارت، ۲۰۱۰؛ به نقل از ابوالقاسمی، رضایی جمالویی، و حرفتی، ۱۳۹۰). همچنین

⁴. Self-Control Questionnaire

⁵. Kendal & Wilcox

⁶. Murray

¹. Nakamura

². Alexitimia Questionnaire

³. Rieffe, Oosterveld, Terwogt

شیوه اجرای پژوهش

پس از مراجعه به اداره آموزش و پرورش ناحیه ۶ مشهد مجوز انجام پژوهش در مدارس اخذ و پس از بین مدارس ابتدایی ۸ مدرسه انتخاب شد. سپس با مراجعه به مدارس انتخاب شده، از معلمان و مشاوران آن مدارس درخواست شد تا کودکانی را که دارای علائم پرخاشگری، تکانشگری، نافرمانی، رفتارهای قانون‌شکنانه و اغتشاش گرایانه هستند، معرفی نمایند. سپس جهت اطمینان از وجود اختلال رفتار برونی‌سازی شده در نزد این کودکان، سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان نیز اجرا شد. پس از انجام فرایند نمونه‌گیری، والدین گروه آزمایش مداخله آموزش والدگری مثبت را طی ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه در طی دو ماه دریافت نمودند، در

حالی که گروه گواه در طی انجام فرایند پژوهش از دریافت مداخله فوق بی‌بهره بودند. لازم به ذکر است که در صورت عدم حضور یکی از والدین در بعضی از جلسات درمان، محتویات آموزشی جلسه ضبط و توسط والد حاضر به آنها ارائه داده می‌شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت والدین برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

جدول ۱. خلاصه جلسات مشاوره گروهی والدگری مثبت (خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۴).

جلسه	هدف	شرح جلسه
جلسه اول	آموزش والدگری مثبت گروهی	آشنایی با برنامه، بحث در مورد روابط والد-کودک و علت مشکلات رفتاری و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، ترغیب والدین به مشاهده و پیگیری رفتار فرزندان خود و تعیین اهدافی برای تغییر رفتار آنها.
جلسه دوم	ارتقای رشد کودک	آموزش راهبردهای ارتباط مثبت با فرزندان مانند صحبت کردن، ابراز احساسات و اختصاص زمان به کودک برای ابراز وجود، تمرین و ایفای نقش والدین در گروه‌های کوچک.
جلسه سوم	ارتقای رشد کودک	آموزش راهبردهایی مانند آموزش اتفاقی، روش پرسیدن و گفتن و انجام دادن به منظور یاددهی رفتارها و مهارت‌های جدید به فرزندان
جلسه چهارم	مدیریت رفتار کارآمد	بحث در مورد انواع تقویت‌کننده‌ها، آشنایی با اصول و چگونگی بکارگیری آنها.
جلسه پنجم	مدیریت رفتار کارآمد	آموزش راهبردهای افزایش رفتارهای مطلوب مانند تحسین کلامی و غیرکلامی و اقتصاد ژتونی، فراهم کردن فعالیت‌های لذت‌بخش و جذاب و بازخورد فوری و عینی.
جلسه ششم	مدیریت رفتار ناکارآمد	بحث درباره روش‌های گوناگون تنبیه مثبت و منفی، آشنایی با اصول و چگونگی به‌کارگیری آنها؛ بحث با والدین درباره پیامدهای منفی تنبیه و استفاده موثر از آن، آموزش راهبردهایی مانند وضع قانون، بحث مستقیم، دستور دادن مستقیم و روشن و نادیده گرفتن.
جلسه هفتم	مدیریت رفتار	آموزش راهبردهایی برای جایگزینی تنبیه به شکل پیشرفته مانند شناسایی پیامدهای منطقی؛ ارائه تلفیقی از راهبردهای معرفی شده، آموزش برنامه‌های کاربردی مانند برنامه روزانه پیروی، برنامه اصلاح رفتار و نمودار رفتاری.
جلسه هشتم	از پیش برنامه‌ریزی کردن	آموزش والدین به منظور شناسایی موقعیت‌های پرخطر، بکارگیری راهبردهای معرفی شده در قالب روش‌های برنامه‌ریزی شده و ارائه رهنمودهایی به والدین برای بقا و دوام خانواده.

آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و هم‌چنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از

آماري با استفاده از نرم افزار آماري SPSS-۲۳ مورد تجزيه و تحليل قرار گرفت.

يافته ها

يافته هاي حاصل از داده هاي دموگرافيك نشان داد كه افراد نمونه پژوهش داراي دامنه سني ۸ تا ۱۲ سال بودند كه در گروه آزمون دامنه سني ۹ سال (تعداد ۶ نفر معادل ۴۰ درصد) و در گروه گواه دامنه سني ۱۰ سال (تعداد ۵ نفر معادل ۳۳/۳۳ درصد) داراي بيشترين فراواني بود. از طرفي اين افراد داراي

دامنه تحصيلات دوم تا ششم بودند كه در اين بين در هر دو گروه آزمون (تعداد ۵ نفر ۳۳/۳۳ معادل درصد) و گواه (تعداد ۶ نفر معادل ۴۰ درصد) سطح تحصيلات سوم دبستان داراي بيشترين فراواني بود. ميانگين و انحراف استاندارد متغيرهاي ناگويي هيجاني و خودكترلي در مراحل پيش آزمون، پس آزمون و پيگيري، به تفكيك دو گروه آزمون و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ميانگين و انحراف استاندارد ناگويي هيجاني و خودكترلي در دو گروه آزمون و گواه در مراحل پيش آزمون، پس آزمون و پيگيري

مؤلفه ها	گروه ها	پيش آزمون	پس آزمون
		ميانگين	انحراف معيار
ناگويي هيجاني	گروه آزمون	۳۴/۷۳	۶/۹۰
	گروه گواه	۳۰/۲۶	۵/۴۱
خودكترلي	گروه آزمون	۱۳۵/۲۰	۱۹/۵۲
	گروه گواه	۱۲۹/۳۳	۱۳/۷۰

جهت بررسي پيش فرض همگني واريانس ها، از آزمون لوين استفاده شده است. نتايج نشان داده است در مرحله پس آزمون در متغيرهاي ناگويي هيجاني و خودكترلي پيش فرض همگني واريانس ها برقرار بوده است ($p > ۰/۰۵$). نتايج آزمون باكس جهت بررسي همساني ماتريس هاي واريانس - كواريانس نشان داد كه در مرحله پس آزمون پيش فرض ماتريس هاي واريانس - كواريانس نيز برقرار بوده است ($p > ۰/۰۵$). علاوه بر اين نتايج آزمون شاپيرو ويلك بيانگر آن بود كه پيش فرض نرمال بودن توزيع نمونه اي داده ها در متغيرهاي ناگويي هيجاني و

خودكترلي در گروه هاي آزمون و گواه در مراحل پيش - آزمون و پس آزمون برقرار است ($p > ۰/۰۵$). در نهايت نتايج در بررسي پيش فرض همگني شيب خط رگرسيون مشخص شد كه تعامل پيش آزمون با متغير گروه بندي در مرحله پس آزمون در متغيرهاي ناگويي هيجاني و خودكترلي كودكان معنادار نبوده است ($p > ۰/۰۵$). اين بدان معناست كه فرض همگني شيب خط رگرسيون در متغيرهاي ناگويي هيجاني و خودكترلي برقرار بوده است.

جدول ۳. نتايج تحليل كواريانس جهت بررسي اثر مشاوره گروهي والديري مثبت بر ناگويي هيجاني و خودكترلي كودكان داراي اختلال رفتار بروني سازي شده

متغير	منبع تغيير	مجموع مجزورات	درجه آزادي	ميانگين مجزورات	مقدار F	سطح معناداري	اندازه اثر	توان
اثر پيش آزمون		۷۸۵/۷۱	۱	۷۸۵/۷۱	۷۹/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱
ناگويي هيجاني	اثر متغير مستقل	۲۹۹/۷۸	۱	۲۹۹/۷۸	۳۰/۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱

		خطا		۲۶۷/۶۲	۲۷	۹/۹۱
		کل		۲۶۸۱۴	۳۰	
خودکنترلی	اثر پیش‌آزمون	۵۱۲۰/۷۲	۱	۵۱۲۰/۷۲	۷۲/۵۷	۰/۶۸
	اثر متغیر مستقل	۱۷۹۱/۳۸	۱	۱۷۹۱/۳۸	۲۵/۳۸	۰/۴۸
	خطا	۱۹۰۵/۱۴	۲۷	۷۰/۵۶		
	کل	۴۷۹۹۳۹	۳۰			

با توجه به نتایج جدول ۳، ارائه متغیر مستقل (مشاوره گروهی والدگری مثبت) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (ناگویی هیجانی و خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. بنابراین این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، میانگین نمرات متغیرهای ناگویی هیجانی و خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده با ارائه مشاوره گروهی والدگری مثبت دچار تغییر معنادار شده است. جهت تغییر نیز بدان صورت بوده است که مشاوره گروهی والدگری مثبت توانسته منجر به کاهش ناگویی هیجانی و بهبود خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده شود. مقدار تاثیر مشاوره گروهی والدگری مثبت بر میزان ناگویی هیجانی و خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده به ترتیب ۰/۵۳ و ۰/۴۸ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۵۳ و ۴۸ درصد تغییرات متغیرهای ناگویی هیجانی و خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده توسط ارائه متغیر مستقل (مشاوره گروهی والدگری مثبت) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر ناگویی هیجانی و خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده انجام گرفت. یافته اول این پژوهش نشان داد که آموزش والدگری مثبت بر ناگویی هیجانی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده تاثیر معنادار دارد. بدین صورت که این مداخله توانسته منجر به کاهش ناگویی هیجانی این کودکان شود. یافته حاضر شان و همکاران (۲۰۱۹)؛ مبنی بر

اثربخشی والدگری مثبت بر بهزیستی روان‌شناختی کودکان؛ با یافته نازی و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر سلامت روان کودکان؛ با گزارشات لادمر و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر اثربخشی برنامه والدگری مثبت بر مشکلات رفتاری کودکان؛ با نتایج پژوهش وارسته، اصلانی و امان‌الهی (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد-کودک؛ و با یافته خدابخشی کولایی، شاهی، نویدیان و مصلی‌زاده (۱۳۹۴) مبنی بر اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودک همسو بود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر ناگویی هیجانی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده، باید اشاره کرد که رفتارهای منفی والدین (مانند فریاد زدن، تهدید کردن)، رفتارهای منفی فرزند (مانند بی‌مسئولیتی و نافرمانی) را تقویت می‌کند که این مسأله رفتارهای والدین را بدتر کرده و ممکن است منجر به خشونت و رفتارهای تکانشی بیشتر کودکان شود (لادمر و همکاران، ۲۰۱۷). آموزش والدگری مثبت با تقویت تعاملات مثبت و آموزش والدین به اینکه با ثبات باشند و تکنیک‌های غیرخشونت‌آمیز را به کار برند، این چرخه معیوب را می‌شکند. در آموزش والدگری مثبت، والدین با بکارگیری شیوه‌های فرزندپروری بهنجار و اصلاح ساختار تعامل والد با کودک، مهارت‌هایی برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد فرزندشان فرا می‌گیرند و به این ترتیب رفتارهای اجتماعی را در فرزند افزایش داده و رفتارهای منفی را در وی کاهش می‌دهند. در این برنامه درمانی والدین یاد می‌گیرند به فرزندشان نزدیک شوند، سبک‌های والدینی

مؤثرتری که منطبق با نیازهای فرزندان است به کار برند و به رفتارهای سازگارانه فرزند توجه کرده و رفتارهای ناسازگارانه وی را نادیده بگیرند. این چرخه نیز باعث بهبود عملکرد هیجانی کودکان شده و در نتیجه ناگویی هیجانی آنان می‌شود. علاوه بر این در تبیینی دیگر تاثیر می‌توان گفت که آموزش والدگری مثبت به والدین می‌آموزد تا با اصول تغییر رفتار و علائم اختلال رفتاری برونی‌سازی شده آشنا شده و عواملی که سبب تقویت یا کاهش آن می‌شوند، را بشناسند. همچنین این درمان والدین را با ماهیت چرخه‌ای تعاملات منفی والد فرزند، رفتارهای والدینی که باعث حفظ و نگهداری اختلالات رفتاری در فرزندان می‌شوند، آشنا می‌سازد. مجموع این شرایط باعث می‌شود که کیفیت تعاملی والدین با فرزندان خود افزایش یافته و این امر بهبود رفتارهای سازگارانه را در کودکان در پی دارد. بهبود رفتارهای بهنجار و سازگارانه نیز سبب کاهش ناگویی هیجانی کودکان می‌شود.

یافته دوم این پژوهش نشان داد که آموزش والدگری مثبت بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده تاثیر معنادار دارد. بدین صورت که این مداخله توانسته منجر به بهبود خودکنترلی این کودکان شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش دوموف و نایک (۲۰۱۸) مبنی بر اثربخشی برنامه والدگری مثبت بر کاهش مشکلات ارتباطی و رفتاری کودکان؛ با یافته لورن و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر نقش والدگری مثبت بر مشکلات هیجانی کودکان؛ با گزارشات فرشاد، نجارپوریان و شنبیدی (۱۳۹۷) مبنی بر تاثیر آموزش والدگری مثبت مبتنی بر روی آورد ساندرز بر شادزیستی و تعارض والد-فرزندی دانش‌آموزان؛ و با نتایج پژوهش رضایی، غضنفری و رضائیان (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی والدگری مثبت بر استرس و خودکارآمدی والدگری مادران و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی همسو بود. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده می‌توان بیان نمود که این اختلال، بر تعامل کودکان با والدینشان و نیز شیوه پاسخدهی والدین تأثیر می‌گذارد (فرشاد، نجارپوریان و شنبیدی،

۱۳۹۷). کودکان مبتلا به این اختلالات بسیار پرحرف، منفی‌گرا و بی‌اعتنا هستند و کمتر مشارکت و همکاری می‌کنند. والدین این کودکان نیز کمتر به آنها پاسخ می‌دهند، منفی‌گراترند و کمتر راهنمایی و هدایت می‌کنند و کودکان را کمتر تشویق می‌کنند. والدین این کودکان عموماً نسبت به درخواست‌های فرزندان خود هیجانی‌اند. تمام این فرایندها، مواردی هستند که در درمان مبتنی بر آموزش والدگری مثبت مورد مداخله قرار می‌گیرد. بسیاری از والدین در زمان و فضای مشترک با فرزندان خود به سر می‌برند اما با احساسات و نیازهای فرزندان خود بیگانه هستند. آموزش والدگری مثبت به والدین می‌آموزد که پدر و مادر بودن بسیار فراتر از رویدادی زیستی است. همچنین یاد می‌دهد که فرزندان به زمان کافی برای مشارکت هیجانی با والدینشان نیاز دارند و پدر و مادرها باید بدانند که برای برقرار شدن ارتباط لازم، چگونه باید به شیوه‌های کارآمد به تعامل با کودکان خود بپردازند. ایجاد رابطه گرم و پذیرنده، به کار بردن سبک و روش مناسب فرزندپروری و فراهم آوردن محیطی که کودک در آن احساس امنیت و آرامش خاطر کند، از عواملی است که تأثیر بسزایی در سلامت روانی و هیجانی کودکان داشته و بر اساس آموزش والدگری مثبت با بهره‌گیری از آموزش همین فرایندها می‌تواند منجر به بهبود سلامت روان و خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده شود. علاوه بر این آموزش والدگری مثبت باعث می‌شود والدین رفتارهای کودکان را به شیوه مؤثرتری مدیریت کنند و از این طریق رفتارهای مطلوب کودکان افزایش یافته و رفتارهای نامطلوب کاهش می‌یابد. افزایش رفتارهای مطلوب نیز بهبود در خودکنترلی را در پی دارد.

محدود بودن دامنه تحقیق به کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده در شهر مشهد؛ عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دانش‌آموزان دیگر مقاطع و اختلال‌های

برونی‌سازی شده را دعوت نموده و به آنها آموزش والدگری مثبت را ارائه نماید تا والدین این کودکان با کسب آگاهی و مهارت لازم، اقدامی اساسی در جهت کاهش ناگوایی هیجانی و بهبود خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده بردارند.

روان‌شناختی دیگر، بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و اجرای مرحله پیگیری اجرا شود. با توجه به اثربخشی آموزش والدگری مثبت بر ناگوایی هیجانی و خودکنترلی کودکان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود آموزش و پرورش و کارشناسان فرهنگی و مشاوره، با فراخوانی عمومی، والدین کودکان دارای اختلال رفتار

منابع

- ابوالقاسمی، ع.، رضایی جمالویی، ح.، حرفتی، ر. (۱۳۹۰). ارتباط بین نارسایی هیجانی، کودک آزاری و پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی، فصلنامه اندیشه‌های نوین تربیتی، ۷(۳): ۱۵۵-۱۳۵.
- برجعی، م.، علیزاده، ح.، احدی، ح.، فرخی، ن.، سهرابی، ف.، محمدی، م. (۱۳۹۳). مقایسه تاثیر روش‌های آموزش دلگرم‌سازی، رفتاری و دارودرمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۶(۴): ۱۷۶-۱۵۳.
- حسینی یزدی، س.ف.، مشهدی، ع.، کیمیایی، س.ع.، عاصمی، ز. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه مداخله‌ای ویژه کودکان طلاق بر مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی شده کودکان طلاق، مجله روان‌شناسی خانواده، ۲(۱)، ۱۴-۳.
- حمیدی، م.، شریعت، س.، آقابزرگی، س.، کشاورز محمدی، ر. (۱۳۹۸). اثربخشی ذهن آگاهی کودک محور بر تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود، فصلنامه سلامت روان کودک، ۶(۴)، ۱۲۱-۱۳۰.
- خدابخشی کولایی، آ.، شاهی، ع.، نویدیان، ع.، مصلی زاده، ل. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودک، مجله اصول بهداشت روانی، ۱۷(۳)، ۴۳-۱۳۷.
- 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 دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ۵(۱)، ۷-۱۶.
- فرشاد، م.ر.، نجارپوریان، س.، شنبیدی، ف. (۱۳۹۷). تاثیر آموزش والدگری مثبت مبتنی بر روی آورد ساندروز بر شادزیستی و تعارض والد-فرزند دانش‌آموزان. فصلنامه سلامت روان کودک، ۵(۱)، ۶۷-۵۹.
- قدم‌پور، ع.، رحیمی‌پور، ط.، زنگی‌آبادی، م. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش برنامه تربیت سازنده به مادران، بر مهارت‌های خودکنترلی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در دوره دبستان، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۷(۳): ۱۱۷-۱۰۹.
- وارسته، م.، اصلانی، خ.، امان‌الهی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد-کودک، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷(۲۸)، ۲۰۱-۱۸۳.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school age forms & profiles. Burlington, VT: university of Vermont, Research center of children.

Battagliese, G., Caccetta, M., Luppino, O.I., Baglioni, C., Cardi, V., Mancini, F., Buonanno, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness, Behaviour Research and Therapy, 75: 60-71.

Bertrams, A. (2012). How Minimal Grade Goals and Self-Control Capacity Interact in Predicting Test Grades, Journal of Learning and Individual Differences, 22(6): 833-838.

Chalah, M.A., Ayache, S.S. (2017). Alexithymia in multiple sclerosis: A systematic review of literature. Neuropsychologia, 104: 31-47.

Cooper, J.M., Collier, J., Veronica, J., and Hawkey, J.C. (2010). Beliefs About Personal Control and Self Management in 30-40 Year Old Living with Inflammatory Bowel Disease: A Qualitative Study, International Journal of Nursing Studies, 47(12): 1500-1509.

Davydov, D.M. (2017). Alexithymia as a health risk and resilience factor. Journal of Psychosomatic Research, 101, 66-67.

Domoff, S.E., Niec, L.N. (2018). Parent-child interaction therapy as a prevention model for childhood obesity: A novel application for high-risk families. Children and Youth Services Review, 91: 77-84.

- Enten, R.S., Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Journal of Appetite*, 52: 784-787.
- Farmer RF, Gau JM, Seeley JR, Kosty DB, Sher KJ, Lewinsohn PM.(2016). Internalizing and externalizing disorders as predictors of alcohol use disorder onset during three developmental periods. *Drug and Alcohol Dependence*, 164: 38-46.
- Frieze, M., Hofmann, W. (2009). Control Me or I Will Control You: Impulses, Trait Self Control, and The Guidance of Behavior, *Journal of Research in Personality*, 43(5): 795-805.
- Gaetan, S., Brejard, V. & Bonnet, A. (2016). Video games in adolescence and emotional functioning: Emotion regulation, emotion intensity, emotion expression, and alexithymia. *Journal of Computers in Human Behavior*, 61, 344-349.
- Glosser R. Examination of the relationship between the Child Behavior Checklist/ 6-18 and the Social Responsiveness Scale Parent Forms using individuals with high functioning autism. . [Doctoral Thesis]. Indiana University of Pennsylvania; 2011, PP: 117-120.
- Gump BG, Dykas MJ, MacKenzie JA, Dumas AK, Hruska B, Ewart CK, Parsons PJ, Palmer CD, Bendinskas K. Background lead and mercury exposures: Psychological and behavioral problems in children. *Environmental Research*. 2017; 158: 576-582.
- Hamaideh, S.H. (2018). Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and de-mographics. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2): 274-280.
- Hicks, B. M., South, S. C., Dirago, A. C., Iacono, W G., & McGue, M. (2009). Environmental adversity and increasing genetic risk for externalizing disorders *Archives of General Psychiatry*, 66 (6), 640-648.
- Kendall, P.C., Wilcox, L.E. (1979). Self-control in children: Development of a rating Scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(6):1020-1029.
- Kennedy, S. C., Kim, J.S., Tripodi, S.J. Brown, M.S. & Gowdy. G. (2014). Does Parent–Child Interaction Therapy Reduce Future Physical Abuse? A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 18: 1-10.
- Landers AL, Bellamy JL, Danes SM, Hawk SW. Internalizing and externalizing behavioral problems of American Indian children in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*. 2017; 81: 413-421
- Lauren, N.M.W., Quetsch, L.B., Robinson, C., McCoy, K., McNeil, C.B.(2018). Infusing parent-child interaction therapy principles into community-based wraparound services: An evaluation of feasibility, child behavior problems, and staff sense of competence. *Children and Youth Services Review*, 88: 567-581.
- Listug-lunde L, Bredmeier K, Tyan W. D. Concurrent parent and child group outcomes for child externalizing disorders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2005; 1: 124-130
- Ludmer, J.A., Salsbury, D., Suarez, J., Andrade, B.F. (2017). Accounting for the impact of parent internalizing symptoms on Parent Training benefits: The role of positive parenting. *Behaviour Research and Therapy*, 97: 252-258.
- Mancini, V., Rigoli, D., Roberts, L., Piek, J.(2019). Motor skills and internalizing problems throughout development: An integrative research review and update of the environmental stress hypothesis research. *Research in Developmental Disabilities*, 84, 96-111.
- Miles, S.R., Tharp, A.T., Stanford, M; Sharp, C., Menefee, D. & Kent, T.A. (۲۰۱۵). "Emotion dysregulation mediates the relationship between traumatic exposure and aggression in healthy young women". *Personality and Individual Differences*, ۷۹: ۲۲۲-۲۲۷.
- Mirhosseini, F.S., Motahari Nasab, Z., Asli Azad, M. (2018). Comparison of Mindfulness, Psychological Capital, and Self-compassion between Students with Externalizing Behavior Problems and Normal Students . *SBRH*, 2(2): 245-253.
- Montoya-Castilla, I., Postigo, S., Prado-Gasco, V., Perez-Marin, M.(2018). Relationships between affective states and childhood internalizing disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 591-598.
- Motan, I., Gencoz, T. (2007). The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4), 333-43.
- Murray, L.K. (2002). Self -control training in young children. *Dissertation Abstracts International Section B, Sciences & Engineering*, 63, 17-30.
- N'zi, A.M., Lucash, R.E., Clionsky, L.N., Eyber, S.M.(2018). Enhancing Parent–Child Interaction Therapy With Motivational Interviewing Techniques. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(2): 131-141.
- Nakamura B, Ebesutani C, Bernstein A, Chorpita B. A psychometric analysis of the Child Behavior Checklist DSM-oriented Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2009; 31:178-189.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., & Terwogt, M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences*, 40(1): 123-133.
- Shan, W., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, Y., Cheung, E.F.C., Chan, R.C.K., Jiang, F.(2019). Association between Maltreatment, Positive Parent–Child Interaction, and Psychosocial Well-Being in Young Children. *The Journal of Pediatrics*, 213: 180-186.
- Thorberg, F.A., Young, R.M., Sullivan, K.A. & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Journal of Addictive Behaviors*, 34(3), 237-245.

- Turner, K. T., Mrkie-Dadds, C., & Sanders, M.R. (2002). Facilitator's manual group Triple P. (ed. II Revised). Milton: Triple P International Pty. Ltd.
- Yamaoka, Y., Bard, D.E.(2019). Positive Parenting Matters in the Face of Early Adversity. American Journal of Preventive Medicine, 56(4): 530-539.

*Original Article***Efficacy of Training Positive Parenting on the Alexithymia and Self-Control of the Children with Externalized Behavior Disorder**

Received: 26/02/2021 - Accepted: 12/09/2022

Mahnosh Qaeni Hesaroeieh¹
Mohammad Mohammadi Pour^{2*}

¹ PhD student in general psychology,
Islamic Azad University, Bojnoord
branch, Bojnoord, Iran.

² Associate Professor, Department of
Psychology, Islamic Azad University,
Qochan Branch, Qochan, Iran.

Email:
mmohammadipour46@gmail.com

Abstract

Introduction: externalized behavior disorder is among those disorders which disturb the process of social behavior and psychological as well as emotional health of the children. Therefore the present study was conducted to investigate the efficacy of training positive parenting on the alexithymia and self-control of the children with externalized behavior disorder.

Methods: It was a quasi-experimental study with pretest, posttest and control group design. The statistical population of the present study included primary school male children with externalized behavior disorder in the city of Mashhad in academic year 2019-20. 30 male children with externalized behavior disorder were selected through purposive sampling method and were randomly accommodated into experimental and control groups. The parents in the experimental group received eight ninety-minute intervention sessions of training positive parenting during two months while the control group didn't receive these interventions during the study. The applied questionnaires in this study included children and adolescents' behavioral inventory, the children's alexithymia questionnaire and children's self-control questionnaire. The data from the study were analyzed through SPSS23 software via ANCOVA method.

Results: The results showed that training positive parenting has significant effect on the alexithymia and self-control of the children with externalized behavior disorder ($p < 0.001$) in a way that this intervention succeeded in decreasing alexithymia and improving self-control in these children.

Conclusion: The findings of the present study revealed that training positive parenting can be used as an efficient method to decrease alexithymia and improve self-control in the children with externalized behavior disorder through employing normal parenting methods and appropriate communication principles.

Keywords: externalized behavior disorder, training positive parenting, alexithymia, self-control