

# Comparing the Effectiveness of Parenting Based on the Healthy Human Theory (HHT) with Triple P-the Positive Parenting Program on Parenting stress and Psychological Capital of Mothers of Children aged 6 to 12 Years with Extrinsic Behavioral Disorders

## ARTICLE INFO

*Article Type*  
Research Article

### Authors

Zahra Khansari <sup>1</sup>  
Hajar Torkan <sup>2\*</sup>  
Mansoure Bahramipour <sup>3</sup>

### How to cite this article

Zahra Khansari, Hajar Torkan, Mansoure Bahramipour, Comparing the Effectiveness of Parenting Based on the Healthy Human Theory (HHT) with Triple P-the Positive Parenting Program on Parenting stress and Psychological Capital of Mothers of Children aged 6 to 12 Years with Extrinsic Behavioral Disorders, Islamic Life Style. 2023; 7 :1-18

1. PhD student, Counseling Department, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Educational Sciences and Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran (Corresponding Author).

3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences and Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

### \* Correspondence:

Address:  
Phone:  
Email: h.torkan@khuisf.ac.ir

### Article History

Received: 2023/03/16  
Accepted: 2023/05/10

## ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of this research was to compare the effectiveness of the parenting package based on the healthy human theory with the positive parenting program on parenting stress and psychological capital of mothers of 6-12-year-old children with extrinsic behavioral disorders.

**Materials and Methods:** The research method was a three-group-three-stage experimental design and the statistical population included all mothers of 6-12-year-old children suffering from externalizing behavioral disorders in Tehran in the first half of 1401, who referred to elementary schools and counseling and psychology centers in Tehran and using From them, 45 people were selected from targeted sampling and randomly divided into three groups (15 people for each group). To collect information, parenting stress (Abidin, 1983) and psychological capital (Luthans et al., 2010) questionnaires were used. Experimental group 1 was trained by the researcher-made parenting package based on the healthy human theory, and experimental group 2 underwent positive parenting training during 8 90-minute sessions. The data were analyzed by ANOVA with repeated measure and Bonferroni post hoc tests by following the default tests with the statistical package of social science version 22.

**Findings:** The obtained results showed that both parenting package interventions based on healthy human theory and positive parenting had a significant effect on increasing the psychological capital and on decreasing the stress of parenting in the parents with a child with extrinsic behavioral disorders in the post-test phase, and the treatment effects remained in the follow-up phase. Also, comparing the two treatment methods, the results showed that the parenting package based on the healthy human theory was more effective in improving parenting self-agency in the follow-up phase ( $p \geq 0.05$ ). Also, comparing the two treatment methods, the results showed that the parenting package based on the healthy human theory was more effective in improving the psychological capital in the follow-up phase.

**Conclusion:** The findings of this research provide useful information regarding the education of mothers, and psychologists and counselors can use these interventions in order to improve the psychological capital and reduce the stress and tension of mothers with children with externalizing behavioral disorders.

**Keywords:** Parenting Stress, Psychological Capital, Parenting Based on Healthy Human Theory, Positive Parenting.

مرحله پیگیری در بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی اثربخش‌تر بوده است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش اطلاعات مفیدی را در ارتباط با آموزش مادران فراهم می‌کند و روانشناسان و مشاوران می‌توانند در راستای بهبود سرمایه روان‌شناختی و کاهش استرس و تنیدگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده از این مداخله‌ها استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: تنیدگی والدگری، سرمایه‌ی روان‌شناختی، والدگری مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم، والدگری مثبت.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۲۰

\*نویسنده مسئول: h.torkan@khuisf.ac.ir

#### مقدمه

اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین دلایل ارجاع به خدمات بهداشت روان برای کودکان و نوجوانان است و شامل تشخیص‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD)<sup>۲</sup>، اختلال سلوک (CD)<sup>۳</sup> و اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)<sup>۴</sup> می‌شود (۱). اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی شیوع تخمینی ۷٫۲٪ دارد، در حالی که اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب میزان شیوع را ۳٫۵٪ و ۲٫۸٪ تخمین زده‌اند (۲). ادبیات نظری و تجربی گسترده گواه این است که جنبه‌های مختلف روابط و ارتباطات درون خانواده از جمله عدم صمیمیت و پاسخگویی به نیازهای کودک، ابراز احساسات منفی، نظارت ناکافی بر کودک، تنبیه سخت، وضع قوانین نامشخص، دلبستگی ضعیف به والدین به رشد مشکلات رفتاری در کودک کمک می‌کند (۳). علائم این اختلالات برای کودکان و همچنین برای والدین چالش‌برانگیز است و می‌تواند باعث ایجاد استرس و تنیدگی والدگری قابل‌توجهی شود (۴). به عبارت دیگر این کودکان به دلیل مشکلاتی چون بی‌قراری و کم‌توجهی و تکانش‌گری تأثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضای خانواده و فضای کلی حاکم بر این محیط می‌گذارند (۵). در این میان، مادران به عنوان عضوی از خانواده که بیشترین تعامل را با کودک دارند، ممکن است در معرض خطر بیشتری در خصوص کیفیت تعامل والد-کودک، نگرش منفی نسبت به فرزند و خود و مشکلات عاطفی قرار گیرند (۶). مادران به دلیل داشتن نقش سنتی مراقبت، مسئولیت‌های بیشتری را در قبال فرزند استثنایی خود ایفا می‌کنند و به عهده می‌گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند. به همین دلیل وجود فرزند مبتلا به اختلالات رفتاری در خانواده‌ها می‌تواند منجر به افسردگی و اضطراب مادران، احساس ناتوانی در ایفای نقش والدینی و احساس عدم کفایت در امر تربیت فرزند، انزوا و محدودیت در روابط و افسردگی در آنان شود (۷-۹).

در این بین عوامل متعددی منجر به استفاده‌ی والدین از شیوه‌های نامطلوب والدگری در برخورد با کودک می‌شود، در غالب موارد

## مقایسه‌ی اثربخشی والدگری مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم با برنامه والدگری مثبت بر تنیدگی والدگری و سرمایه‌ی روان‌شناختی مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ساله‌ی مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده

زهرا خوانساری<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

هاجر ترکان<sup>۲\*</sup>

استادیار، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول).

منصوره بهرامی پور<sup>۳</sup>

استادیار، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

#### چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی بسته‌ی والدگری مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم با برنامه والدگری مثبت بر تنیدگی والدگری و سرمایه‌ی روان‌شناختی مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ساله‌ی مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش طرح آزمایشی سه گروهی-سه مرحله‌ای و جامعه آماری شامل کلیه‌ی مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ساله‌ی مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده در شهر تهران در نیمه‌ی اول سال ۱۴۰۱ بودند که به دبستان‌ها و مراکز مشاوره و روانشناسی شهر تهران مراجعه کرده‌اند و با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ۴۵ نفر از آنان انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه (برای هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های تنیدگی والدگری (آبیدین، ۱۹۸۳) و سرمایه روان‌شناختی (لوتانز و همکاران، ۲۰۱۰) استفاده شد. گروه آزمایشی ۱ تحت آموزش بسته‌ی محقق ساخته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم و گروه آزمایشی ۲ تحت آموزش والدگری مثبت در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده و آزمون‌های تعقیبی بونفرونی با رعایت آزمون‌های پیش‌فرض با کمک بسته نرم‌افزار آماری در علوم اجتماعی نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که هر دو مداخله بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم و والدگری مثبت بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی و کاهش تنیدگی والدگری در والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال رفتار برونی‌سازی شده در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری داشته و اثرات درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده بود (۰/۰۵ > p). همچنین در مقایسه دو روش درمانی، نتایج نشان داد که بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم در

3. conduct disorder

4. oppositional defiant disorder

1. externalizing behavior disorders

2. attention deficit hyperactivity disorder

بیشتر در کیفیت ارتباط و مراقبت از کودک (۲۲) و در نتیجه مشکلات رفتاری بیشتر در کودکان همراه است (۲۳-۲۵). یکی دیگر از عوامل احتمالی پیش‌بینی کننده اختلالات رفتاری کودکان، کاهش سرمایه‌ی روان‌شناختی مادران می‌باشد. سرمایه‌ی روان‌شناختی نشانگر انگیزش و احساس افراد در خصوص توانایی‌هایشان نسبت به چگونگی مواجهه با محدودیت‌ها و فرصت‌ها هست (۲۶). سرمایه‌ی روان‌شناختی عبارت است از اطمینان داشتن به اینکه فرد می‌تواند تلاش لازم و موفقیت‌آمیز را در مواجهه با تکالیف چالش‌انگیزی که با آن‌ها روبرو می‌شود از خود بروز دهد، در مورد موفقیت در حال و آینده نگاهی خوش‌بینانه داشته باشد، برای دستیابی به موفقیت پشتکار نشان دهد، در صورت نیاز برای دستیابی به اهداف و موفقیت در مسیر حرکتی خود بازنگری کند و بالاخره در زمانی که برای رسیدن به هدف و موفقیت با مشکل مواجه می‌شود انعطاف‌پذیری لازم را از خود نشان دهد (۲۷). این متغیر دارای چهار مؤلفه‌ی خودکارآمدی (به معنای اطمینان داشتن به تلاش‌های لازم برای موفقیت در وظایف چالش‌انگیز)، امیدواری (یکی از ویژگی‌های انسانی که به او کمک می‌کند ناامیدی را پشت سر گذاشته، اهداف خود را تعقیب کند و احساس تحمل‌ناپذیر بودن آینده را کاهش دهد) (۲۸)، انعطاف‌پذیری (مقاومت در برابر مشکلات و مصیبت‌ها برای رسیدن به موفقیت) و خوش‌بینی (سبک استنادی مثبتی که فرد در خصوص توانایی خود برای رسیدن به موفقیت در حال حاضر و آینده اتخاذ می‌کند)، است (۲۹). بنابراین سرمایه‌ی روان‌شناختی شامل درک شخص از خود، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات تعریف می‌شود (۳۰). بنا بر گفته‌ی سلیگمن<sup>۲</sup> (۲۰۱۱)، سرمایه‌ی روان‌شناختی سلامت جسمی و روانی فرد را تقویت می‌کند و منجر به بهبود عملکرد فردی می‌شود (۳۱). پژوهشگران بر این باورند که کسانی که سرمایه‌ی روان‌شناختی بالاتری دارند، از میل به خودشکوفایی (۳۲) و رشد و توسعه بالایی برخوردارند و می‌خواهند ظرفیت‌های خود را محقق سازند، چرا که سرمایه‌ی روان‌شناختی بر انگیزه، برنامه‌ریزی و پیگیری اهداف در جهت رشد و توسعه، پیشرفت و موفقیت تأثیر می‌گذارد (۳۳). سرمایه‌ی روان‌شناختی جنبه مثبت زندگی انسان‌هاست و مبتنی بر درک شخصی خود، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات تعریف می‌شود (۳۴). برخوردار بودن از سرمایه‌ی روان‌شناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند و به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار گیرند. سرمایه‌ی روان‌شناختی پایین سبب اختلال در روابط خانواده و مختل شدن فعالیت‌ها و منزلت شدن والدین می‌شود (۳۵). روحی مطلق و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای نشان دادند که مداخله آموزش خود شفقتی بر افزایش سرمایه‌ی روان‌شناختی در مادران دارای کودک آهسته گام اثربخش بود (۳۶)؛ باقری و موسوی (۱۴۰۱) در پژوهشی به این نتایج رسیدند که واقعیت‌درمانی بر سرمایه‌ی روان‌شناختی و حساسیت اضطرابی در مادران کودکان مبتلا به

سطوح بالای تنیدگی والدین منجر به گرایش بیشتر آن‌ها به استفاده از شیوه‌های انعطاف‌ناپذیر است. افراد به دلایل زیادی از جمله والدین بودن، مشکلات تربیت فرزند، مدیریت رفتاری کودک و هماهنگی فعالیت‌های روزمره ممکن است دچار تنیدگی شوند که خود تنیدگی والدگری به عنوان پیش‌بینی کننده‌ی مشکلات رفتاری، مشکلات توجه و رشد شناختی کودک شناخته شده است (۱۰). تنیدگی والدگری مشخص‌کننده‌ی وجود تنیدگی در نظام والد-فرزند است که ناشی از عملکرد و کنش‌وری والد و فرزند و کارکرد تعاملی آن‌هاست (۱۱). در واقع زمانی که والدین در مسند والدگری با تقاضاها و درخواست‌هایی روبرو شوند که فراتر از منابع و توانمندی‌های جسمانی، روانی و هیجانی آن‌ها، برای پاسخگویی به نیازهای خود و فرزندانشان باشد، تنیدگی والدگری ایجاد می‌شود (۱۲). آبدین<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) تنیدگی والدگری را حاصل اثر تعاملی خصوصیات والدین (سلامت روانی، احساس خودکارآمدی، ویژگی‌های شخصیتی، آسیب روانی) و ویژگی‌های کودکان (قدرت انطباق‌پذیری، خلق و خو، تقاضامندی) می‌داند و معتقد است تعامل‌های ناکارآمد والد-کودک و مشکلات رفتاری کودکان از عوامل اصلی ایجاد تنیدگی در والدین و مختل‌کننده‌ی کارکرد خانواده است (۱۳). تنیدگی والدگری بر واکنش‌های فیزیولوژیکی والدین، تجارب هیجانی و الگوهای رفتاری آشکار آن‌ها تأثیر می‌گذارد. سطوح بالا و آسیب‌زننده‌ی تنیدگی سازگاری والدین را به هم می‌زند، به نارساکنش‌وری آنان در حیطه‌های گوناگون فردی و بین‌فردی می‌انجامد و خودکارآمدی آن‌ها را در امور مرتبط با والدگری کاهش می‌دهد (۱۲)؛ بنابراین تنیدگی به والدگری ناکارآمد و فروپاشی مهارت‌های والدگری آموخته‌شده منجر می‌شود و از دلایل رفتار نامناسب والدین در تعارض با کودکانشان است (۱۴).

به نظر می‌رسد تنیدگی والدگری به ویژه زمانی ایجاد می‌شود که میان ادراک والدین از منابع موجود برای مواجهه با نیازهای والدگری و نیازهای ادراک شده از نقش والدگری، ناهماهنگی وجود داشته باشد و والد احساس کند منابع و توانایی کافی برای مواجهه و سازگاری مؤفق با این نقش را ندارند (۱۵). احساس تنیدگی توانایی والدین را در شناسایی و درک صحیح پیام‌های کودک کاهش می‌دهد و منجر به ناتوانی در پاسخدهی حساس و اثربخش به نیازهای کودک می‌شود (۱۶). تنیدگی با تأثیر بالقوه‌ای که بر سلامت والد و کودک دارد، بهزیستی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۷). والدین تنیده، عواطف مثبت کمتر و عواطف منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۸). تنیدگی نه تنها می‌تواند کارایی و صلاحیت والدین را کاهش دهد (۱۹)؛ بلکه ممکن است به عواقب جدی‌تری مانند تضعیف سبک‌های والدگری، انضباط سخت، بی‌ثبات و حتی آزارگری نسبت به کودک منجر شود (۲۰-۲۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند تنیدگی والدگری بالاتر با مشکلات

1. Abidin

2. Seligman

آموزش‌هایی که مبتنی بر نظریات خارجی می باشد، نتوانسته است جوابگوی نیازهای والدین به ویژه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده باشد؛ به همین دلیل بسته آموزشی که مبتنی بر فرهنگ ایرانی اسلامی ویژه این مادران باشد می‌تواند زمینه‌ی بهتری را برای کمک و راهنمایی این گروه فراهم نماید. بدین سبب با توجه به تفاوت‌ها و شباهت‌هایی این دو مداخله در امر درمان و آموزش پژوهش حاضر در راستای بررسی این هدف پژوهشی مبنی بر مقایسه‌ی اثربخشی والدگری مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم با برنامه والدگری مثبت بر تنیدگی والدگری و سرمایه‌ی روان‌شناختی مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ساله‌ی مبتلا به اختلالات رفتاری برون‌سازی شده انجام شده است.

#### مواد و روش‌ها

این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان با شناسه (IR.IAU.KHUISF.REC.1400.284) تأییدیه دارد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی<sup>۲</sup> سه گروهی (دو گروه آزمون و یک گروه کنترل) و سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری) مبتنی بر مقایسه اثربخشی بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم با والدگری مثبت بر تنیدگی والدگری و سرمایه‌ی روان‌شناختی مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ساله‌ی مبتلا به اختلالات رفتاری برون‌سازی می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ساله‌ی مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده در شهر تهران در نیمه‌ی اول سال ۱۴۰۱ هستند که به دبستان‌ها و مراکز مشاوره و روانشناسی شهر تهران مراجعه کرده‌اند. با توجه به این که در تحقیقات آزمایشی و نیمه آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است، تعداد ۴۵ نفر بر اساس معیارهای ورود و خروج به صورت تصادفی انتخاب گردید. پس از نمونه‌گیری اولیه، این ۴۵ نفر به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. معیارهای ورود عبارت‌اند از: دامنه سنی والدین بین ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن کودکان دارای اختلالات رفتاری ۶ تا ۱۲ سال با کسب نمره ۶۰ و بالاتر به عنوان میانگین در بخش سؤالات اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده پرسشنامه اختلالات رفتاری آخنباخ، تمایل به شرکت داوطلبانه در جلسات مشاوره‌ای-آموزشی، عدم دریافت داروهای روان‌پزشکی که به صورت مصاحبه تشخیصی و سؤال مستقیم از مادران و کودکان مورد بررسی قرار گرفت. ملاک‌های خروج نیز عبارت‌اند از: عدم تمایل به ادامه جلسات از سوی والدین، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مشاوره‌ای-آموزشی، وجود اختلالات روان‌پزشکی حاد و بیماری جسمی حاد در مادران، شرکت هم‌زمان در جلسات آموزشی دیگر توسط مادران و کودکان. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های تنیدگی والدینی و سرمایه‌های روان‌شناختی است. قابل ذکر است که برای تشخیص اختلالات برونی‌سازی شده کودکان از فرم ویژه والدین پرسشنامه اختلالات رفتاری آخنباخ (۱۹۹۲) استفاده شد.

اختلال طیف اوتیسم تأثیر معناداری دارد (۳۷)؛ زینلی و ابوالحسن زاده (۱۴۰۰) در پژوهشی دیگر نیز نشان دادند که آموزش فرزندپروری مثبت به طور معناداری منجر به افزایش سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی، خوش‌بینی، تاب‌آوری و امیدواری) در نوجوانان شده است (۳۸).

بنابراین مداخلات خودیاری برای والدین به ویژه مادران به خاطر نقش و جایگاهی که دارند، اگر مبنای رفتاری و شناختی داشته باشند، به عنوان یک گزینه درمانی مؤثر برای بهبود شرایط مادران کودکان مبتلا به اختلالات بیرونی تلقی می‌شوند. در این بین رویکردهای غیر رفتاری به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ اما شواهد تجربی کمی دارند (۴). یکی از روش‌های آموزش مدیریت کودک، برنامه گروهی والدگری مثبت است که در راستای راهبردهای حمایت از خانواده توسط ساندرز (۲۰۰۲) ارائه شده است (۳۹). هدف این برنامه ارتقای خودکفایی و خودکارآمدی والدین در کنترل رفتار کودکان، پرورش محیط‌های با تعارض کمتر برای کودکان، در راستای افزایش آگاهی و نگرش مثبت والدین در تربیت فرزندانشان می‌باشد (۶). در این روش به والدین آموزش داده می‌شود که چگونه تعاملات مثبت با فرزندانشان را افزایش داده و از تعارض‌ها بکاهند و از روش‌های نامناسب والدگری بپرهیزند (۴۰)؛ بدین سبب این مداخله بیشتر بر آموزش تکنیک‌های رفتاری به مادران در تعامل با فرزند خود تأکید دارد و دارای ۵ ارزش است که شامل ایجاد یک محیط سالم و جذاب با افزایش تعامل مناسب با کودک، ارائه یک آموزش جذاب، تنظیم نظم و انضباط قطعی، داشتن انتظارات واقعی و توجه به نقش خود به عنوان یک پدر یا مادر می‌باشد (۴۱).

نتایج مطالعات دلالت بر این دارند که این برنامه می‌تواند برای درک والدین و از احساسات و رفتارهای فرزندانشان مفید باشد (۴۲). با این وجود به دلیل نداشتن تمرکز زیاد بر جنبه‌های شناختی ممکن است دارای کاستی‌هایی باشد، به همین دلیل نیاز به یک رویکرد جامع‌تر و منسجم‌تر احساس می‌شود که متناسب با فرهنگ و انتظارات جامعه مورد نظر باشد. یکی از نظریاتی که در چند سال اخیر مبتنی بر نظریات انسان‌گرایانه ارائه شده و مبتنی بر فرهنگ ایرانی است، نظریه انسان سالم<sup>۱</sup> است. نظریه انسان سالم در قالب ۱۲ ویژگی که هر یک، جنبه‌ای از خصوصیات انسان سالم را در محوریت معنا تبیین می‌کنند، شکل گرفته است که هر کدام به نحوی لازم و ملزوم و تکمیل‌کننده دیگری هستند (۴۳). لذا بدیهی است هرچه والدی در جهت دارا بودن این ویژگی‌ها، تکامل‌یافته‌تر باشد، به والد سالم مورد نظر در این نظریه نزدیک‌تر خواهد بود و والدی که از این ویژگی‌ها در راستای معنای اصیل زندگی خود و در تعامل با فرزند دارای مشکل رفتاری برخوردار باشند، بهتر می‌توانند به سلامت روان‌شناختی خود و در پی آن بهبود اختلالات رفتاری کودکان کمک کنند. با این وجود در ایران نیز تاکنون مطالعات گسترده‌ای بر اساس یک نظریه‌ای که کاملاً ایرانی و بومی متناسب با شرایط فرهنگ ایرانی و اسلامی باشد، انجام نشده است و خلأ پژوهشی در این زمینه مشهود می‌باشد. بدین سبب علاوه بر خلأ مطالعاتی و علمی در این زمینه، استفاده و به کارگیری

2. experimental

1. Healthy Human Theory

- پرسشنامه تنیدگی والدگری (PSI)<sup>۱</sup>: این پرسشنامه در پاسخ به نیاز متخصصان بالینی برای تهیه یک مقیاس معتبر به منظور اندازه گیری استرس در روابط والد و فرزند که در یک زمان محدود قابل اجرا باشد مستقیم از فرم بلند این مقیاس که توسط آبدین<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۳ تهیه شده بود، گرفته شد. مقیاس مذکور بر اساس این نظریه تهیه شده بود که استرس کلی که والدین تجربه می کنند، تابعی است از خصیصه های رفتاری کودک، ویژگی های شخصیتی والدین و فشارهای روانی محیط خانوادگی که مستقیماً به نقش والدگری مربوط است. فرم کوتاه مقیاس استرس والدین ۳۶ سؤالی است که شامل سؤالاتی است با همان عبارتهایی که مستقیم مستقیماً در فرم اصلی بلند ۱۰۱ سؤالی وجود دارد. این مقیاس طراحی شده بود تا علاوه بر ۳ زیرمقیاس آشفستگی والدینی (سؤالات ۱ تا ۱۲)، تعاملات ناکارآمد والد-فرزند (سؤالات ۱۳ تا ۲۴) و ویژگی های کودک مشکل آفرین (سؤالات ۲۵ تا ۳۶)، استرس کلی را اندازه گیری می کند. شیوه نمره گذاری به روش لیکرت از ۱ تا ۵ کاملاً موافق تا کاملاً مخالف انجام می شود که نمرات بالاتر نشان دهنده استرس بیشتر والدین می باشد. پایایی از طریق روش بازآزمایی روی ۵۳۰ نفر از مادران با فاصله زمانی ۶ ماهه انجام شد. ضریب همسانی درونی برای استرس کلی ۰/۸۴ به دست آمد. همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۸۹ و برای خرده مقیاس ها به ترتیب آشفستگی والدینی ۰/۷۸، تعاملات ناکارآمد والد-فرزند ۰/۷۲ و ویژگی های کودک مشکل آفرین ۰/۸۸ گزارش شده است (۴۴).

- پرسشنامه سرمایه روان شناختی (PCQ)<sup>۳</sup>: این پرسشنامه توسط لوتانز، آوی، آوولیو و پیترسون<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) جهت سنجش سرمایه های روان شناختی تدوین شده است که حاوی ۲۴ سؤال و ۴ خرده مقیاس خوش بینی، امید، تاب آوری و خودکارآمدی می باشد که هر یک از این خرده مقیاس ها با ۶ سؤال سنجیده می شوند. نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۶ عامل (کاملاً مخالفم- ۱ تا کاملاً موافقم- ۶) می باشد. همچنین سؤالات ۱۳، ۲۰ و ۲۳ به شکل معکوس نمره گذاری می شوند؛ بنابراین حداقل نمره در کل آزمون ۲۴ و برای هر زیر مقیاس ۶ و حداکثر نمره هر آزمودنی در این آزمون ۱۴۴ و حداکثر نمره برای هر زیر مقیاس ۳۶ می باشد. در یک بررسی مروری داوکینز، مارتین، اسکات و سندرسون<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) روی پژوهش های مختلف نشان داد که در مجموع پایایی بسیار بالایی در پژوهش های مختلف برای پرسشنامه سرمایه روان شناختی لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) گزارش شده است. صرامی، فروشانی، آخوندی، علیپور و اعراب شیبانی (۱۳۹۳) در کشور، این پرسشنامه را هنجاریابی کرده و پایایی آن را ۰/۸۵ گزارش کرده اند و پایایی کل سرمایه روان شناختی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. همچنین روایی پرسشنامه از روش تحلیل عاملی بر روی نمونه ۲۱۷ نفری از جامعه مشابه تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد کلیه بارهای عاملی مؤلفه های سرمایه روان شناختی در حد قابل قبولی (۰/۳) بودند (۴۵)

- پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک (CBCL)<sup>۶</sup>: این پرسشنامه توسط آخنباخ<sup>۷</sup> (۱۹۹۱) برای کودکان ۶ الی ۱۸ سال با ۱۱۳ عبارت اصلی که یک عبارت ۸ عبارت فرعی دارد که اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی، شکایت های جسمی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه در دو بعد اصلی اختلالات رفتاری درونی سازی شده (۴۳ عبارت) و برونی سازی شده (۶۰ عبارت) طراحی شده است. در این پرسشنامه تعداد ۱۷ عبارت سایر مشکلات را ارزیابی می کند، لذا در نمره گذاری اختلالات رفتاری درونی سازی شده و برونی سازی شده محاسبه نمی شوند. مقیاس مشکلات رفتاری برونی سازی شده شامل گویه های خرده مقیاس های رفتار قانون شکنی (RB) و رفتار پرخاشگری (AG) می باشد. مقیاس مشکلات کلی شامل همه ی گویه ها به جز گویه های ۲ و ۴ (آلرژی و آسم) می باشد. پاسخ دهنده (والدین) وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته را برای هر عبارت بر اساس مقیاس سه درجه ای لیکرت (نادرست- ۰ تا کاملاً درست- ۲) درجه بندی می کند. نمره ی کل ابزار با مجموعه نمره ی کل عبارت ها و نمره ی هر بعد با مجموعه نمره ی کل عبارت های آن بعد به دست می آید. لذا دامنه ی نمرات کل ابزار از ۰ تا ۲۴۰، بعد اختلالات رفتاری درونی سازی شده ۰ الی ۸۶ و بعد اختلالات رفتاری برونی سازی شده ۰ الی ۱۲۰ است و نمره ی بالاتر نشان دهنده ی اختلال رفتاری بیشتر در کودک می باشد. گلاسر<sup>۸</sup> (۲۰۱۱)، پایایی را با روش های بازآزمایی و آلفای کرونباخ برای کل ابزار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷، برای اختلالات رفتاری درونی سازی شده به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۰ و برای اختلالات رفتاری برونی سازی شده به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۴ گزارش کرد. این ابزار برای اولین بار در ایران توسط تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی شده است. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس ها با استفاده از روش آزمون- باز آزمون با یک فاصله زمانی ۸-۵ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که بعد از هماهنگی ها و گرفتن مجوزات لازم، ابتدا آزمودنی های هر ۳ گروه آزمایش ۱ و ۲ و کنترل، پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کردند. سپس آزمودنی های گروه آزمایش ۱ تحت مداخله ی والدگری مبتنی بر نظریه ی انسان سالم (۴۳) به مدت ۸ جلسه (جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه ای) که برای نخستین بار برای این مطالعه تدوین و اعتبارآزمایی شد، قرار گرفتند (جدول ۱) همچنین بر روی گروه آزمایش ۲ مداخله برنامه والدگری مثبت (۴۶) به مدت ۸ جلسه (جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه ای) به صورت حضوری و آنلاین اجرا شد (جدول ۲)؛ در حالی که اعضای گروه کنترل در این مدت زمان هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. در تدوین بسته والدگری مبتنی بر نظریه ی انسان سالم با اتکا بر چهارچوب نظری مطرح برای انسان سالم و مبتنی بر تحلیل شبکه مضامین قیاسی نظریه و پیشینه محور آتراید

5. Dawkins, Martin, Scott & Sanderson

6. Children behavior Check list

7. Achenbach

8. Glaser

1. Parenting stress index

2. Abidin

3. psychological capital questionnaire

4. Luthans, Avey, Avolio & Peterson

والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم، کفایت محتوایی و زمانی و کفایت چیدمان و ترتیب جلسات (کفایت فرایندی) بررسی شد و ضریب توافق ۰/۹۹ برای بسته آموزشی به دست آمد. به دنبال تأیید و توافق تخصصی اشاره شده، اعتبار درونی مقدماتی بسته آموزشی تدوین شده از طریق پژوهشی مقدماتی (پایلوت) بر متغیرهای تنیدگی والدگری و سرمایه روان‌شناختی بررسی و تأیید شد. پس از اتمام جلسات به عنوان پس‌آزمون و بعد از گذشت دو ماه آزمودنی‌های هر دو گروه به عنوان دوره‌ی پیگیری مجدداً مورد آزمون پرسشنامه‌های مذکور قرار گرفتند. جلسات آموزشی-مشاوره‌ای از تاریخ ۱۴۰۱/۶/۱۰ لغایت ۱۴۰۱/۹/۱ به صورت جداگانه در هر گروه توسط محقق (با کسب تجربه تدریس و انجام مطالعات و تسلط بر اصول آموزش والدگری مثبت و بسته تدوین شده) به صورت هفتگی دو جلسه برگزار گردید. داده‌های مربوط با استفاده از روش‌های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در سطح آمار توصیفی شاخص‌های گرایش مرکزی و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، استفاده شد.

استرلینگ (۲۰۰۱) ابتدا ۹ مضمون سازمان دهنده (جاری بودن، مهربانی با مخلوق، رضایت از زندگی و لذت بردن، شادی، فراشناخت، بخشش و گذشت، فراموشی، آرامش و معنا، امید) حول محور والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم به عنوان مضمون فراگیر در نظر گرفته شدند. سپس مضامین پایه و مصادیق توصیفی و تشریحی هر مضمون سازمان دهنده از منابع مربوطه استخراج شدند. سپس مبتنی بر نظریه انسان سالم با توجه به محتوا و گستره مضامین پایه و مصادیق، بسته آموزشی اولیه طراحی شد. پس از طراحی بسته آموزشی اولیه اساتید راهنما و مشاور بسته آموزشی را به دقت بررسی و اصلاحات اولیه در محتوای بسته آموزشی را ارائه کردند. با انجام اصلاحات داوران، بسته مجدد برای ۶ نفر از متخصصان دارای دکتری تخصصی روانشناسی با سابقه تدریس ارسال و درخواست شد تا با بررسی بسته ارسالی، تناسب محتوایی، فرایندی، زمانی و کفایت بسته ارسالی را برای آموزش والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم ارزیابی کنند. در این مرحله نیز نظرات اصلاحی شش داور در بسته آموزشی انجام گرفت. در مرحله نهایی نیز توافق بین داوران درباره بسته آموزشی درباره تناسب محتوایی با آموزش

جدول ۱- شرح محتوای بسته تدوین شده والدگری مبتنی بر انسان سالم

جلسات	اهداف	شرح محتوا
اول	معارفه و آشنایی، بیان قوانین جلسات و شناخت مفاهیم نظریه انسان سالم	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، صحبت درباره هدف تشکیل جلسات و نحوه برگزاری آن، توضیح و تعریف در خصوص مشکلات برونی‌سازی کودکان، توضیح درباره شیوه‌های والدگری و تربیت فرزند و بیان تفاوت این شیوه والدگری با آموزش‌های والدگری دیگر
دوم	شناخت توانایی فراشناخت	توضیح فراشناخت و حضور در لحظه، زندگی در زمان حال، تأثیر خودگویی‌ها و نشخوارهای فکری در رابطه با فرزند و دادن عکس‌العمل به رفتارهای آن، تغییر نگرش نسبت به فرزند و رفتار آن
سوم	آرامش و معنا، شادی و رضایت از زندگی	بیان اصل معنا و توضیح ویژگی‌های ذکرشده در حول و محور معنا، داشتن آرامش با وجود معنا، بحث درباره اهمیت داشتن قصد و معنا در زندگی ضمن اشاره به علائم افسردگی در افراد، کاهش اضطراب و تنیدگی مادران با تأکید بر ارزش‌هایشان مادر خوب بودن، کنار آمدن با فرزند دارای اختلال با استفاده از تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد، اشاره به فرزندپروری مثبت، راه‌های ایجاد شادی و رضایت از زندگی در رابطه با کودک دارای اختلال برونساز، افزایش روابط اجتماعی و تغییر نگرش منفی به مثبت
	شناخت توانایی جاری بودن	توضیح درباره مفهوم جاری بودن، ارائه مطالبی درباره انتظارات، خودکارآمدی و کفایت نقش والدینی، صحبت درباره چگونگی برخورد با کودک و رفتارهای آن (طراحی برنامه تقویت مثبت برای تغییر رفتار کودک در خانه، آموزش نحوه تشویق کودک هنگام انجام دادن یک رفتار مثبت)، مدیریت هیجان و رفتار در رابطه با کودک، به چالش کشیدن راهبردهای کنترل
پنجم	امید و امیدواری	تعریف توانایی امید، تأثیر امید بر رابطه والد-کودک، کاهش احساس درماندگی آموخته شده، صحبت درباره آینده کودک در بطن روابط والد-کودک
ششم	مهربانی با مخلوق	آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، تجربه مهربانی گرفتن از دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز ضعف‌ها و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه)، افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی با استفاده از مراقبه‌های درمانی، آموزش عشق ورزیدن و تنفس با احساس
هفتم	بخشش، گذشت فراموشی	توضیح درباره بخشش و گذشت و تغافل در برخورد با رفتارهای کودک، اصل تغافل در فرزند پروری

هشتم خلاصه و جمع‌بندی سالم بر اصل معنا و هدف، پاسخگویی به سؤالات والدین و تقدیر و تشکر برای شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون

جدول ۲- شرح محتوای جلسات والدگری مثبت

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	آشنایی با قوانین جلسات، آشنایی با برنامه والدگری مثبت	آشنایی با اعضای گروه و ایجاد رابطه، توضیح و تدوین قوانین اصلی برای گروه، توضیح درباره جنبه‌های مهم والدگری	ارزیابی فرزند پروری مادران
جلسه دوم	آشنایی با شیوه‌های مثبت	لزوم تعامل مثبت، بیان منطق تعامل مثبت با فرزند، اجزای اساسی تعامل مثبت، صرف مدت زمان خاص با فرزند، صحبت کردن با فرزند-محبت جسمانی و نشان دادن عواطف	صرف زمان با محتوا با فرزند، عواطف را نشان دهید.
جلسه سوم	نقش تشویق و تقویت	تشویق و تقویت رفتار مطلوب، انواع تقویت‌کننده‌ها، ایجاد حسن‌غور و افتخار شخصی در فرزند، توجه مثبت (کلامی و غیرکلامی)، امتیاز دادن و فعالیت‌های سرگرم‌کننده، لزوم تقویت رفتارهای مثبت نوجوان- انواع روش‌های تقویت (تقویت توصیفی - تقویت امتیازی تقویت القایی).	ارائه تقویت و توجه مثبت و روش‌های تقویت
جلسه چهارم	آموزش تکنیک‌های الگودهی	استفاده از آموزش اتفافی (در ارتباط با چه رفتارهایی است، اصول استفاده از این روش)، با ارائه مثال‌های بیشتر، تمرین تکنیک در گروه‌های کوچک، بحث و بازخورد، استفاده از روش الگوسازی، انواع مادران و تأثیر هر یک از این مادران بر کودک	به کارگیری تکنیک‌ها
جلسه پنجم	افزایش رفتار مطلوب با استفاده از جدول رفتاری	آموزش روش "پرس، بگو و انجام بده" - چه رفتارهایی را در برمی‌گیرد، چگونه و با چه اصولی از این روش استفاده کنیم، فراهم نمودن فعالیت‌های سرگرم‌کننده برای فرزندان، استفاده از جدول رفتاری.	به کارگیری جدول رفتاری
جلسه ششم	شیوه‌های جلوگیری از (رفتارهای نامطلوب ۱) آموزش بحث هدایت‌شده برای بهبود رفتار	ایجاد مقررات واضح و بدون ابهام در خانه، لزوم ایجاد مقررات، اصول اساسی در ایجاد مقررات، برخورد با زیر پا گذاشتن مقررات از طریق بحث هدایت‌شده، آموزش مراحل بحث هدایت‌شده.	به کارگیری مراحل بحث هدایت‌شده
جلسه هفتم	شیوه‌های جلوگیری از (رفتارهای نامطلوب ۲) کار روی پیامدها	انواع دستورها، اصول و نحوه دستور دادن- در نظر گرفتن پیامدهای منطقی، بیان منطق تکنیک، تفاوت پیامد منطقی با تنبیه- اصول اجرای پیامد منطقی، بی‌توجهی برنامه‌ریزی‌شده، بیان منطق تکنیک، برای چه رفتارهایی به کار می‌رود.	بازخورد شیوه‌های صحیح پیامدها
جلسه هشتم	شیوه‌های جلوگیری از (رفتارهای نامطلوب ۳) کاهش رفتارهای نامطلوب	استفاده از روش زمان سکوت- بیان منطق تکنیک، مراحل اجرای تکنیک، استفاده از روش محروم کردن موقت، بیان منطق تکنیک، تفاوت روش محروم کردن موقت با روش زمان سکوت، مراحل و نحوه به کارگیری تکنیک، جمع‌بندی	به کارگیری روش‌های رفتاری و تکنیک‌های این جلسه

**یافته‌ها**

گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $p > 0.05$ ). بیشتر مادران در گروه برنامه والدگری مثبت برابر با ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) تحصیلات کارشناسی داشته‌اند. در حالی که تحصیلات بیشتر مادران در گروه بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم بیشتر افراد نمونه تحصیلات دیپلم داشته‌اند که برابر با ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) هستند. در گروه کنترل نیز بیشتر افراد نمونه شامل ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) تحصیلات زیر دیپلم و همین تعداد تحصیلات دیپلم داشته‌اند. بر اساس آزمون خی دو بین تعداد افراد نمونه در گروه‌های تحصیلی در

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که در گروه برنامه والدگری مثبت، جنسیت ۶ نفر (۴۰ درصد) فرزندان افراد نمونه دختر و ۹ نفر (۶۰ درصد) پسر هستند در حالی که در گروه بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم، جنسیت ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) فرزندان افراد نمونه، دختر و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) پسر بوده‌اند. در گروه کنترل نیز ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دختر و ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) پسر بوده‌اند. بر اساس آزمون خی دو بین تعداد دختران و پسران در سه

بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم ۳۷/۸۷ سال و در گروه کنترل ۳۵/۶ سال بوده است. بر اساس آزمون تحلیل واریانس یک راهه سن مادر در سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $p > 0.05$ ). یافته‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش (برنامه والدگری مثبت، بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم) و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $p > 0.05$ ). مقطع تحصیلی بیشتر فرزندان در گروه والدگری مثبت برابر با ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) چهارم بوده است. در حالی که در گروه بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم همین تعداد در مقطع پنجم تحصیل می‌کنند. در گروه کنترل نیز ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) از فرزندان در کلاس پیش‌دبستانی و همین تعداد در کلاس دوم تحصیل می‌کنند. میانگین سنی افراد نمونه در گروه والدگری مثبت ۳۹/۵۳ سال، در گروه

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک سه گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تنیدگی والدگری	برنامه والدگری مثبت	۴/۹۷	۹۵/۰۶	۹۵/۷۳
	بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم	۷/۷۵	۹۵/۱۶	۹۵/۴۰
	کنترل	۶/۶۵	۱۱۰/۴۰	۱۱۰/۹۳
سرمایه‌های روانشناختی	برنامه والدگری مثبت	۱۶/۸۰	۱۰۳/۱۳	۱۰۱/۶۶
	بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم	۱۷/۶۲	۱۰۹/۴۶	۱۱۱/۴۰
	کنترل	۷/۰۴	۶۸/۴۰	۶۷/۳۳

ترتیب در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جامعه رد نشده و باقی‌مانده است؛ لذا این پیش‌فرض تأیید می‌شود (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد). همچنین پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماچلی در متغیرهای تنیدگی والدگری و سرمایه‌های روانشناختی ( $p = 0.001$ ) رد شده است ( $p < 0.05$ ). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در خصوص اثربخشی بسته‌های آموزشی بر تنیدگی والدگری در جدول ۴ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین سرمایه‌های روانشناختی در گروه‌های مداخله (برنامه والدگری مثبت، بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم) نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد؛ درحالی‌که میانگین نمرات تنیدگی والدگری کاهش داشته است. پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در همه متغیرهای پژوهش شامل تنیدگی والدگری (۰/۹۳۲، ۰/۲۱۴ و ۰/۹۶۸) و سرمایه‌های روانشناختی (۰/۱۰۱، ۰/۰۹ و ۰/۰۹۶) به

جدول ۴- نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در خصوص تنیدگی والدگری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر زمان	فرض کرویت	۲۳۵۸/۵۰۴	۲	۱۱۷۹/۲۵۲	۶۲/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶	۱
	گرین هاوس گیزر	۲۳۵۸/۵۰۴	۱/۳۵۱	۱۷۴۵/۷۵۳	۶۲/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶	۱
	هاین فلت	۲۳۵۸/۵۰۴	۱/۴۴۶	۱۶۳۰/۶۰۱	۶۲/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶	۱
	حد پایین	۲۳۵۸/۵۰۴	۱	۲۳۵۸/۵۰۴	۶۲/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶	۱
اثر زمان × گروه	فرض کرویت	۱۲۵۲/۰۳۰	۴	۳۱۳/۰۰۷	۱۶/۴۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹	۱
	گرین هاوس گیزر	۱۲۵۲/۰۳۰	۲/۷۰۲	۴۶۳/۳۷۳	۱۶/۴۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹	۱
	هاین فلت	۱۲۵۲/۰۳۰	۲/۸۹۳	۴۳۲/۸۰۸	۱۶/۴۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹	۱
	حد پایین	۱۲۵۲/۰۳۰	۲	۶۲۶/۰۱۵	۱۶/۴۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹	۰/۹۹۹

پژوهش برابر با ۰/۵۹۶ یا ۵۹/۶ درصد و معنی‌دار است همچنین تفاوت نمرات این متغیر در سه مرحله از پژوهش در سه گروه معنی‌دار است که نشان می‌دهد روند تغییر نمرات در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی‌داری دارند و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش برابر با ۰/۴۳۹ یا ۴۳/۹ درصد است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در هر چهار آزمون در اندازه‌های تکراری بین میانگین نمرات تنیدگی والدگری در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری به طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.001$ )، همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در این متغیر نیز معنی‌دار به دست آمده است ( $p < 0.001$ )؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات تنیدگی والدگری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه



جدول ۵- نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه میانگین نمرات تنیدگی والدگری در مراحل پژوهش

مراحل	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای انحراف استاندارد	t	معنی‌داری	حجم اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	برنامه والدگری مثبت	۴/۵۳۳	۲/۳۹۷	-۱/۸۹۱	۰/۰۶۵	۰/۰۷۸	۰/۴۵۶
	بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم	۰/۱۳	۲/۳۹۷	۰/۱۱	۰/۹۷۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
پس‌آزمون	برنامه والدگری مثبت	۴/۵۳۳	۲/۳۹۷	۱/۸۹۱	۰/۰۶۵	۰/۰۷۸	۰/۴۵۶
	بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم	-۱۵/۳۳	۲/۶۶۰	-۵/۷۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۲	۱
پیگیری	برنامه والدگری مثبت	-۱۵/۳۳	۲/۶۶۰	-۵/۷۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۱	۱
	بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم	۰/۱	۲/۶۶۰	۰/۰۹	۰/۹۹۳	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
پیگیری	برنامه والدگری مثبت	-۱۵/۲۰	۲/۳۳۱	-۶/۵۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳	۱
	بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم	-۱۵/۵۳	۲/۳۳۱	-۶/۶۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴	۱
	برنامه والدگری مثبت	-۰/۳۳۳	۲/۳۳۱	-۰/۱۴۳	۰/۸۸۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲

دو روش برنامه والدگری مثبت و بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم در بهبود تنیدگی والدگری نتایج نشان داده است که تفاوت دو گروه در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر معنی‌دار نیست ( $p > 0.05$ )؛ به عبارت دیگر بین دو روش آموزشی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در بهبود تنیدگی والدگری تفاوت معنی‌داری ندارد. مقایسه میانگین نمرات تنیدگی والدگری در مراحل پژوهش در دو گروه آزمایش (والدگری مثبت و والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم) و کنترل با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهد، در متغیر تنیدگی والدگری تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون در سه گروه غیرمعنی‌دار است؛ اما در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه کنترل با گروه برنامه والدگری مثبت ( $p < 0.001$ ) و گروه بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم ( $p < 0.001$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان می‌دهد میزان تأثیر برنامه والدگری مثبت بر بهبود تنیدگی والدگری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۴۴/۲ و ۵۰/۳ درصد حاصل شده است. تأثیر بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم در بهبود تنیدگی والدگری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۴۴/۱ و ۵۱/۴ درصد حاصل شده است. در مقایسه

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات تنیدگی والدگری در مراحل پژوهش به تفکیک سه گروه

گروه	مراحل	تفاوت میانگین	معنی‌داری	گروه	مراحل	تفاوت میانگین	معنی‌داری
برنامه والدگری مثبت	پس‌آزمون	۱۱/۲	۰/۰۰۱	کنترل	پس‌آزمون	۰/۴	۰/۹۴۸
	پیش‌آزمون	۱۰/۵۳	۰/۰۰۱		پیش‌آزمون	-۰/۱۳۳	۰/۹۹۳
	پیگیری	-۰/۶۶۷	۰/۹۹۷		پیگیری	-۰/۵۳۳	۰/۹۲۳
بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم	پس‌آزمون	۱۵/۷۳	۰/۰۰۱	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۴	۰/۹۴۸
	پیش‌آزمون	۱۵/۴	۰/۰۰۱		پیش‌آزمون	-۰/۱۳۳	۰/۹۹۳
	پیگیری	-۰/۳۳	۰/۹۹۹		پیگیری	-۰/۵۳۳	۰/۹۲۳

در مرحله پیگیری، بین اثربخش این دو مداخله در کاهش تنیدگی والدگری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برای بررسی اثربخشی بسته های آموزشی بر سرمایه های روانشناختی در جدول ۷ ارائه شده است.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات تنیدگی والدگری در سه مرحله به تفکیک سه گروه در جدول ۷ نشان داده است که ضمن معنی‌داری تأثیر هر دو مداخله برنامه‌ی والدگری مثبت و بسته‌ی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم در کاهش تنیدگی والدگری در مرحله پس‌آزمون و باقی ماندن اثرات این مداخلات

جدول ۷- نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در خصوص سرمایه‌های روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر زمان	فرض کرویت	۱۲۷۴۵/۴۳۷	۲	۶۳۷۲/۷۱۹	۷۶/۱۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵	۱
	گرین هاوس گیزر	۱۲۷۴۵/۴۳۷	۱/۱۱۳	۱۱۴۵۴/۵۶۴	۷۶/۱۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵	۱
	هاین فلت	۱۲۷۴۵/۴۳۷	۱/۱۷۶	۱۰۸۴۰/۷۰۵	۷۶/۱۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵	۱
	حد پایین	۱۲۷۴۵/۴۳۷	۱	۱۲۷۴۵/۴۳۷	۷۶/۱۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵	۱
اثر زمان × گروه	فرض کرویت	۷۲۰۲/۹۱۹	۴	۱۸۰۰/۷۳۰	۲۱/۵۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶	۱
	گرین هاوس گیزر	۷۲۰۲/۹۱۹	۲/۲۲۵	۳۲۳۶/۶۹۹	۲۱/۵۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶	۱
	هاین فلت	۷۲۰۲/۹۱۹	۲/۳۵۱	۳۰۶۳/۲۴۲	۲۱/۵۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶	۱
	حد پایین	۷۲۰۲/۹۱۹	۲	۳۶۰۱/۴۵۹	۲۱/۵۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶	۱

همچنین تفاوت نمرات این متغیر در سه مرحله از پژوهش در سه گروه معنی‌دار است که نشان می‌دهد روند تغییر نمرات در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی‌داری دارند و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش برابر با ۰/۵۰۶ یا ۵۰/۶ درصد است. مقایسه میانگین نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی در مراحل پژوهش در دو گروه آزمایش (والدگری مثبت و والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم) و کنترل با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۸ ارائه شده است.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که هر چهار آزمون در اندازه‌های تکراری بین میانگین نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری به طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.001$ )، همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در این متغیر نیز معنی‌دار به دست آمده است ( $p < 0.001$ )؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش برابر با ۰/۶۴۵ یا ۶۴/۵ درصد و معنی‌دار است.

جدول ۸- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی در مراحل پژوهش به تفکیک سه گروه

گروه	مراحل	تفاوت میانگین	معنی‌داری	گروه	مراحل	تفاوت میانگین	معنی‌داری
برنامه والدگری مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۰۰۱	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۹۹۸
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱		پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۷۲۴
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۹۸		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۹۵
بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۰۰۱	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۹۹۸
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱		پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۷۲۴
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۳۲		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۹۵

این بود که هر دو بسته آموزشی بر کاهش تنیدگی والدگری تأثیر معناداری داشته است. همچنین در کاهش تنیدگی والدگری در مرحله پس‌آزمون و باقی ماندن اثرات این مداخلات در مرحله پیگیری، بین اثربخش این دو مداخله در کاهش تنیدگی والدگری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. نتایج به دست آمده مبنی بر اثربخشی والدگری مثبت هم راستا با یافته پژوهش‌های فرشاد و همکاران (۱۳۹۷) که نشان دادند آموزش والدگری مثبت مبتنی بر روی آورد ساندروز بر افزایش شادزیستی و کاهش تعارض والد-فرزند دانش آموزان تأثیر معنی‌داری دارد؛ کبیری و کلانتری (۱۳۹۷) که نشان دادند آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش شدت تنیدگی والدینی و بهبود روابط مادر-کودک مؤثر بوده است (۴۷)؛ رضایی و همکاران (۱۳۹۶) که نشان دادند آموزش والدگری مثبت بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان، استرس والدگری و خودکارآمدی والدگری مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی تأثیر دارد (۴۸)؛

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی در گروه‌های مداخله (برنامه والدگری مثبت، بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم) در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است ( $p < 0.001$ )؛ اما تفاوت میانگین نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه برنامه والدگری مثبت معنی‌دار به دست نیامده است ( $p > 0.05$ )؛ اما در گروه بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم معنی‌دار است ( $p < 0.05$ ).

#### نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی والدگری مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم با برنامه والدگری مثبت بر تنیدگی والدگری و سرمایه‌ی روان‌شناختی مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ساله‌ی مبتلا به اختلالات رفتاری برون‌سازی شده بود. نتایج به دست آمده بیانگر

مؤمنی و تازیکی (۱۳۹۶) که نشان دادند که برنامه فرزندپروری مثبت باعث بهبود روابط والد فرزند و کاهش تنیدگی والدینی می شود (۴۹)؛ اونز، هاسکت و نوروالک (۲۰۱۹) که نشان دادند مداخله برنامه تربیت سه گانه **P- Positive Parenting** برای بهبود سلامت روان والدین به ویژه والدین دارای کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری می تواند مفید و مؤثر واقع شود، می باشد (۵۰). آموزش والدگری مثبت با آموزش به کار بردن مناسب تقویت کننده های عینی، تشویق کننده های کلامی متناسب با رفتار کودک در هر موقعیت و آموزش والدین در ایجاد فعالیت های سرگرم کننده، از حفظ حالت مراقبت دائمی والدین از کودک می کاهد و از این طریق سطح تنش حاصل را در روابط والد-کودک به طرز قابل توجهی کاهش می دهد و موجب کاهش تنیدگی والدگری می شود. این برنامه واکنش های عاطفی مضطرب کننده را که شامل افسردگی، عصبانیت، اضطراب و سطح بالای استرس است را مورد بررسی قرار می دهد و باعث کاهش تعارضات بین والدین و فرزندان آن ها می شود (۵۱). تبیین دیگر این است که آموزش والدگری مثبت از طریق فراهم کردن اطلاعات مناسب درباره شرایط و اختلال کودک و نحوه رفتار مناسب با او نقش مهمی در کاهش تنیدگی والدگری دارد. این برنامه آموزشی باعث می شود که والدین شرایط و اختلال کودک و خانواده خود را بپذیرند و از طریق برنامه ی والدگری مثبت نقش مؤثری در بهبود شرایط داشته باشند و بتوانند میزان مشکلات روان شناختی خود و خانواده خود را کاهش دهند (۵۲)؛ بنابراین این مداخله بر اساس راهبردهای بیان شده می تواند از طریق بهبود روابط والد-فرزند باعث کاهش تنیدگی مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی سازی، شود. به طور کلی می توان گفت که افزایش آگاهی و اطلاعات از اختلالات رفتاری برونی سازی شده و نیز دستیابی به مهارت هایی در خصوص رفتار با کودک باعث شده است مادران، رفتارهای کودک را کمتر استرس زا بدانند؛ یعنی ادراک مادران از چگونگی پیامد یک کیفیت خلقی خاص در فرزندانشان تغییر کرده است و آموزش مادران، آنان را در چگونگی کمک به سازمان دهی فرزندشان در خصوص وضعیت محیطی، توسعه مهارت های حل مسئله کمک می کند و به آن ها یاد می دهد که واکنش مطلوب به رفتارهای کودک نشان دهند و از روش های منظم و آرام سازی استفاده کنند که تمرین همین روش ها از میزان احساس تنیدگی مادران می کاهد.

در خصوص تائید همسویی و ناهمسویی اثربخشی بسته ی مبتنی بر نظریه انسان سالم سوانیک پژوهشی به دلیل نوین بودن بسته ی تدوین شده، موجود نمی باشد. با این حال در بسته های نزدیک به اصل معنا و ویژگی های مختص نظریه انسان سالم در مورد متغیر تنیدگی و استرس والدینی مطالعاتی انجام گرفته است از جمله پژوهش های اکبری و همکاران (۵۳) که نشان دادند درمان فراشناخت موجب کاهش استرس والدگری و ارتقای شفقت به خود مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون کنشی شده است و این اثر در مرحله پیگیری نیز ماندگار است؛ تردست و همکاران (۵۴) که به این نتایج دست یافتند آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش پذیرش، ذهن آگاهی و حرکت در جهت ارزش های فرزندپروری والدین می تواند باعث کاهش استرس فرزند پروری آن ها شود؛ مهدی

پور پيله و همکاران (۵۵) که نشان دادند آموزش بخشایشگری باعث بهبود سلامت روانی مادران کودکان با اختلال رفتاری شده است؛ زمانی فروشانی و همکاران (۵۶) که نشان دادند برنامه آموزشی تعامل مبتنی بر شفقت در رابطه مادر- کودک، منجر به بهبود رابطه مادر- کودک و کاهش تنش والدگری مادران شده است؛ فضلی و سجادیان (۵۷) که به این نتایج دست یافتند آموزش فرزند پروری ذهن آگاهانه بر کاهش مشکلات رفتاری کودک و استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی مؤثر است که با یافته های پژوهش حاضر همسو و هماهنگ می باشد. اثربخشی بسته ی مبتنی بر نظریه انسان سالم بر کاهش تنیدگی والدگری از چندین راه قابل تبیین می باشد. نخست آنکه در این بسته با آموزش ویژگی آرامش در رابطه با معنا با استفاده از تکنیک های شناسایی ارزش های فردی و ایجاد موقعیت های آرامش و سرگرمی، خودگویی های مثبت، معاشرت و تعامل با انسان های آرام و تصویرسازی و تصور کردن موقعیت های آرامش موجب تقویت روابط بین فردی و تغییر خودگویی های منفی که باعث استرس و تنش می شوند به خودگویی های مثبت گردید که در نهایت باعث کاهش تنیدگی والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات رفتاری برونی سازی شده است. دومین دلیل دلالت بر این دارد که با رسیدن مادران به این بینش و آگاهی که زندگی آنان باید در راستای معناها و اهدافشان باشد و یک انسان سالم چون آرامش لازم را دارد، در عکس العمل در برابر رفتارهای آزاردهنده فرزند و بحران های به وجود آمده با اتکا به معناهای خویش، درجه ی تاب آوری و تحمل پذیری خود را افزایش می دهد (۴۳)؛ بدین سبب مادران با در نظر گرفتن معناهای اصیل خود در برابر رفتارهای فرزند خود عکس العمل نشان دادند و همین تغییر عکس العمل مادران در راستای معناهایشان به جای رفتار کودکشان باعث کاهش احساس تنیدگی در آنان شده است. سومین دلیل مؤثر بودن بسته ی مبتنی بر نظریه انسان سالم بر کاهش تنیدگی والدگری، آموزش تکنیک ویژگی های بخشش بدون چشم داشت و گذشت و فراموشی، می باشد. در این راستا در پژوهشی نشان داده شد به دنبال بخشش، افراد می توانند هیجانات منفی خود همچون عصبانیت، اضطراب و افسردگی را کاهش و هیجانات مثبت را افزایش دهند (۵۸). بدین سبب درمانگر با آموزش تکنیک های اصل تغافل در فرزندپروری، آشنایی با اجزای اصلی بخشایش، تکنیک بخشش و چشم پوشی از رفتار نادرست کودک و بیان افکار، احساسات و رفتارهای مورد نظر درباره ی موضوع با افراد دیگر (۴۳) موجب تسهیل کنترل هیجانات منفی، افزایش بخشش و گذشت در برابر رفتارهای نامناسب کودک و افزایش آرامش و احساس رضایت و شادی درونی و متعاقباً کاهش احساس تنیدگی مادران گردید. علاوه بر موارد ذکر شده، گروهی بودن این جلسات و هم صحبتی مادران با یکدیگر در خصوص رفتارهای فرزندان و احساساتشان باعث می شود که یک احساس همدلی و یگانگی بین آنان به وجود آید و همین تبادل نظرات و تجارب یک عامل تسهیل گر بیرونی در خصوص کاهش تنیدگی والدینی باشد. چهارمین دلیل در تبیین این بسته وجود آموزش ویژگی عشق به مخلوق و مهربانی با خود است. در این بسته با بیان پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات

عقب مانده ذهنی در مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی و تاب‌آوری بهبود معنی‌داری داشته باشند، هم راستا می‌باشد. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان بیان کرد والدین کودکان دارای اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده، احساس ناامیدی در مورد درمان و آینده روانی کودکان دارند (۷-۶۰) و همچنین این والدین وقتی کودکان را با کودکان عادی مقایسه می‌کنند، از آینده فرزندشان ناامید شده و به دلیل داشتن چنین کودکی خود را سرزنش کرده و احساس گناه می‌کنند (۶۱). علاوه بر موارد بیان شده والدین کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی غالباً در سبک تربیت فرزند خود بسیار آمرانه و منفی‌باف هستند (۶۲)؛ بنابراین این والدین با احساسات ناامیدی و نداشتن خوش‌بینی روبرو هستند که بر میزان تاب‌آوری آنان نیز در برابر رفتارهای فرزندشان تأثیر می‌گذارد؛ به طوری که مادران به جای اینکه با فرزند خود به طور منعطف و صبورانه برخورد کنند با او بدرفتاری می‌کنند و همین بدرفتاری‌ها به اختلال بیشتر فرزندشان دامن می‌زند (۶۲). این در حالی است که کودکان دارای مشکلات رفتاری به والدین صبور و کاردار نیاز دارند تا بتوانند با کودکان خود درست و معقول رفتار کنند (۶۳). کمبود سرمایه‌های روان‌شناختی (امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی) مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات رفتاری بر روابط دوسویه‌ی مادر-کودک اثر گذاشته و مادران را نسبت به اختلالات روان‌شناختی آسیب‌پذیر می‌کند و باعث مشکلات رفتاری بیشتر فرزندشان نیز می‌شود؛ بنابراین برنامه والدگری مثبت می‌تواند تغییرات بزرگی در خانواده‌ها ایجاد کرده و به مادران کمک کند تا دریابند که وقتی به روش‌های جدید حرف بزنند، فکر کنند و عمل کنند، نتایج بهتری در احساس و تفکر خود نیز خواهند داشت. بدین سبب در جلسات مداخله‌ای چند سطحی والدگری مثبت با هدف افزایش دانش، مهارت‌ها و اعتمادبه‌نفس والدین (۶۴) به مادران آموزش داده شد که با استفاده از روش‌های رفتاری و تقویت رفتارهای مثبت کودک می‌توانند باعث افزایش رفتارهای سالم و مناسب کودک متناسب با موقعیت شوند و همین تغییر رفتار می‌تواند در محیط‌های گوناگون ادامه‌دار باشد و باعث گردد تا مادران با تغییر نگرش و شیوه‌های رفتاری خود در برابر فرزندشان به آینده او امیدوار و خوش‌بین شوند و تاب‌آوری بیشتری از خود نشان دهند که در نهایت باعث احساس خودکارآمدی بالاتری در مادران این کودکان می‌شود. همچنین استفاده از روش‌های آموزشی فعال مانند مدل‌سازی، تمرین، بازخورد و هدف‌گذاری در تمام طول دوره باعث شد که مادران بیشتر در تعامل با فرزند خود قرار گیرند و با تغییر نگرش نسبت به فرزند خود و رفتارهایش با افزایش دانش و مهارت، تغییر شیوه‌های تربیتی از مستبدانه یا سهل‌گیرانه به شیوه مقتدرانه، سرمایه روان‌شناختی‌شان بهبود یابد. در نتیجه، با ارائه برنامه آموزشی گروهی والدگری مثبت، مادران توانستند به روش‌های مؤثر بسیاری برای مقابله با مشکلات رفتاری کودک دست یابند (۶۵) که همین باعث افزایش مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی (امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی، تاب‌آوری) در مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده است.

همچنین یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی بسته‌ی نظریه انسان سالم بر افزایش سرمایه روان‌شناختی با چندین دلیل قابل تبیین می‌

خودتخریب‌گرانه، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی با استفاده از مراقبه‌های درمانی، آموزش عشق ورزیدن با استفاده از تکنیک‌های نظریه انسان سالم در راستای این ویژگی، باعث می‌شود انسان سالم در جستجوی معنا و برای رسیدن به انسان سالم تلاش کند تا شرایط را به گونه‌ای تغییر دهد که برایش تا جایی که معقول است و امکان دارد، رضایت‌بخش باشد و اگر قادر به کنترل و تغییر شرایط نیست، لاقلاً خودآزایی نکرده و با رضایت بیشتری شرایط موجود را بپذیرد (۴۳)؛ بنابراین در مانگر برای مادران در جلسه هفتم بیان کرد که بدبختی آن‌ها فقط به خاطر عوامل بیرونی نیست بلکه به خاطر باورهای غیرمنطقی و طرز تلقی شان از وقایع ناگوار و رفتارهای فرزندشان است؛ مادران به خاطر نقش مادری خود دارای احساس محبت و دلسوزی نسبت به فرزند خود هستند و عاشق او می‌باشند؛ اما به خاطر رفتارهای آزاردهنده و غیرقابل کنترل آن‌ها دچار تعارض و دوگانگی و در نهایت خستگی و بار روانی می‌شوند؛ لذا با مطرح شدن ویژگی‌های انسان سالم در خصوص ویژگی عشق به مخلوق و مهربانی با خود و تمرین کاربرگ‌های خانگی در جلسات، تنیدگی مادران کاهش یافت. در خصوص عدم تفاوت بین اثرات این مداخلات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌توان اشاره کرد که در هر دو مداخله با افزایش سطح دانش، مهارت‌ها و اعتمادبه‌نفس مادران روبرو بوده‌ایم که خود می‌تواند به خاطر ارتقای آگاهی مادران در خصوص مشکلات فرزند خود و روش‌های تربیتی تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشده باشد. از طرفی دیگر مادران در جلسات آموزشی با مشکلات و مسائل یکدیگر آشنا شدند و به تبادل نظر و عقاید پرداختند که همین مشارکت گروهی باعث اثربخش بودن این دو مداخله بر کاهش تنیدگی مادران بوده است اما به خاطر اینکه در هر دو بسته بر انجام تکنیک‌ها، بحث آزاد و تبادل نظرات تأکید شده است، تفاوتی بین اثربخشی دو بسته وجود ندارد.

یافته دیگر پژوهش نشان دهنده این بود که ضمن معنی‌داری تأثیر هر دو مداخله برنامه‌ی والدگری مثبت و بسته‌ی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم در افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون و باقی ماندن اثرات این مداخلات در مرحله پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان می‌دهد در مرحله پس‌آزمون اثربخشی هر دو درمان برابر است؛ اما در مرحله پیگیری بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم در افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی اثربخش‌تر از برنامه والدگری مثبت بوده است. در تأیید همسویی و ناهم‌سویی یافته به دست آمده می‌توان بیان کرد علیرغم اینکه تعدادی از مطالعات قبلی اثربخشی والدگری مثبت را ارزیابی کرده‌اند تا کنون هیچ مطالعه‌ای وجود ندارد که اثرات مداخلات والدگری مثبت و نظریه انسان سالم را بر سرمایه روان‌شناختی والدین کودکان دارای مشکلات رفتاری در یک مطالعه بررسی کرده باشد؛ اما در بسته‌های نزدیک به این بسته‌ها در خصوص ابعاد سرمایه‌های روان‌شناختی و نمونه‌های دیگر مطالعاتی انجام شده است از جمله روحی مطلق و همکاران (۳۶)؛ باقری و موسوی (۳۷)؛ زینلی و ابوالحسن زاده (۳۸) همسویی باشد. همچنین با نتایج پژوهش کنعانی و گودرزی (۵۹) در پژوهشی نشان دادند که معنا درمانی اسلامی سبب می‌شود مادران کودکان

به دلیل اینکه بسته آموزشی مبتنی بر نظریه انسان سالم مطابق با فرهنگ ایرانی تدوین شده است، موجب فراگیری عمیق تر و انسجام مطالب آموزشی در ذهن فراگیران شده است که همین امر موجب ماندگاری بیشتر تأثیر این بسته در طول زمان بر سرمایه روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات رفتاری برونی سازی شده است. همچنین توجه به اصل معنا و ۹ ویژگی به دست آمده آن در پژوهش حاضر که امید که یکی از ابعاد سرمایه روان‌شناختی یکی از ویژگی‌های خاص نظریه انسان سالم است، خود دلیلی بر اثربخشی بیشتر این بسته آموزشی نسبت به والدگری مثبت در مرحله پیگیری می‌باشد.

با وجود اعمال کنترل‌های لازم در پژوهش حاضر، این پژوهش نیز همانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله: این مطالعه محدود به مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده در شهر تهران بود و تعمیم نتایج آن به سایر مادران و کودکان دارای مشکلات رفتاری درون‌سازی شده باید با احتیاط انجام شود. از آنجایی که متقاعد کردن پدران ایرانی برای شرکت در چنین برنامه‌هایی به دلیل موانع فرهنگی بسیار دشوار است؛ بنابراین یکی دیگر از محدودیت‌هایی پژوهش حاضر این بود که در این پژوهش فقط مادران تحت آموزش قرار گرفتند. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات از پرسش‌نامه استفاده شده است که جنبه خود گزارش دهی دارد و ممکن است مادران به خاطر حس مادرانه در جواب دادن صادقانه ملاحظه کرده که نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد؛ بنابراین با توجه به محدودیت‌های ذکر شده پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر بر روی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده، اختلالات یادگیری و اوتیسم انجام شود و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه گردد. همچنین در پژوهش‌های بعدی، پدران کودکان دارای اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده نیز به همراه مادران در دوره آموزشی شرکت کنند و پژوهش‌های بیشتری در رابطه با موضوع پژوهش انجام و بررسی‌های گسترده‌تری در چندین مرکز با نمونه بزرگ‌تر انجام شود و تداوم اثر این روش درمانی در مدت زمان بیشتری پایش شود. همچنین توجه به تفاوت‌های فرهنگی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پرسش‌نامه‌های بومی درباره این متغیرها تهیه و مورد بررسی قرار گیرند.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی دکتری مشاوره با کد و مصوب دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) است. از مادران شرکت کننده و کسانی که به نحوی در گردآوری این مقاله همکاری داشتند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

#### تضاد منابع

هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

باشد: اول اینکه در جلسه ششم به ویژگی امید و امیدواری در نظریه انسان سالم پرداخته شد که خود یکی از ابعاد سرمایه روان‌شناختی می‌باشد. درمانگر با استفاده از تکنیک ارزیابی میزان خوش‌بینی و بدبینی، شناسایی عوامل استرس‌زا و درماندگی آموخته شده و حذف استرسورها باعث تقویت خوش‌بینی و احساس خودکارآمدی و نهایتاً امیدواری در مادران این کودکان شد. همچنین پیامدهای امید، خشنودی، لذت، خوش‌بینی، احساس موفقیت، احساس اینکه خدا با من است و انجام تشکر و سپاسگزاری است که هر کدام به نوعی تقویت کننده حس امید و امیدواری در فرد می‌شوند. از دیدگاه این نظریه (انسان سالم) امید حلقه‌ی واسط بین معنا و انگیزه است. امید قبل از انگیزه قرار دارد و زمانی که انگیزه به خودی خود آن قدر توانایی ندارد که به انگیزش تبدیل شود، امید این توانایی را در او ایجاد می‌کند (۴۳). امید و معنای زندگی با یکدیگر رابطه دارند، به طوری که امید را یکی از مؤلفه‌های معنا می‌دانند. همچنین معنا جویی در ارتباط با موقعیت‌های بحرانی مانند کنار آمدن با مشکلات رفتاری فرزند نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند. معناجویی سبب معنی‌دار شدن زندگی برای مادر می‌شود و از این طریق به او در سازگاری با شرایط استرس‌زا کمک می‌کند. همچنین معناجویی می‌تواند با ایجاد معنا و مسئولیت در فرد، توان مقابله با مشکلات و سطح تاب‌آوری را در زندگی افزایش دهد (۶۶)؛ بنابراین در این جلسات برای مادران توضیح داده شد که امیدوار و خوش‌بین بودن به آینده و بهبود رفتارهای کودک می‌تواند به ایجاد انگیزه و تبدیل به انگیزش کمک کند و این امر باعث می‌شود که آن‌ها در راستای رسیدن به هدف خود (که بیشتر مادران تربیت فرزند سالم را بیان کردند) تلاش کنند که همین مسئله بر افزایش میزان تاب‌آوری مادران نیز تأثیر می‌گذارد. دومین دلیل اثربخشی مداخله انسان سالم بر بهبود سرمایه روان‌شناختی می‌تواند این باشد که ویژگی مهربانی با خود با تعدیل باورهای غیرمنطقی در خصوص نقش مادری و رفتار فرزندشان و ویژگی امیدواری با قانع بودن و زیستن در اینجا و اکنون با مطمئن بودن از فردایی روشن و نداشتن نگرانی نسبت به آینده می‌تواند در بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی مادران اثرگذار باشد. همچنین به نظر می‌رسد اکتساب و کاربرد کاربرگ‌های خانگی مبتنی بر نظریه انسان سالم در این شرایط به مادران کمک کرد تا به همه جوانب موقعیت‌ها فکر کنند و نسبت به تحمل فشارها و استرس‌های ناشی از داشتن فرزند مبتلا به اختلالات رفتاری برونی سازی شده پاسخ مناسب‌تری از خود نشان دهند و راهکارهای ارائه شده را بهتر پذیرفته و به آن عمل کنند (۶۷). علاوه بر موارد ذکر شده در خصوص یافته به دست آمده مبنی بر اینکه بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم در مرحله پیگیری بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی اثربخش‌تر از برنامه والدگری مثبت بوده است، می‌توان بیان کرد نظریه انسان سالم هم بر شناخت، هم بر رفتار و هم بر هیجانات تأکید دارند؛ در حالی که آموزش والدگری مثبت تمرکز بر مدیریت رفتار دارد و از آنجایی که متغیر سرمایه روان‌شناختی دارای ۴ بعد (امید، خودکارآمدی، خوش‌بینی و تاب‌آوری) می‌باشد که بیشتر بر جنبه تفکر و شناختی تأکید دارد، آموزش بسته انسان سالم به خاطر چندوجهی بودن تأثیر پایدارتری نسبت به آموزش والدگری مثبت در طول زمان داشته است. همچنین

7. Zemestani M, Gholizadeh Z, Alaei M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Anxiety of ADHD Childrens' Mothers. *Quarterly Journal of Psychology of Exceptional People*. 2017; 8(29): 61-84 [in Persian].
8. Borden L. A, Hankinson J. Perry-Parrish C, Reynolds E. K, Specht M. W. Ostrander R. Family and maternal characteristics of children with co-occurring ADHD and depression. *Journal of attention disorders*. 2016. 1087054716666321.
9. Sairanen E, Lappalainen R, Lappalainen P, Kaipainen K, Carlstedt F, Anclair M, Hiltunen A. Effectiveness of a web-based Acceptance and Commitment Therapy intervention for wellbeing of parents whose children have chronic conditions: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2019; 13: 94-102.
10. Ward K. P, Lee S. J. Mothers' and fathers' parenting stress, responsiveness, and child wellbeing among low-income families. *Children and Youth Services Review*. 2020; 116: 105218.
11. Lionetti F, Pastore M, Barone, L. Parenting stress: the roles of attachment states of mind and parenting alliance in the context of adoption. *Parenting*. 2015; 15(2): 75-91.
12. MOHAMMADI M, TAHMASIAN K, GHANBARI S, FATHABADI J. EFFICACY OF MINDFUL PARENTING PROGRAM ON PARENTING STRESS AND PARENTAL SELF-EFFICACY AMONG HIGH CONFLICT ADOLESCENTS' MOTHERS. *DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY (JOURNAL OF IRANIAN PSYCHOLOGISTS)*. 2018; 14(56): 419-433 [in Persian]. Available from: <https://sid.ir/paper/101336/en>.

## ملاحظات اخلاقی

مطالعه‌ی حاضر در کمیته اخلاق در پژوهش با کد IR.IAU.KHUISF.REC.1400.284 تایید و ثبت شده است.

## حمایت مالی

پژوهش حاضر با حمایت مالی نویسنده اول تهیه شده است.

## References

1. Riise E. N, Wergeland G. J. H, Njardvik U, Öst L. G. Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2021; 83: 101954.
2. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015; 135(4): e994-e1001.
3. Đurišić M. RELATIONS AND COMMUNICATION IN FAMILIES OF CHILDREN WITH EXTERNALIZING BEHAVIOR PROBLEMS. *Research in Pedagogy*. 2018; 8(2): 111-120.
4. Hautmann C, Dose C, Duda-Kirchhof K, Greimel L, Hellmich M, Imort S, ... Döpfner M. Behavioral versus nonbehavioral guided self-help for parents of children with externalizing disorders in a randomized controlled trial. *Behavior therapy*. 2018; 49(6): 951-965.
5. Jafari sani B, Bayazi, M.H, Teymouri S. The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Negative Emotion and Improving Parent-Child Relationship in Mothers of Children with Coping Disobedience Disorder. *Journal of Analytical - Cognitive Psychology*. 2022; 12(48): 91-102 [in Persian].
6. Esehaghzadeh F, Reyhani T, Moharari F, Mazlom S. R. Effect of training positive parenting program on mother-child relationship among mothers of children with externalizing disorders. *Evidence Based Care*. 2018; 8(2): 58-66 [in Persian]

22. Liu X, Lin X, Heath M. A, Zhou Q, Ding W, Qin S. Longitudinal linkages between parenting stress and oppositional defiant disorder (ODD) symptoms among Chinese children with ODD. *Journal of Family Psychology*. 2018; 32(8): 1078.
23. Tsotsi S, Broekman B. F, Sim L. W, Shek L. P, Tan K. H, Chong Y. S, ... Rifkin-Graboi A. Maternal anxiety, parenting stress, and preschoolers' behavior problems: The role of child self-regulation. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2019; 40(9): 696-705.
24. De Cock E. S, Henrichs J, Klimstra T. A, Maas A. J. B, Vreeswijk C. M, Meeus W. H, van Bakel H. J. Longitudinal associations between parental bonding, parenting stress, and executive functioning in toddlerhood. *Journal of Child and Family Studies*. 2017; 26(6): 1723-1733.
25. Fallucco E. M, Aldridge P, Greco P, Blackmore E. R. PARENTING STRESS AND EARLY CHILDHOOD BEHAVIORAL AND EMOTIONAL PROBLEMS. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016; 10(55): S114.
26. Grover S. L, Teo S. T, Pick D, Roche, M, Newton C. J. Psychological capital as a personal resource in the JD-R model. *Personnel Review*. 2018; 47(4): 968-984.
27. Sani, M, Haji Enzahi Z, Ashraf Ganjavi F. The effect of psychological empowerment and psychological capital on individual readiness to change employees of the Ministry of Sports and Youth. *Contemporary researches in sports management*. 2019; 8(16): 41-54 [in Persian]
28. Liran B. H, Miller P. The role of psychological capital in academic adjustment among university students. *Journal of Happiness Studies*. 2019; 20(1): 51-65.
29. Sturgeon J. A, Zautra A. J. Psychological resilience, pain
13. Abidin P. R. Manual for the parenting stress index. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1995.
14. Abidin R. R. Parenting stress index: Manual. Pediatric Psychology Press. 1983.
15. Ghassami M, amiri S, kalantari M, talebi H. Structural model of the relationship between maternal attachment and parenting stress: investigation of the mediating role of maternal mindfulness. *JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE*. 2020; 19(85 ):33-45 [in Persian]. URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-517-fa.html>
16. Nijssens L, Bleys D, Casalin S, Vliegen N, Luyten, P. Parental attachment dimensions and parenting stress: the mediating role of parental reflective functioning. *Journal of Child and Family Studies*. 2018; 27(6): 2025-2036.
17. Burgdorf V, Szabo M, Abbott M. J. The effect of mindfulness interventions for parents on parenting stress and youth psychological outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*. 2019; 10: 1336.
18. Deater-Deckard K, Li M, Bell M. A. Multifaceted emotion regulation, stress and affect in mothers of young children. *Cognition and Emotion*. 2016; 30(3): 444-457.
19. Chi L. C, Xu H. X. Parenting Stress and its Associated Factors among Parents Working in Hospitality and Services Industries of Macau. *Journal of Tourism and hospitality*. 2018; 10: 2167-0269.
20. Jackson A. P, Choi J. Parenting stress, harsh parenting, and children's behavior. *Journal of Family Medicine & Community Health*. 2018; 5(3): 10-25.
21. Venta A, Velez L, Lau J. The role of parental depressive symptoms in predicting dysfunctional discipline among parents at high-risk for child maltreatment. *Journal of child and family studies*. 2016; 25(10): 3076-3082.

Conference of Psychology, Educational Sciences and Lifestyle, Ibn Sina International College, Georgia. 2022. [in Persian].

38. Zeynali F, Abolhassanzadeh S. The effectiveness of positive parenting training on the psychological capital of working gymnasts, the second international conference on law, psychology, educational and behavioral sciences, Tehran. 2021 [in Persian]. <https://civilica.com/doc/12575>

39. Sanders M. R. Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. *MJA*. 2002; 177(7): 87-92.

40. Farshad M R, Najarpourian S, Shanbedi F. The Effectiveness of the Positive Parenting Education Based on Sanders' Approach on Happiness and Parent-Child Conflict of Students. *J Child Ment Health*. 2018; 5 (1): 59-67 [in Persian]. URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-226-fa.html>

41. Arjmandnia AA, Ashoori M, Jalil Abkenar S. Comprehensive view to positive parenting program: Principle, goals, levels and content. *Frooyesh*. 2017; 6(2): 3-17 [in Persian]

42. Amini Naghani S, Najarpourian S, Samavi S. A. Comparing the Effectiveness of the Triple P-Positive Parenting Program and Parenting Program of Acceptance and Commitment Therapy on Parent-Child Relationship and Self-efficacy of Mothers With Oppositional Defiant Disorder Children. *J Research Health*. 2020; 10 (2): 111-122 [in Persian]

43. Aghaei A. Healthy man theory. Isfahan: Pashta Publications. 2019.

44. Saadati, N., Yousefi, Z., & Gholparvar, M. The Effectiveness of a Native Educational Counseling Package on the Quality of Parent-Child Relationships and Parenting Self-Efficacy. *Journal of Excellence in counseling and*

*catastrophizing, and positive emotions: perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation. Current pain and headache reports*. 2013; 17(3): 317.

30. Luthans F. Psychological capital: An evidence-based positive approach. *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*. 2017; 4: 339-366.

31. Seligman ME. *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Vintage Books. 2011.

32. Bradley K. *Educators' Positive Stress Responses: Eustress and Psychological Capital*. Doctoral dissertation, DePaul University. 2014.

33. Geiman M. *A Multiple Case Study of the Influence of Positive Organizational Behavior on Human Resources*. Doctoral dissertation, Walden University. 2016.

34. Diržytė A, Perminas A. Links between subjective health, wellbeing, and psychological capital in adolescents' sample. *Bulletin of environment, pharmacology and life sciences*. 2021; 111-119.

35. Talebi S, Azimi Lolaty H, Shafaat A, Yazdani Charati J, Jannati Y. Effect of Mindfulness-Based Education on Psychological Capital of Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2019; 28 (170): 107-119 [in Persian]. URL: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-12749-fa.html>

36. Roohimotlagh S.H, Eftekharsoadi Z, Makvandi B, Hafezi F. The efficacy of Self- Compassion Focused Training (CFT) on psychological capital and Social well-being of mothers with Slow-paced child. *Women's Journal*. 2022;, 13(39) [in Persian].

37. Bagheri M, Mousavi M. The effectiveness of reality therapy on psychological capital and anxiety sensitivity in mothers of children with autism spectrum disorder. *9th International*



- of Mental Helth (AejAm). 2003; 2 (3): 1-17.
52. David OA, Capris D, Jarda A. Online coaching of emotion-regulation strategies for parents: efficacy of the online rational positive parenting program and attention bias modification procedures. *Front Psychol.* 2017; 8: 500.
53. Akbari Z, Ehteshamzadeh P, Heidari A, Naderi F, Hafezi F. The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Parenting Stress and Self-Compassion of Mothers of 6-8 years Old Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *MEJDS.* 2022; 12: 25-40 [in Persian]. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-2168-fa.html>
54. Tardast K, Amanelahi A, Rajabi G, Aslani K, Shiralinia K. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Parenting education on Children's Anxiety and the Parenting Stress of Mothers. *Payesh.* 2021; 20 (1):91-107. [in Persian]. URL: <http://payeshjournal.ir/article-1-1387-fa.html>
55. Mehdipoor Pileroud Z, Payan S, Alipour S, Aminimalsharieh S, Bahadori Jahromi, S. Effectiveness of forgiveness training on mental health of mothers of children with behavioral disorder. *Empowering Exceptional Children.* 2018; 9(1): 41-50 [in Persian]
56. Zamani foroushani S, sharifi T, ghazanfari A, abedi M, naghavi A. Develop of compassion-based education package on mother-child interaction and its effectiveness on mother-child relationship and parental stress improvement. *3 JNE.* 2019; 8 (1): 1-12 [in Persian]. URL: <http://jne.ir/article-1-989-fa.html>
57. Fazli N, Sajjadian A. The Effectiveness of Mindful Parenting Education on Child Behaviorâ€™s Problems and Parenting Stress among Mothers with Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *Knowledge and psychotherapy,2020; 9(34), 46-56.* [in Persian].
45. Saramiforoshani Gh, Akhundi N, Alipour A, ArabShibani K.h. Validation and investigation of factor structure of capital psychology questionnaire among experts of Iran Khodro Diesel Company. *Psychological Studies Quarterly.* 2014; 10 (3): 105-109 [in Persian].
46. Sanders M. R, & Turner K. M. Triple P—Positive Parenting Program. In *Evidence-based Parenting Education* (pp. 251-269). Routledge. 2015.
47. Kabiri A, Kalantari M. Investigating the effectiveness of positive parenting group training on parental stress and mother-child relationships in mothers of children with enuresis. *Knowledge and Research in Applied Psychology.* 2018; 19(2): 115-124 [in Persian].
48. Rezaei F, GHazanfari F, rezaeean M. The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) in Parental stress and Self Efficacy of mothers and behavioral problems of students with educable mental retardation. *Jms.* 2017; 5 (1): 7-16 [in Persian]. URL: <http://jms.thums.ac.ir/article-1-403-fa.html>
49. MOMENI K, TAZIKI T. THE EFFECTIVENESS OF PARENT-CHILD COMMUNICATION AND PARENTAL STRESS POSITIVE PARENTING PROGRAM ON STUDENTS WITH ATTENTION DEFICIT. *JOURNAL OF EXCEPTIONAL CHILDREN EMPOWERMENT.* 2017; 8(21): 84-92 [in Persian]. Available from: <https://sid.ir/paper/262477/en>
50. Owens C. R, Haskett M. E, Norwalk K. Peer assisted supervision and support and providers' use of Triple P-Positive Parenting Program. *Journal of child and family studies.* 2019; 28(6): 1664-1672.
51. Sanders M. R. Triple p—positive parenting program: A population Approach to promoting competent parenting. *Australian e—Journal For The Advancement*

of Applied Psychology & Behavioral Science. 2021; 6 (1): 10-16.

66. khodabakhshi koolae A, derakhshandeh M. Effectiveness of hope-oriented group therapy on life meaning and resilience in mothers with physical-motor disabled children. JPEN. 2015; 1 (3): 15-25 [in Persian]. URL: <http://jpen.ir/article-1-50-fa.html>

67. Nayeab Hoseinzadeh, S., Fatollahzadeh, N., Saadati, N., & Rostami, M. The effectiveness of acceptance and commitment training on improving the quality of life and self-compassion of the mothers of educable disabled children. Journal of Psychological Studies, 2016; 12(3), 103-122. doi: 10.22051/psy.2016.11517.1219 [in Persian]

Research in Applied Psychology. 2016; 17(3): 26-35 [in Persian]

58. Wade N. G, Hoyt W. T, Kidwell J. E, Worthington E. L. Efficacy of psychotherapeutic interventions to promote forgiveness: A meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2014; 82(1): 154-160.

59. Kanaani K, Goudarzi M.A. The effect of Islamic meaning therapy on improving social adaptation and resilience of mothers of mentally retarded children. Community Health. 2016; 10(1): 52-62 [in Persian].

60. Gharibi H, Fathi Azar A, Adib Y, Hatami J, Qolizadeh Z. Phenomenology of mothers' experiences in life with hyperactive children. Family Studies. 2011; 7(25): 5-25 [in Persian]

61. Biranvand M, Mousavi S, Kakavand A.R, Ghafouri A, Ohadi A. Effect of Positive Thinking Training on Life Satisfaction and Sense of Meaning in Life of Mothers of Children with Externalized Disorders. Applied Counseling. 2015; 5(1): 63-80.

62. Rostami M, Saadati N, Ghezelseflo M. The relationship between childhood abuse experience and primary stress confronting methods and maladaptive schemas. Journal of Fundamentals of Mental Health 2015; 17(6): 269-77 [in Persian]

63. Kakavand A.R, Shams Esfandabad H, Biranvand M. The effect of teaching positive thinking to mothers on reducing their children's externalizing disorders. Journal of School Psychology. 2015; 4(4): 125-142 [in Persian]

64. Sanders M. R. Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. Journal of Family Psychology. 2008; 22(4): 506-517.

65. Nia M. S, Arefi M, Maleki A. Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple-P) in child Behavioral Problems and Parenting Styles: An Intervention Study in Urmia-Iran. Journal