MEJDS. 2019; 9:59.
Published online 2019 Sep. **Research Article**

Positive Parenting Training on Decrease Anxiety and Aggression in Children with Thalassemia

Mohsen Saeed Manesh[1], Mojtaba Sohrevardi[2], *Parisa Jamalabadi[3]

Author Address
1. PhD in Cognitive Neurosciences, Assistant Professor of Science and Arts University, Yazd, Iran;
2. Associate Professor, Robarts Research Institute, University of Western Ontario, Canada; Pharmaceutical Sciences Research Center, Faculty of Pharmacy, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
3. MSc in Child and Adolescence Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran.
***Corresponding Author Email:** Coolgal2_2469@yahoo.com

Received: 2018 January 2; **Accepted:** 2018 March 3

Abstract

Background & Objective: Thalassemia is one of the global health problems and the most common hereditary anemia in the world. Thalassemia can have many adverse effects on the patient, family and community. Therefore, it is necessary to examine the solution to improve the quality of life of these patients. Positive parenting program is one of the most effective interventions on parenting styles and parenting communication with children, which planed and developed by Sanders et al. This program is established based on the principles of social learning and prepare parents to better deal with their children and researchers used it to study and improve the parent–child relationship. Even it had an appropriate impact on the relation of children with intellectual disabilities with their mothers. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of teaching a positive parenting program on reducing the anxiety and aggression of children with thalassemia in terms of drug control in Shiraz, Iran.

Methods: The research design was a quasi–experimental design with experimental group and control group and it evaluated by pre–test, intervention and post–test. The statistical population consisted of all children aged 8–15 years old with thalassemia who referred to Shahid Dastgheib Hospital in Shiraz (Fars province, South of Iran) in 2014–15. The statistical sample was 32 children who were randomly assigned to two experimental groups (n=16) and a control group (n=16). To measure the desired variables, such as anxiety, screening test was used to emotional disturbances associated with childhood anxiety; Scard questionnaire (1997) and Nelson's anger inventory (2000) were used to measure aggression. In order to conduct the research plan, the parents of the experimental group were under the eight sessions of the positive parenting program (every week one session). At the end of the sessions, pre–test was taken from the subjects. The subjects were subjected to post–test. Data were analyzed using independent t–test and dependent t–test and covariance analysis using SPSS 22 software.

Results: The results of covariance analysis showed that 8 sessions of positive parenting program reduced children's anxiety ($p \leq 0.001$) and children's aggression ($p \leq 0.001$) with thalassemia. Independent t–test showed that there was no significant difference in children's anxiety in the pre–test between the experimental and control groups but there was a significant difference between the experimental and control groups in the post–test ($p<0.001$). In addition, there was no significant difference in the aggression of children in the pre–test between the experimental and control groups. However, there was a significant difference between the experimental and control groups in the post–test ($p=0.006$). Results of t–test showed that there was a significant difference in children's anxiety between pre–test and post–test in the experimental group ($p<0.001$), but there was no significant difference between pre–test and post–test in the control group. In addition, here was a significant difference in children's aggression between pre–test and post–test in experimental group ($p<0.001$), but there was no significant difference between pre–test and post–test in control group.

Conclusion: According to the results of this study, it could be stated that 8 sessions of positive parenting program could reduce children's anxiety and the incidence of aggression in children with thalassemia. Furthermore, teaching a positive parenting program to mothers of children with thalassemia can have a positive effect on decreasing the anxiety and aggression of these children. Therefore, positive parenting program can be used as an effective treatment for the treatment of anxiety and aggression in children with Thalassemia.

Keywords: Thalassemia, Positive parenting program, Anxiety, Aggression.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.30.2]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۵۹.

انتشار برخط شهریور ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش برنامهٔ فرزندپروری مثبت بر کاهش اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به تالاسمی

محسن سعیدمنش[۱]، مجتبی سهروردی[۲]، *پریسا جمال‌آبادی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری علوم اعصاب‌شناختی، استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران؛

۲. دانشیار داروسازی، مرکز تحقیقات روبارتس، دانشگاه وسترن اونتاریو کانادا؛ مرکز تحقیقات علوم داروسازی، دانشکدهٔ داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران؛

۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** coolgal2_2469@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۲ دی ۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۲ اسفند ۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: تالاسمی می‌تواند آثار نامطلوب زیادی بر فرد بیمار، خانواده و جامعه وارد کند. بنابراین بررسی راهکاری برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران ضروری است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامهٔ فرزندپروری مثبت بر کاهش اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به تالاسمی با توجه به گواه دارویی در شهر شیراز انجام شد.

روش‌بررسی: طرح پژوهش از جمله طرح‌های نیمه‌آزمایشی با گروه آزمایش و گروه گواه بود و به‌صورت پیش‌آزمون، مداخله و پس‌آزمون ارزیابی شد. جامعهٔ آماری شامل همهٔ کودکان محدودهٔ سنی هشت تا پانزده‌سالهٔ دارای تالاسمی بود که در سال ۱۳۹۶–۱۳۹۵ به بیمارستان دستغیب شیراز مراجعه کردند. نمونهٔ آماری را ۳۲ کودک تشکیل دادند که به‌شکل تصادفی به دو گروه آزمایش (n=۱۶) و گروه گواه (n=۱۶) تخصیص یافتند. برای اندازه‌گیری متغیرهای مدنظر یعنی اضطراب، از آزمون غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دورهٔ کودکی، پرسش‌نامهٔ اسکارد (۱۹۹۷) و برای اندازه‌گیری پرخاشگری از پرسش‌نامهٔ خشم نلسون (۲۰۰۰) استفاده شد. به‌منظور اجرای طرح تحقیق، والدین گروه آزمایش تحت هشت جلسه برنامهٔ فرزندپروری مثبت (هر هفته یک جلسه) قرار گرفتند. در انتهای جلسات از آزمودنی‌ها پس‌آزمون گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون t مستقل و t وابسته و تحلیل کوواریانس استفاده شد و از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ کمک گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد هشت جلسه برنامهٔ فرزندپروری مثبت موجب کاهش اضطراب کودکان (p≤۰/۰۰۱) و کاهش پرخاشگری کودکان (p≤۰/۰۰۱) مبتلا به تالاسمی شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان از برنامهٔ فرزندپروری مثبت به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر برای درمان اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به تالاسمی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: تالاسمی، برنامهٔ فرزندپروری مثبت، اضطراب، پرخاشگری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.30.2]

۱ مقدمه

تالاسمی نوعی هموگلوبینوپاتی ناشی از نقص سنتز زنجیره‌های گلوبین است. تالاسمی یک اختلال منوژنیک است که از والدین به فرزندان به‌صورت اتوزومی مغلوب به ارث می‌رسد (۱). این بیماری یکی از مشکلات بهداشت جهانی و شایع‌ترین آنمی ارثی در جهان است. افراد مبتلا به این بیماری برای جلوگیری از عوارض کم‌خونی و تغییرات استخوانی، به‌طور منظم خون دریافت می‌کنند. بیماران مبتلا به تالاسمی، عوارض سایکولوژیکی نظیر اختلالات عاطفی، ناامیدی و مشکل در برقراری ارتباطات اجتماعی نیز دارند (۲). به‌طور کلی در این بیماری بار روانی بر بسیاری از جنبه‌های زندگی مانند آموزش، اوقات‌فراغت، فعالیت‌های فیزیکی، مهارت‌ها و قابلیت باروری و تنظیم خانواده تأثیر می‌گذارد که اغلب در نتیجهٔ اضطراب، انزوا، افسردگی و پرخاشگری بیمار است (۲). افراد مبتلا به این اختلال خونی مزمن ممکن است به حالت اضطراب، افسردگی و پرخاشگری متمایل شوند؛ چراکه مشکلات اجتماعی مانند اندیشیدن به آینده، فعالیت اجتماعی محدود، ناهنجاری مرتبط با صورت و محدودیت در مدرسه عواملی هستند که زمینهٔ این اختلال‌ها را فراهم می‌کنند. حاجی سید جوادی و شفیع‌خانی (۳) در تحقیقی به ارزیابی افسردگی و اضطراب در بیماران تالاسمی پرداختند. آن‌ها گزارش کردند اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به تالاسمی به‌طور معناداری بیشتر از افراد سالم است. حق‌پناه، نصیرآبادی، غفارپسند و همکاران (۴) در پژوهش خود به بررسی کیفیت زندگی بیماران ایرانی مبتلا به تالاسمی ماژور پرداختند؛ نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی به‌طور معناداری پایین‌تر از افراد سالم جامعه است.

اصطلاح فرزندپروری از ریشهٔ پریو[1] به‌معنی «زندگی‌بخش» گرفته شده است. منظور از شیوه‌های فرزندپروری، روش‌هایی است که والدین برای تربیت فرزندان خود به کار می‌گیرند و بیانگر نگرش‌هایی است که آن‌ها به فرزندان خود دارند و همچنین شامل معیارها و قوانینی است که برای فرزندان خویش وضع می‌کنند؛ ولی باید پذیرفت که رفتارهای فرزندپروری به‌واسطهٔ فرهنگ، نژاد و گروه‌های اقتصادی تغییر می‌کند (۵).

یکی از مداخلات مؤثر بر شیوه‌های فرزندپروری و ارتباط والدین با فرزندان، برنامهٔ فرزندپروری مثبت[2] است که توسط ساندرس (۶) برنامه‌ریزی شده و گسترش یافته است. این برنامه والدین را برای برخورد بهتر با کودکانشان آماده می‌سازد و توسط محققان در بررسی و بهبود ارتباط والدفرزند به کار گرفته شده و حتی بر ارتباط کودکان دارای مشکلات و ناتوانی‌های هوشی با مادرانشان تأثیر مناسبی داشته است (۶). برنامهٔ فرزندپروری مثبت همانند سایر برنامه‌های آموزش والدین بر اساس اصول یادگیری اجتماعی بنا شده است و پایه‌های تجربی آن در مجامع علمی متعدد ذکر شده است؛ به‌طوری که روشن‌بین، پوراعتماد و خوشابی (۷) تأثیر آموزش برنامهٔ فرزندپروری مثبت را بر کاهش تنیدگی والدگری و افزایش خودکارآمدی والدین نشان دادند. هانا، اجکام، جکسون و همکاران (۸) تأثیر آموزش مهارت والدگری، ارتباط و حمایت اجتماعی را بر افزایش اعتماد و خودکارآمدی والدگری نشان دادند. همچنین عاشوری، افروز، ارجمندنیا و همکاران (۹) اثربخشی برنامهٔ آموزشی والدگری مثبت را بر ارتقای خودکارآمدی نشان دادند. علاوه بر این، مطالعات انجام‌شده، آموزش مبنی بر مهارت‌های فرزندپروری را به‌عنوان مداخله‌ای مناسب برای مشکلات برونی‌سازی‌شده، اختلال درخودماندگی، نقص توجه و بیش‌فعالی، رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگرانه مطرح کرده‌اند (۱۰).

مشخص است که بیماری تالاسمی تنها یک آسیب فردی نبوده است؛ بلکه یک معضل اجتماعی در خور توجه به شمار می‌آید و مسائلی که مختصراً به آن‌ها اشاره شد، قسمت کوچکی از مشکلات این بیماران، خانواده و اجتماع پیرامون آن‌ها ست؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف شناسایی دقیق‌تر مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی‌اقتصادی بیماران مبتلا به تالاسمی و ارائهٔ یافته‌ها به مسئولان مربوطه و انجام‌دادن برنامه‌ریزی‌های لازم از سوی آنان و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران انجام شد. همچنین در صورت تأیید فرضیه‌های پژوهش، نتایج کاربردی‌ای که از این پژوهش می‌توان به دست آورد، این است که با توجه به سبک زندگی و شیوع زیاد اضطراب و پرخاشگری در بین بیماران مبتلا به تالاسمی و تأثیرات مخرب آن بر روی کیفیت زندگی و سلامت روان آن‌ها، می‌توان با شناسایی راهکارهای مناسب، کیفیت زندگی و سلامت روانی آن‌ها را بهبود بخشید. همچنین با توجه به اینکه تحقیقی در زمینهٔ تأثیر شیوهٔ فرزندپروری مثبت بر اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به تالاسمی انجام نشده است، ضرورت انجام‌دادن پژوهش حاضر بیشتر می‌شود؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی آموزش برنامهٔ فرزندپروری مثبت بر کاهش اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به تالاسمی انجام شد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر، به‌منظور بررسی تأثیر برنامهٔ فرزندپروری مثبت بر روی بهبود اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به تالاسمی همراه با کنترل دارویی انجام شد. این مطالعه از نوع نیمه‌تجربی (پیش‌آزمون—پس‌آزمون با گواه) است. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل همهٔ کودکان محدودهٔ سنی هشت تا پانزده‌سالهٔ دارای تالاسمی بودند که در سال ۱۳۹۶—۱۳۹۵ به بیمارستان دستغیب شیراز مراجعه کردند. نمونهٔ آماری پژوهش حاضر شامل ۳۲ نفر از مادران مراجعه‌کننده به بیمارستان دستغیب شیراز بود که دارای کودکان مبتلا به تالاسمی در محدودهٔ سنی هشت تا پانزده‌ساله بودند.

ملاک‌های ورود به مداخله عبارت بود از: دریافت رضایت‌نامهٔ اختیاری و آگاهانه از والدین و تمایل کودکان به شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از مداخله شامل این موارد بود: علاقه‌نداشتنِ دانش‌آموزان یا والدین به تکمیل پرسش‌نامه، تکمیل‌نکردن یک یا چند سؤال از پرسش‌نامه و شرکت‌نکردن در کلاس‌های برنامهٔ فرزندپروری مثبت توسط مادران.

مسائل اخلاقی در این پژوهش رعایت شد؛ برای مثال رضایت‌نامهٔ

[1] Pario

[2] Positive Parenting Program

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.30.2]

اختیاری از والدین گرفته شـد، والدین هر زمان که توانایی ادامه در برنامهٔ مداخله را نداشتند، می‌توانستند برنامه را ادامه ندهند و همچنین اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها و والدین آن‌ها به‌صورت کاملاً محرمانه حفظ شد.

ابزارها: ابزار مورداسـتفاده در پژوهش حاضـر، آزمون غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دورهٔ کودکی و پرسش‌نامهٔ خشم نیلسون بود.

آزمون غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضـطراب دورهٔ کودکی (SCARED)[1]: پرسش‌نامهٔ اسـکارد ۱۹۹۷، شامل ۴۱ گویه است و نشانه‌های اختلال اضـطرابی در کودکان و نوجوانان هشت تا هجده سـال را مـی‌سـنجد. پنج خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه شـامل: اختلال وحشت‌زدگی (۱۳ ماده)، اختلال اضـطراب تعمـیم‌یافته (۹ ماده)، اختلال اضطراب جـدایی (۸ مـاده)، هـراس اجتماعی (۷ ماده) و هراس مدرسه (۴ ماده) است. هـر مـاده بـه کمک سه گزینه و به‌سـبک لیکرت درجه‌بندی می‌شـود: (۰=صـحیح نیسـت یا به‌ندرت صحیح اسـت، ۱=گـاهی صـحیح است، ۲=صحیح یا اغلب صحیح است). روایی پرسش‌نامه را با اسـتفاده از روش‌های روایی همگرا و افتراقی آزمودیم که در نتیجهٔ آن، روایی قابل‌قبولی برای پرسـش‌نامهٔ مـذکور به دست آمد. اعتبار آزمون از طریق روش‌های بازآزمایی و نیز آلفای کرونباخ محاسبه شـد (۱۱). به‌طوری کـه در پژوهش کروتی، هیل، فِرمانی و همکاران (۱۲) آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۱ به دست آمد که این یافته، ثبات درونـی مناسـب پرسش‌نامه را بیـان می‌کند. همچنین پالاهنگ، ربیعی، خرم‌دل و همکاران (۱۳)، ضـریب آلفای کرونباخ و پایایی آزمون—بازآزمون کل مقیاس را برای نسـخهٔ فارسی این پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۳ به دست آوردند.

پرسـش‌نامهٔ خشـم نیلسـون و همکاران (۲۰۰۰): به‌منظور اندازه‌گیری خشـم از پرسـش‌نامهٔ خشـم نیلسـون و همکاران اسـتفاده شـد. این پرسـش‌نامه ابزاری خودگزارشـی اسـت که برای بررسـی موقعیت‌های مختلف که موجب بروز خشم می‌شود و همچنین برای بررسی میزان شدت خشم و مهارت‌های اجتماعی در کودکان استفاده می‌شود. این آزمون برای شش تا شـانزده سـال تهیه شـده و سـطوح تحصـیلی اول ابتدایی تا دبیرستان را شامل می‌شود. این پرسش‌نامه دارای ۳۹ گویه و چهار خرده‌مقیاس (ناکامی، پرخاشگری بدنی، روابط با هم‌سالان و روابط با مراجع قدرت) است که به روش لیکرت و در قالب چهارگزینه (۱= توجه نمی‌کنم تا ۴=عصـبانی می‌شـوم) نمره‌گذاری می‌شـود. برای بررسـی اعتبار و روایی این پرسـش‌نامه، این آزمون بر روی ۱۶۰۴ نفر از دانش‌آموزان اجرا شد. نتایج ضریب بازآزمایی ۰/۶۵ تا ۰/۷۵، ثبات درونی ۰/۸۵ تا ۰/۸۶ و روایی چهار زیرمقیاس ۰/۹۳ به دسـت آورد (۱۴).

برنامهٔ فرزندپروری مثبت: برنامهٔ فرزندپروری مثبت توسـط سـاندرز به وجود آمد و از درمانگری‌های رفتاری خانوادگی اسـت که بر اسـاس اصـول یادگیری اجتماعی قرار دارد. این برنامهٔ مداخله‌ای چندسـطحی اسـت کـه عوامـل محـافظتی کودکـان را تقویـت می‌کنـد و عوامـل خطرسـازی را که با مشـکلات رفتاری و هیجانی کودکان در ارتباط اسـت، کاهش می‌دهد. در واقع برنامهٔ فرزندپروری مثبت به والدین می‌آموزد که تعاملات مثبت با کودکانشـان را افزایش دهند و از تعاملات ناسـازگار و ناهماهنگ بپرهیزند. برنامهٔ فرزندپروری مثبت به‌دلیل کارایی گسترده، خصوصاً هنگامی که به صورت گروهی برگزار می‌شود، ارزان‌بودن و پذیرش آن توسط خانواده‌ها، راهبرد مؤثری برای کمک به والدینی اسـت که با اختلالات عاطفی‌هیجانی کودکانشـان مواجه هستند (۱۵).

روش اجرا: برای انتخاب اعضـا، ابتدا تمام کودکان مبتلا به تالاسـمی که به بیمارسـتان دسـتغیب شـیراز مراجعه می‌کردند، از طریق لیسـت مراجعه و پرونده مشخص شدند. سپس با هماهنگی ریاست محترم و مسئولان مرتبط، پروندهٔ صد کودک محدودهٔ سنی هشت تا پانزده‌سالهٔ دارای تالاسمی را بررسی کردند که از این تعداد ۵۳ نفر پسر و ۴۷ نفر دختر بودند. سـپس از این صـد نفر، ۳۲ نفر که خانوادهٔ آن‌ها موافق حضـور کودک در طرح تحقیقی بودنـد، داوطلـب شـدنـد و پرسش‌نامه‌های آزمون غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دورهٔ کودکی و پرسش‌نامهٔ خشم نیلسون را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. مادران گروه آزمایش در جلسـات گروهی برنامهٔ آموزشـی فرزندپروری مثبت شـرکت کردند. این برنامه که مهارت‌های مثبت کنترل کودکان را به‌جای والدگری اسـتبدادی به والدین می‌آموزد، در هشت جلسهٔ آموزشی دوساعته و در فواصل یک‌هفته‌ای و به‌مدت دو ماه اجرا شد. دربارهٔ مادران گروه گواه هیچ‌گونه مداخلهٔ آموزشی‌درمانی انجام نشد و تنها در پیش‌آزمون—پس‌آزمون شرکت کردند. پس از اتمام جلسـات آموزشـی، کودکان گروه آزمایش و گواه مجدداً پرسـش‌نامهٔ آزمون غربالگری اختلالات هیجـانی مـرتبط بـا اضـطراب دورهٔ کـودکی و پرسش‌نامهٔ خشم نیلسون را تکمیل کردند.

کنترل دارویی: کنترل دارویی به این صـورت بود که همهٔ بیماران مبتلا بـه تـالاسـمی مـاژور، تزریق خون داشـتند و همـهٔ آن‌هـا داروی ضـدّافسـردگی مصـرف می‌کردند. این مصـرف دارو، هم در گروه آزمایش و هم در گروه گواه یکسان بود.

جدول۱. محتوای جلسات برنامهٔ فرزندپروری

جلسهٔ اول (فرزندپروری مثبت گروهی)	در این جلسه شرکت‌کنندگان پس از آشنایی با یکدیگر، با هدف‌ها و محتوای برنامه آشنا شدند، دربارهٔ قوانین گروه بحث شد و علت مشکلات رفتاری برای مادران شرح داده شد.
جلسهٔ دوم (ارتقای رشد کودک ۱)	در این جلسه، روش‌هایی برای ایجاد ارتباط مثبت با کودکان آموزش داده شد و از والدین خواسته شد به تمرین و ایفای نقش کودکان در گروه‌های کوچک بپردازند.
جلسهٔ سوم (ارتقای رشد کودک ۲)	در این جلسه، والدین دربارهٔ روش‌هایی برای رفتارهای مثبت آموزش دیدند و به آن‌ها یاد

[1] Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders–SCARED

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.30.2]

	دادند که چه وقت و چگونه می‌توانند این آموزش‌ها را به‌کار ببرند.
جلسهٔ چهارم (ارتقای رشد کودک ۳)	در این جلسه، برای یادگیری رفتارها و مهارت‌های جدید به‌کودک، روش‌هایی همانند آموزش اتفاقی، روش پرسیدن، گفتن و انجام‌دادن به والدین آموزش داده شد.
جلسهٔ پنجم (مدیریت رفتار ناکارآمد ۱)	در این جلسه دربارهٔ پیامدهای منفی تنبیه با والدین صحبت شد و روش‌هایی برای مقابله با سوءرفتار کودک آموزش داده شد. این روش‌ها شامل قانون‌گذاشتن، بحث مستقیم، دستوردادن مستقیم و روشن و نادیده‌گرفتن بود.
جلسهٔ ششم (مدیریت رفتار ناکارآمد ۲)	در این جلسه، روش‌های جایگرین تنبیه به‌شکل پیشرفته، شامل پیامد منطقی، محروم‌سازی و زمان ساکت‌بودن، برای مقابلهٔ مؤثر با رفتارهای نامناسب کودکان به والدین آموزش داده شد.
جلسهٔ هفتم (مدیریت رفتار ناکارآمد ۳)	با توجه به اینکه روش‌های معرفی‌شده در جلسات قبل مؤثر واقع نمی‌شد و نیازمند ترکیب با یکدیگر بود، به والدین سه برنامهٔ کاربردی شامل برنامهٔ روزانهٔ پیروی، برنامهٔ تصحیح رفتار و چارت رفتاری، آموزش داده شد. این امر به این دلیل بود که والدین بتوانند به‌صورت روزانه برای مدیریت سوءرفتار کودک خود، از این روش‌ها استفاده کنند.
جلسهٔ هشتم (از پیش برنامه‌ریزی‌کردن)	در جلسهٔ آخر به والدین آموزش داده شد که موقعیت‌های پرخطر را شناسایی کنند و روش‌های معرفی‌شده در طول جلسات قبلی را در قالب تکنیک فعالیت‌های برنامه‌ریزی‌شده در موقعیت‌های پرخطر به‌کار بگیرند. در این جلسه همچنین راهنمایی‌هایی برای بقا و دوام خانواده به مادران دارای کودک مبتلا به تالاسمی ارائه شد.

نحوهٔ انجام‌دادن کار به این شکل بود که در شروع جلسه و بعد از ایجاد ارتباط با مادران، در هر جلسه، موضوعات اصلی با زبانی ساده و قابل‌فهم برای آن‌ها گفته می‌شد و از مادران خواسته شد در صورت احساس مشکل یا داشتن سؤال، آن را مطرح کنند تا درمانگر به‌اتفاق دیگر اعضای جلسه دراین‌باره بحث و گفت‌وگو کنند. در پایان هر جلسه نیز خلاصهٔ سرفصل‌های مطالب جلسه به‌صورت تایپ‌شده به شرکت‌کنندگان داده می‌شد و همچنین تکالیف مربوط به آن جلسه، برای تمرین در منزل به مادران داده می‌شد. شایان ذکر است که در ابتدای هر جلسه، مطالب جلسات قبل مرور می‌شد؛ سپس دربارهٔ تکالیف منزل و مشکلاتی که در اجرای تمرینات با آن مواجه شده بودند، بحث می‌شد و با رفع مشکلات و سؤالات احتمالی به موضوع جدید پرداخته می‌شد.

در این پژوهش برای پاسخ‌گویی به فرضیه های پژوهش از آمار توصیفی، شامل فراوانی، فراوانی درصدی و تجمعی، میانگین و انحراف استاندارد؛ و همچنین آمار استنباطی با مقدار α برابر ۰/۰۵ آزمون کولموگروف–اسمیرنوف، آزمون‌های t مستقل و وابسته و تحلیل کوواریانس به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

شاخص‌های آمار توصیفی مربوط به ویژگی‌های فردی آزمودنی‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است. بین متغیرهای تحقیق در دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج آزمون کولموگروف–اسمیرنوف نشان داد که داده‌های به‌دست‌آمده در هر دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون توزیع نرمال داشته است ($p>۰/۰۵$)، از این‌رو از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد.

نتایج آزمون t مستقل نشان داد در پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در اضطراب کودکان وجود ندارد ($p\geq۰/۰۵$)؛ اما در پس‌آزمون بین گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$). همچنین در پرخاشگری کودکان در پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در وجود نداشت؛ اما در پس‌آزمون بین گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری مشاهده شد ($p=۰/۰۰۶$) (جدول۲).

نتایج آزمون t وابسته در اضطراب کودکان بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش تفاوت معناداری را نشان داد ($p<۰/۰۰۱$)؛ که البته در گروه گواه این تفاوت معنادار نبود. همچنین در پرخاشگری کودکان بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه گواه این تفاوت معنادار نبود (جدول۲).

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون بر روی نمرات پس‌آزمون، بین میانگین‌های تعدیل‌شدهٔ نمرات اضطراب کودکان بر حسب عضویت گروهی (گروه‌های آزمایش و گواه) در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($p\leq۰/۰۰۱$). همچنین پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون بر روی نمرات پس‌آزمون، بین میانگین‌های تعدیل‌شدهٔ نمرات پرخاشگری کودکان بر حسب عضویت گروهی (گروه‌های آزمایش و گواه) در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معنادار بود ($p\leq۰/۰۰۱$) (جدول۲).

جدول ۲. مقایسهٔ میانگین نمرات اضطراب و پرخاشگری در گروه‌های مختلف قبل و بعد از اجرای مداخله

مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه		†مقدار p	‡مقدار p
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.30.2]

اضطراب	پیش‌آزمون	۴۸/۳۱	۶/۸۱	۲۷/۶۲	۵/۸۴	۰/۴۱۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۵۰/۳۷	۷/۲۰	۵۱/۶۲	۵/۶۷	<۰/۰۰۱	
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۹۱/۱۸	۲۰/۹۳	۷۵/۱۲	۱۷/۱۱	۰/۶۲۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۹۴/۹۳	۲۱/۴۷	۹۶/۱۸	۲۲/۳۷	۰/۰۰۶	
*مقدار p		≤۰/۰۰۱		≤۰/۰۰۱			

*نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره با تعدیل اثر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون؛

†نتایج t مستقل: معناداری نسبت به مقایسهٔ گروهٔ آزمایش و گواه در هر موقعیت؛

‡نتایج t وابسته: معناداری نسبت به مقایسهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر موقعیت.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامهٔ فرزندپروری مثبت بر روی بهبود اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به تالاسمی با توجه به گواه دارویی در شهر شیراز انجام شد. بر طبق نتایج به‌دست‌آمده، هشت جلسه برنامهٔ فرزندپروری مثبت موجب کاهش اضطراب کودکان و کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به تالاسمی شد. حاجی سیدجوادی و شفیع‌خانی (۳)، نشان دادند بیماران مبتلا به تالاسمی، افسردگی و اضطراب بیشتری از افراد سالم دارند. حق‌پناه و همکاران (۴) در پژوهش خود نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی به‌طور معناداری کمتر از افراد سالم جامعه است. هم‌سو با نتایج پژوهش حاضر مطالعات برخی پژوهشگران نشان می‌دهد سبک‌های فرزندپروری والدین در ایجاد اضطراب کودکی اثرگذار است (۱۶). همچنین ساندرز و همکاران (۱۷) گزارش کردند برنامهٔ گروهی فرزندپروری مثبت باعث کاهش افسردگی، اضطراب، خشم و پرخاشگری و استرس بالا در ایفای نقش والدگری می‌شود. علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر با نتایج طالعی و همکاران (۱۸) در زمینهٔ تأثیر برنامهٔ فرزندپروری در کودکان هم‌سو است.

پرخاشگری ممکن است از عوامل مختلفی ناشی شود که از جمله می‌توان به بیماری و اضطراب ناشی از آن اشاره کرد. در کل، اضطراب نتیجهٔ استرس‌های پی‌درپی است که در طول زمان در فرد باقی می‌ماند. پرخاشگری بدنی و فیزیکی با اضطراب رابطهٔ مثبتی دارد. هرچند پرخاشگری و اضطراب با هم مرتبط هستند، اینکه هریک چه سهمی در شیوه‌های فرزندپروری دارند و سهم هریک چه میزان است، نامشخص است. نقش این متغیرها در شیوه‌های فرزندپروری، به‌دلیل بهبود روابط والدین با کودکان خود حائز اهمیت است (۱۵).

برای تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که چون مادران اغلب زمان بیشتری را در خانه صرف می‌کنند، نقش مهم‌تری را در پرورش و تربیت کودکان بازی می‌کنند. این در حالی است که پدران وقت کمتری را در خانه می‌گذرانند و نقش کمتری در تربیت کودکان دارند؛ پس آموزش برنامهٔ فرزندپروری مثبت به مادران کودکان مبتلا به تالاسمی می‌تواند تأثیر مثبت بیشتری بر کاهش اضطراب و پرخاشگری این کودکان داشته باشد. همچنین بسیاری از مطالعات گذشته نشان داده که رفتار مادران ممکن است به شدت با اضطراب کودکان مرتبط باشد. پس با آموزش صحیح مادران و متعاقب آن پرورش بهتر این مادران که در خانه کودک مبتلا به تالاسمی دارند و رفتار بهتر آن‌ها با کودکان بیمار، می‌توان از اضطراب و پرخاشگری ناشی از بیماری و رفتار نابهنجار متعاقب آن پیشگیری کرد. از طرفی می‌توان ابراز داشت که کسب آگاهی دربارهٔ بیماری تالاسمی و همچنین دستیابی به مهارت‌هایی برای مراقبت از کودک، باعث می‌شود که مادران ویژگی‌های کودک خود را کمتر استرس‌آور بدانند؛ یعنی درک مادران از چگونگی پیدایش یک رفتار خلقی خاص در فرزندشان تغییر می‌کند و آموزش والدین، آن‌ها را در چگونگی کمک به سازمان‌دهی فرزندشان دربارهٔ وضعیت محیطی، بهبود مهارت‌های حل مسئله و غلبه بر ناامیدی یاری می‌کند و به آن‌ها می‌آموزد که به رفتارهای تلاشگرانهٔ کودک واکنش مطلوب نشان دهند و از روش‌های منظم و آرام‌سازی استفاده کنند.

همچنین مشخص شده که برنامهٔ فرزندپروری مثبت موجب افزایش تعاملات زوجین در تربیت کودک می‌شود. در حقیقت به نظر می‌رسد که برنامهٔ فرزندپروری مثبت باعث افزایش تعامل و هماهنگی بین زوجین می‌شود و موجب کاهش استرس مراقبت و نگهداری کودک در مادران می‌شود (۱۷). دراین‌باره ساندرز و همکاران (۱۷) عنوان کرده‌اند که بر اثر آموزش برنامهٔ فرزندپروری مثبت، افسردگی و استرس و تعارضات والدین در تربیت کودک کاهش یافته و سازگاری زناشویی افزایش پیدا می‌کند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر بدین شرح است: ۱. از آنجا که جامعهٔ آماری پژوهش، کودکان محدودهٔ سنی هشت تا پانزده‌سالهٔ مبتلا به تالاسمی است که در سال ۱۳۹۵–۱۳۹۶ به بیمارستان دستغیب شیراز مراجعه کرده‌اند، در تعمیم نتایج برای سایر مقاطع باید جانب احتیاط را رعایت کرد؛ ۲. ابزار متنی لازم در سنجش فرزندپروری مثبت یا پرسش‌نامه‌های معتبر بومی در زمینهٔ فرزندپروری مثبت که محقق خود باید آن را اجرا کند، وجود نداشت؛ ۳. این مطالعه محدود به سن و جنس خاص و بر اساس آموزش مادران بوده است و نقش پدران در این مطالعه لحاظ نشده است.

۵ نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج تحقیق حاضر می‌توان بیان کرد که اجرای برنامهٔ فرزندپروری مثبت موجب کاهش اضطراب کودکان و کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به تالاسمی شد. بنابراین می‌توان از برنامهٔ فرزندپروری مثبت به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر برای درمان اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به تالاسمی استفاده کرد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.30.2]

References

1. Mansilla–Soto J, Riviere I, Boulad F, Sadelain M. Cell and gene therapy for the beta–thalassemias: advances and prospects. Hum Gene Ther. 2016;27(4):295–304. doi:10.1089/hum.2016.037
2. Caocci G, Efficace F, Ciotti F, Roncarolo MG, Vacca A, Piras E, et al. Health related quality of life in Middle Eastern children with beta–thalassemia. BMC Blood Disord. 2012;12:6–16. doi:10.1186/1471-2326-12-6
3. Haji SeyedJavadi AR, Shafikhani AA. Evaluation of depression and anxiety in patients with thalassemia: a comparative study. J Qazvin Univ Med Sci. 2017;21(2):13–21. [Persian] http://journal.qums.ac.ir/article-1-2327-fa.html
4. Haghpanah S, Nasirabadi S, Ghaffarpasand F, Karami R, Mahmoodi M, Parand S, Karimi M. Quality of life among Iranian patients with beta–thalassemia major using the SF–36 questionnaire. Sao Paulo Medical Journal. 2013;131(3):166–72. doi:10.1590/1516-3180.2013.1313470
5. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. Journal of Early Adolescence. 1991;11:56–95. doi:10.1177/0272431691111004
6. Sanders MR. Triple P–Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. Clin Child Fam Rev. 1999; 2:71–90. doi:10.1023/A:102184361
7. Roushanbin M, Pouretemad HR, Khoushabi K. The effect of group positive parenting program training on parenting stress in mothers of ADHD children aged 4–10 years old. Fam Res Quart. 2007;3(10):545–72. [Persian]
8. Hanna B, Edgecombe G, Jackson CA, Newman S. The importance of first–time parent groups for new Parents. Nurs Health Sci. 2002;4(4):209–14. doi:10.1046/j.1442-2018.2002.00128.x
9. Ashori M, Afrooz G, Arjmandnia A, Pourmohammadreza–Tajrishi M, Ghobri–Bonab B. The effectiveness of group positive parenting program (Triple–P) on the mother–child relationships with intellectual disability. Iran J Public Health. 2015;44:290–1.[Persian] http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-3117-fa.html
10. Sanders MR, Wooly ML. The Relationship between maternal self–efficacy and parenting practices: implications for parent training. Journal of Child: Care, Health & Development. 2005;31(1):65–73. doi:10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x
11. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): A replication study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1999;38(10):1230–6. doi:10.1097/00004583-199910000-00011
12. Crocetti E, Hale WW, Fermani A, Raaijmakers Q, Meeus W. Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) in the general Italian adolescent population: A validation and a comparison between Italy and the Netherlands. Journal of Anxiety Disorders. 2009;23(6):824–9. doi:10.1016/j.janxdis.2009.04.003
13. Palahang H, Rabiei M, Khorramdel K, Zerehpush A, Sajjadian P. Validity, reliability and factor structure analysis of the revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders–71 (SCARED–71). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012;18(3):202–10. [Persian]
14. Kimiaei A, Raftar M, Soltanifar A. Efficacy based on emotienal intelligence to conrol aggression in aggressive teenagers. Clinical Psychology Research And Counseling (Pedagogical And Psychological Studies). 2012;1(1):153–66. [Persian] doi:10.22067/ijap.v1i1.3116
15. Sanders MR. Triple p positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. Australian e Journal for the Advancement of Mental Health. 2003;3(2):1446–63. doi:10.5172/jamh.2.3.127
16. Chorpita BF, Barlow DH. The development of anxiety: the role of control in the early environment. Psychological bulletin. 1998; 124(1): 3–16. doi:10.1037/0033-2909.124.1.3
17. Sanders MR, Turner KM, Markie–Dadds C. The development and dissemination of the Triple P–Positive Parenting Program: A multilevel, evidence–based system of parenting and family support. Prevention Science. 2002;3(3):173–89. doi:10.1023/A:1019942516231
18. Talei A, Tahmasian K, Vafai N. Effectiveness of positive parenting program training on mothers' parental self–efficacy. Journal of Family Research. 2011;7(3):311–23. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.30.2]