

## اثربخشی مداخله خانواده محور بر تعاملات والد کودک و مشکلات برونی سازی شده کودکان با سندرم داون

**ساجده ودودی:** دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران  
**سوگند قاسم زاده:** استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط: s.ghasemzadeh@ut.ac.ir  
**سیده منور یزدی:** استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۲/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۵/۲۸

### چکیده

**زمینه و هدف:** پژوهش حاضر با هدف طراحی و بررسی اثربخشی برنامه بهبود بخشی روابط والد-کودک به منظور کاهش مشکلات برونی سازی شده در کودکان سندرم داون انجام شد. در این پژوهش ابتدا برنامه بهبود بخشی روابط والد-کودک طراحی، سپس به ارزیابی اثربخشی برنامه از طریق پژوهش شبه آزمایشی با انتساب نمونه تصادفی با پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری پرداخته شد. روش کار: در این طرح والدین به همراه فرزندانشان به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. جامعه پژوهش حاضر همه دانش آموزان سندرم داون در حال تحصیل در سال ۹۵-۹۶ مدارس استثنایی شهر تهران به همراه والدینشان بود و در نهایت ۳۶ مادر از بین ۵۶ مادر دارای فرزند سندرم داون با مصاحبه تشخیصی و ملاک های ورود و خروج پژوهش غربال شدند، و به پرسشنامه CBCL و پرسشنامه مقیاس رابطه والد-کودک هم در مرحله پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری پاسخ دادند. تحلیل داده ها به روش تحلیل کواریانس چند متغیره از نوع اندازه گیری های مکرر بود. نتایج: یافته ها نشان داد که میانگین پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش با یکدیگر تفاوت معنی داری داشته و میانگین نمرات گروه آزمایش به صورت معنی داری کمتر از گروه کنترل بوده که این امر حاکی از تاثیر مثبت مداخله خانواده محور بوده است. نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که برنامه بهبود بخشی روابط والد-کودک باعث کاهش خرده مقیاس های تعارض و وابستگی و افزایش خرده مقیاس نزدیکی در روابط والد-کودک گردید و همچنین منجر به کاهش مشکلات رفتاری در کودکان سندرم داون شد. واژه های کلیدی: مداخله خانواده محور، تعامل والد-کودک، مشکلات رفتاری، سندرم داون

### مقدمه

سندرم داون یا تریزومی ۲۱، فراوان ترین ناهنجاری کروموزومی در نوزادان زنده متولد شده است. این بیماران به طور معمول دارای عقب ماندگی ذهنی هستند و این سندرم به تنهایی سهم عمده ای از عقب ماندگی های ذهنی انسان را به خود اختصاص می دهد (Lott and Diersson 2010). یکی از بزرگترین عوامل به وجود آورنده مشکلات رفتاری افراد سندرم داون، ناتوانی آنها در مهارت های اجتماعی است که به دلیل مشکلات ناشی از آسیب شناختی دچار آن شده اند (Guidetti et al., 2010). عدم برقراری ارتباط مناسب با هم سن و سالان اعتماد به نفس پایین (Prasher and Lawrence 2006) از دیگر مشکلات این افراد به حساب می آید. همچنین به نظر می رسد که افراد سندرم داون علی رغم وجود مشکلات بدنی، از مشکلات دیگری هم رنج می برند که مهمترین آنها مشکلات

سندرم داون یا تریزومی ۲۱، فراوان ترین ناهنجاری کروموزومی در نوزادان زنده متولد شده است. این بیماران به طور معمول دارای عقب ماندگی ذهنی هستند و این سندرم به تنهایی سهم عمده ای از عقب ماندگی های ذهنی انسان را به خود اختصاص می دهد (Lott and Diersson 2010). یکی از بزرگترین عوامل به وجود آورنده مشکلات رفتاری افراد سندرم داون، ناتوانی آنها در مهارت های اجتماعی است که به دلیل مشکلات ناشی از آسیب شناختی دچار آن شده اند (Guidetti et al., 2010). عدم برقراری ارتباط مناسب با هم سن و سالان اعتماد به نفس پایین (Prasher and Lawrence 2006) از دیگر مشکلات این افراد به حساب می آید. همچنین به نظر می رسد که افراد سندرم داون علی رغم وجود مشکلات بدنی، از مشکلات دیگری هم رنج می برند که مهمترین آنها مشکلات

2013). طبق برآوردهای انجام شده، تقریباً یک سوم کودکان مبتلا به سندرم داون دارای رفتارهای غیرانطباقی هستند (Dykens 2007). علاوه بر چالش‌های مرتبط با رفتار غیرانطباقی، کودکان مبتلا به سندرم داون با ابعاد عملکرد انطباقی و یا توانایی مشارکت در فعالیت‌های روزمره و مسئولیت‌پذیری شامل مهارت‌های مفهومی، عملی و اجتماعی با کشمکش‌های جدی مواجه هستند (Diterline and Oakland 2009). یافته‌های مشابهی در نمونه‌های دیگری از کودکان مبتلا به سندرم داون گزارش شده است که در آن بحث و جدل، لجاجت و نافرمانی به صورت بالا گزارش شده است. منشا اصلی رفتارهای پرخاشگرانه سطح پایین، خلق و خوی کودک (Fidler et al. 2006) و حساسیت مادرانه می‌باشد (Niccols et al. 2011) کناره‌گیری و گوشه‌گیری یکی دیگر از رفتارهای غیرانطباقی شایع است که در کودکان سندرم داون به صورت رفتار مشکل‌ساز نمود می‌یابد (Jacola et al. 2014). گوشه‌گیری یا کناره‌گیری به جای اینکه به عنوان یک مقوله اجتماعی در کودکان سندرم داون باعث ایجاد نگرانی شود، بیشتر مربوط به نوجوانان مبتلا به سندرم داون است (Jacola et al. 2014; Dykens et al. 2002). نوجوانان مبتلا به سندرم داون دارای نرخ بیشتری از انزوای اجتماعی بوده و بیش از کودکان سندرم داون تنها بودن را ترجیح می‌دهند (Jacola et al. 2014). بی‌توجهی نیز یکی از مشکلات شایع در سندرم داون است که هم کودکان و هم نوجوانان مبتلا به سندرم داون در خانه و محیط‌های اجتماعی مشکلاتی در این حوزه دارند (Ekstein et al. 2011; Vicari et al. 2013; Lanfranchi et al. 2010) با توجه به این موضوع، لزوم شناخت و درمان مشکلات برونی‌سازی از جمله مشکلات رفتاری در کودکان سندرم داون مشهود است. این اختلالات، به نقص عملکرد در زمینه‌های گوناگون از جمله زمینه‌های تحصیلی و خانوادگی منجر می‌شود که در نهایت، افت تحصیلی یا رفتارهای بزهکارانه را موجب می‌شود (Evans et al. 2005).

برونی‌سازی شده در این کودکان می‌باشد. تاکنون طبقه‌بندی‌های مختلفی برای مشکلات و مشکلات رفتاری کودکان صورت گرفته است. طبقه‌بندی مشکلات دوران کودکی در قالب مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده، از گسترده‌ترین و پرکاربردترین طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی است که از روی آورد ابعادی پیروی می‌کند (Achenbach and Raskorela 2001). در تعریف مشکلات رفتاری کودکان، آن دسته از رفتارهایی ناهنجار تلقی می‌شوند که ضمن عدم تناسب با سن، شدید، مزمن یا مداوم و گستره آنها (Burt et al. 2003) نیز شامل مشکلات برونی‌سازی شده مانند فزون‌کنشی (Bradly 2002)، تضادورزی و پرخاشگری (Kaplan and Sadock 2002) می‌باشد. در باب سبب‌شناسی این مشکلات، به عوامل متعددی مانند ناتوانی والدین (Bloomquist 2004) در مدیریت رفتار کودک و تعامل منفی، والد-کودک (Muhtadie et al. 2013) اشاره شده است. این کودکان مشکلات اجتماعی بالایی را نیز تجربه می‌کنند که عبارتند از ارتباط اجتماعی کمتر با هم‌سالان سالم خود که باعث از دست دادن فرصت یادگیری مهارت‌های اجتماعی لازم جهت برقراری ارتباط مناسب و موثر در جامعه می‌گردد (Anderson et al. 1983). با استفاده از چک‌لیست رفتاری کودک (Child Behavior Checklist) در نمونه‌ای از کودکان و نوجوانان مبتلا به سندرم داون، نرخ بالایی از نافرمانی (۷۴٪)، لجاجت (۷۹٪) گزارش شد (Dykens et al. 2007; Achenbach and Reskorela 2001) افزون بر این خشونت و پرخاشگری نیز در رابطه با سایر رفتارهای برونی‌سازی بالا بوده و در دوران کودکی و قبل از نوجوانی روند صعودی داشت (Dykens et al. 2002). بسیاری از افراد مبتلا به سندرم داون علیرغم برخورداری از برخی توانایی‌های مقدماتی در سازگاری با اجتماع در معرض رفتارهای غیرانطباقی و چالش برانگیز قرار دارند (Van Gameren-Oosterom et al.).

اسکینز متکی است و از حمایت تجربی کافی برخوردار است. این رویکرد مداخله‌های برای کودکان کم سن و سال با اختلالات عاطفی و رفتاری پیشنهاد شده است (Daunhauer et al. 2014) و تأکید بر بهبود کیفیت رابطه والد و کودک و تغییر الگوهای تعاملی میان این دو دارد (McNeil and Hembree-Kigin 2010). درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک یک برنامه مبتنی بر پژوهش است که توسط آبرگ برای آموزش رفتاری والدین تدوین شده است. در این برنامه که شامل کار با والدین و فرزندان کوچکشان میشود. والدین با دو دسته مهارت آماده میشوند. تعامل کودک مدار (Child-Directed Interaction) که شامل ارتقای رابطه کودک - والد با استفاده از مهارتهای بازی درمانی سنتی می باشد، والدین مهارت های تعامل کودک مدار که شامل جایزه، تقلید، بازتاب، توصیف، اشتیاق و فراهم ساختن توجه وابسته است را یاد می گیرند. در تعامل والد مدار (Child Parent Directed Interaction) والدین مهارتهایی را برای بهبود فرمان برداری کودک و کاهش رفتارهای آشفته او یاد می گیرند که شامل صدور فرامین خوب، تشویق فرمان برداری، محروم سازی با روی صندلی قرارگرفتن به خاطر نافرمانی و ایجاد قوانین معتبر در خانه می شود. این درمان مهارت های یک مداخله کوتاه مدت است که اغلب به دوازده جلسه یک ساعته هفتگی نیاز دارد. هدف از انتخاب این موضوع کمک به کودکان سندرم داون دارای مشکلات برونی سازی شده و والدین آنها می باشد.

## روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، جزو پژوهش های کاربردی است و برحسب نحوه گردآوری داده ها، از نوع پژوهش های شبه آزمایشی و انتساب تصادفی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است. در این طرح آزمودنی با انتساب تصادفی میان گروه های آزمایشی و گروه کنترل تقسیم شدند. در این طرح متغیرهای وابسته با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اندازه گیری می شود. طرح کلی پژوهش در نمودار ۱ آمده است.

تربیت کودک مبتلا به سندرم داون با ابراز مسایل زیادی از طرف والدین همراه است (Cuskelly et al. 2008) که باعث ترکیب چالش برانگیز وظایف مراقبتی با سایر مسئولیت ها می شود (Hoodap 2007). این مشکلات شامل سازگاری اولیه با کودک، توجه به خواسته ها، هماهنگ سازی با سازمان های ارایه دهنده خدمات، مشکلات مالی و نگرش و بازخورد اجتماعی هستند (McConnell and Savage 2015; Crnic et al. 2009). در نتیجه، والدین کودکان مبتلا به سندرم داون در مقایسه با والدین دارای کودکان با رشد عادی (Hamlyn-Wright et al. 2007) سطوح بالایی از استرس را تجربه می کنند (Dabrowska and Pisula 2010). در مطالعات پیشین، معلوم شد که والدین (اکثرا مادران) کودکان ۶-۱۶ ساله مبتلا به سندرم داون در حوزه های عملکرد شناختی، عملکرد اجتماعی، فعالیت های روزمره و سرزندگی در مقایسه با والدین کودکان فاقد شرایط مزمن عملکرد ضعیف تری دارند (Marchala et al. 2017). اگر هر موقعیت تعامل با کودک را به یک مسئله تشبیه کنیم، باید تعامل والد کودک را نوعی مهارت در حل مسئله والدین در موقعیت های مربوط با فرزندان قلمداد کرد (Trunbol et al. 2007). از آنجاییکه هدف اصلی مداخله های روانشناختی کمک به حل مسائل و چالش هایی است که افراد در زندگی روزمره و موقعیت های چالش برانگیز با آنها مواجه هستند، مطالعه تعاملات والد کودک و راه های کارآمد بهبود آن یکی از رسالت های عمده در حوزه روانشناسی به شمار می آید (Van Der Ploeg and Scholte 2008). از این رو این امر مورد توجه پژوهشگران بسیاری در حوزه روانشناسی بوده است. برای انجام این تحقیق از چارچوب نظری درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (Parent-Child Interaction Therapy) بهره برده شده است. این نظریه درمانی است که بر سه دیدگاه نظری دلبستگی جان بالبی (درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک)، یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا و شرطی سازی کنشگر

لزوم ایفای نقش استفاده شده است. در همه جلسات از بحث و تمرین استفاده شده است. یعنی افراد در گروه های کوچک چند نفری به بحث و تبادل نظر در مورد آموخته هایشان و انجام فعالیت های گروهی در زمینه موضوع مربوطه پرداخته و تمرین های ارائه شده در جزوه های آموزشی و کاربرگ آماده شده، انجام داده اند. یک زمان به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه برای استراحت و پذیرایی در اواسط جلسه اختصاص داده شده است. در ابتدای هر جلسه، جزوه، برگه تکلیف و کاربرگ تمرینی مرتبط با موضوع در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد و بخش اول هر جلسه، مجدداً به مرور تمارین مربوط به اجرای مهارت های آموخته شده و تعمیم آنها به موقعیت هایی خارج از جلسات، پاسخ به سوالات احتمالی شرکت کنندگان بوده است و در انتها خلاصه و جمع بندی و ارائه بازخورد از جلسه توسط شرکت کنندگان انجام شده است. شرح جلسات به صورت تفکیک شده در جدول ۱ شرح داده شده است.

ابزار پژوهش: ۱- فهرست نشانه های رفتاری کودک (CBCL) این سیاهه را باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را برعهده دارد و از او مراقبت می کند و یا هر کسی که با کودک در محیط های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می شناسد، تکمیل کند. پاسخ دهنده، ابتدا تعدادی سؤال را که شایستگی های (توانمندی های) کودک را می سنجند و همچنین تعدادی سؤال باز- پاسخ را که به بیماری ها و ناتوانی های کودک مربوط می شوند و عمده ترین نگرانی پاسخ دهنده را در ارتباط با کودک و همچنین نظر او را نسبت به بهترین ویژگیها و خصوصیات کودک جویا می شوند، تکمیل می کند. در ادامه این فرم، پاسخ دهنده، مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را درجه بندی می کند. تعداد این سؤالات ۱۱۳ سؤال است و پاسخ دهنده در مقیاس سه درجه ای لیکرتی بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته، هر سؤال را به صورت ۰ = نادرست؛ ۱ = تاحدی یا گاهی درست؛ و ۲ = کاملاً یا غالباً درست، درجه بندی می کند.

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان سندرم داون شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۲۰۱۷ در مدارس استثنایی شهر تهران و والدین آنها بودند. در این مرحله، نمونه پژوهش به روش مبتنی برهدف و بر اساس نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. پژوهشگر اطلاعات لازم را در مورد پژوهش با والدین شرکت کنندگان در میان می گذاشت و فرم رضایت آگاهانه را به آنان ارائه می کرد. در صورت اعلام موافقت و امضای فرد مذکور، فهرست بررسی رفتار کودک، فرم والد برای کودکان اجرا می شد و در صورت اطمینان از برقرار بودن تمام ملاک های پژوهش حاصل از مصاحبه بالینی و اجرای فرم والد فهرست بررسی رفتار کودک (کسب نمره  $T < 60$ )، مادران این کودکان شرکت کننده به عنوان نمونه پژوهش وارد مطالعه می گردید. همچنین جلسه ای جداگانه برای آن دسته از شرکت کنندگان که فرزندانشان بر اساس آزمون های انجام شده دارای مشکلات رفتاری نبودند جهت پاسخ به سوالات مربوط به تعاملات مثبت والد- کودک، آموزش بازی های تعاملی بین والدین و فرزندان و همچنین تشکر از همکاری توسط پژوهشگر برگزار گردید. تعداد ۳۶ نفر از مادران دارای کودک سندرم داون با روش نمونه گیری در دسترس، به عنوان نمونه اصلی پژوهش با توجه به ملاک های ورود و خروج پژوهش که مهمترین آنها شرط سنی بین ۶ تا ۱۶ سال و دارا بودن نشانه های مشکلات رفتاری (لجبازی، نافرمانی و کمبود توجه)، نداشتن چند معلولیت همزمان و همچنین عدم دریافت مداخله روانشناختی دیگر برای کودک و والدین در زمان اجرای پژوهش بود انتخاب شدند و سپس در دو گروه مساوی ۱۸ نفری مادران به همراه فرزندانشان، به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. محتوای این جلسات آموزشی به شکل آموزش روانشناختی (Psychoeducation)، بدین صورت بوده است که در هر جلسه آموزشی از سخنرانی و بارش ذهنی، به شکل تلفیقی از روش دیالوگ سقراطی و مشارکتی، اکتشاف هدایت شده، آموزش روانی و در صورت

تقلیل یافت. به همین دلیل در پژوهش منفرد روایی و پایایی مقیاس ۳۳ آیتمی آن مورد محاسبه قرار گرفت و برای احراز روایی و پایایی این پرسشنامه از روایی سازه به شیوه تحلیل عاملی تاییدی و آلفای کرونباخ استفاده شد (Monfared 2011).

## نتایج

یافته‌های توصیفی حاصل از مقیاس‌های تعامل والد کودک و مشکلات رفتاری برونی سازی به تفکیک دو گروه (آزمایش و کنترل) و مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در نمودار ۱ ارائه شده است. قبل از انجام هر گونه تحلیل آماری، غربالگری داده‌ها در سطح آیتم‌ها و نمرات خرده‌مقیاس‌ها به منظور شناسایی داده‌های پرت و خارج از دامنه انجام گرفت و داده‌های پرت از تحلیل خارج شدند. نمودار ۱ نشانگر افزایش میانگین در خرده‌مقیاس نزدیکی و کاهش میانگین در خرده‌مقیاس‌های تعارض، وابستگی و متغیر مشکلات رفتاری برون سازی در گروه آزمایشی، پس از دوره آموزش (مرحله پس آزمون) است. به عبارت دیگر گروه آزمایش پس از تجربه مداخله، تعامل والد کودک مناسبتر و مشکلات رفتاری کمتری را از خود نشان داده‌اند و این فرایند مثبت تا مرحله پیگیری تقریباً با ثبات بوده است. این در حالی است که گروه کنترل تقریباً در کلیه مؤلفه‌ها در بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تغییر قابل ملاحظه‌ای را نشان نمی‌دهد.

از آنجایی که پژوهشگر به دنبال مقایسه گروه‌ها بر اساس میانگین‌های بیش از یک متغیر وابسته با حذف تفاوت‌های اولیه است و از سوی دیگر داده‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری جمع آوری شده است لذا تحلیل آماری پژوهش حاضر نیز از نوع تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری‌های مکرراست. قبل از انجام تحلیل کواریانس چندمتغیری با طرح اندازه‌گیری مکرر ابتدا مفروضه‌های رابطه خطی بین متغیرهای وابسته، توزیع بهنجار متغیرها، همگنی

اگر حالت یا نشانه مورد نظر در شش ماه گذشته در فرد وجود نداشت، نمره صفر، اگر تا حدودی یا برخی از اوقات وجود داشت نمره یک و اگر کاملاً وجود داشت نمره دو تعلق می‌گیرد. جمع کل نمرات پرسش‌ها از جمع نمرات هر یک از عبارت‌ها بدست می‌آید. هنجار یابی این پرسشنامه پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونه ایرانی انجام شد. نتایج نشان داد که ضریب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی در سطح رضایت بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ است. قابلیت اعتماد سازه و محتوای این پرسشنامه نیز در هنجاریابی ایرانی مورد تایید قرار گرفته است. قابلیت اعتماد این آزمون توسط آخنباخ (۱۹۹۱)، ۰/۸۷ گزارش شده است (Gadow and Sprafkin 2002)

۲-مقیاس رابطه والد-کودک: این مقیاس توسط بیاننا برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ سوال است که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودک می‌سنجد. این مقیاس دارای حوزه‌های نزدیکی، وابستگی، تعارض و رابطه مثبت کلی مادر-کودک می‌باشد. این پرسشنامه دارای مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۵=کاملاً موافقم تا ۱=کاملاً مخالفم را در بر می‌گیرد. شیوه نمره گذاری بر حسب پاسخ‌های ۵ تا ۱ انجام می‌پذیرد. رابطه مثبت کلی که همان نمره کل است از مجموع نمرات حوزه نزدیکی و معکوس نمرات حوزه تعارض و وابستگی بدست می‌آید روایی محتوایی و پایایی این پرسشنامه توسط ابارشی به دست آمده است این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی است که هر کدام به ترتیب با آلفای کرونباخ ۰/۸۳، ۰/۶۹، ۰/۴۶ و ۰/۸۴ منطبق هستند. پایایی این حوزه‌ها در مطالعه ابارشی و همکاران نیز به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ گزارش شد. به دلیل این که نمونه مورد مطالعه ابارشی و همکاران مادران کودکان ۰ تا ۳ ساله بودند برخی از سوالات پرسشنامه حذف گردید و از ۳۳ سوال به ۲۴ سوال

واریانس متغیرهای وابسته و برابری ماتریس‌های کوواریانس در گروه‌ها مورد بررسی قرار گرفتند.

خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته نیز با بررسی نمودار پراکنش داده‌ها بین این متغیرها در دو گروه مداخله و کنترل صورت گرفت که این نمودارها مورد خاصی از غیرخطی بودن را نشان ندادند. بنابراین تأییدی بر مفروضه خطی بودن بین داده‌ها است. بر اساس آزمون کلموگراف اسمیرنوف  $Z$  هیچ یک از متغیرهای وابسته معنی دار نبود ( $p > 0/05$ ) بنابراین فرض نرمال بودن توزیع برقرار است. همچنین بر اساس آزمون لوین فرض  $F$  هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنی دار نبودند ( $p > 0/05$ )؛ بنابراین فرض همگنی واریانس-ها برقرار است. نتایج آزمون ام. باکس ( $F_{36,344,5/61} = 1/13$ ) حاکی از عدم معنی داری مقدار  $F$  است ( $p > 0/05$ )؛ بنابراین شاهد برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها هستیم و در نتیجه برای بررسی فرضیه‌های پژوهش حاضر استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر بلامانع است. شایان ذکر است در تحلیل حاضر نمرات پیش‌آزمون به عنوان کروییت انتخاب شد. یافته‌های حاصل نشان داد که در نیمرخ نمرات ترکیبی خرده مقیاس‌های متغیر تعامل والد-کودک و متغیر مشکلات رفتاری برونی سازی شده گروه‌ها پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی دار وجود دارد  $F = 4/96$  و  $df = 4$  و  $25$  و  $p < 0/05$  و  $\eta^2 = 0/44$  و  $Pillai's Trace = 0/44$ . این یافته به این معنا است که نیمرخ متغیرهای وابسته گروه‌های مورد مطالعه پس از حذف اثر پیش‌آزمون، از هم تفاوت معنی دار دارند. اندازه اثر این تفاوت‌ها نیز  $0/44$  بدست آمده است که براساس طبقه‌بندی کوهن در دامنه متوسط قرار دارد. در ادامه تعقیب نتایج حاصل از اثر عامل گروه، برای مشخص شدن این که تفاوت‌های حاصل در بین گروه‌ها را می‌توان به تفاوت در کدام مؤلفه‌ها نسبت داد، اقدام به بررسی آزمون اثر بین‌آزمودنی‌ها شد. نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که میانگین نمرات

اصلاح شده پس‌آزمون متغیرهای وابسته بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنی دار داشته ( $p < 0/05$ ) و میانگین نمرات گروه آزمایش به صورت معنی داری در متغیر نزدیکی بیشتر و در متغیرهای وابسته دیگر کمتر از گروه کنترل بوده که این امر حاکی از تأثیر مثبت مداخله بوده و در نتیجه فرضیه‌های تحقیق تأیید می‌شود.

## بحث

مشکلات والدین در تعامل با کودکان و دل‌بستگی به کودکان با افزایش سن کودک بیشتر می‌شوند (Hodapp 2007;) علاوه بر چالش‌های مرتبط با رفتار غیرانطباقی، کودکان مبتلا به سندرم داون با ابعاد عملکرد انطباقی و یا توانایی مشارکت در فعالیت‌های روزمره و مسئولیت‌پذیری شامل مهارت‌های مفهومی، عملی و اجتماعی با کشمکش‌های جدی مواجه هستند (Ditterline and Oakland 2009). این مجموعه مهارت‌ها برای فعالیت موفقیت آمیز در محیط خانه و همچنین مشارکت سازنده در فعالیت‌های تعاریف متفاوتی یادگیری نقش محوری دارند (Daunhauer et al. 2014). مداخله خانواده محور مفهومی است که از آن ارائه شده است (Turnbull et al. 2007) با توجه به تنوع بالا در مفهوم پردازی مداخله خانواده محور، نمی‌توان ادبیات پژوهشی مرتبط با این موضوع ویژه را در هم ادغام نمود بنابراین تمرکز ما عمدتاً بر حوزه‌هایی از عملکرد خانوادگی است که مورد سنجش قرار گرفته‌اند: فرزند پروری، رابطه با فرزند و مشکلات برونی سازی شده، بنابراین در راستای هدف مطالعه حاضر، ما بر کیفیت تعاملات و روابط در درون خانواده تمرکز کرده ایم (Van Der Ploeg and Scholte 2008). بر اساس ادبیات موجود انتظار ما بر این است که والدین کودکان سندرم داون مشکلات فرزندپروری و استرس بیشتری نسبت به والدین دارای کودکان رشد عادی تجربه کنند (Dabrowska and Pisula 2010;)

منظور افزایش رفتارهای مطلوب و کاهش تعاملات منفی است. بعد از اجرای پژوهش انتظار می رود والدین دارای کودک سندرم داون به خصوص مادر که مراقب اصلی کودک محسوب می شود، روابط محدودتری نسبت به فرزند داشته و در رفتار آنها کمتر حالت نزدیکی وجود داشته باشد. این والدین از نزدیکی پرهیز کرده و تمایل به کناره گیری و بی اهمیتی در رابطه با فرزند خود نشان می دهند. در این خانواده ها، بر اساس کم توانی ذهنی کودک، در مورد شخصیتش قضاوت می کنند. این امر سبب می شود تا کودک بی اعتنائی والدینش را به عنوان نشانه طرد و عدم پذیرش از سوی آنها تلقی کند. لذا می کوشد با انجام رفتار ناشایست و بد رفتاری توجه والدینش را جلب کند. همین امر باعث افزایش تعارض بین والد و کودک می شود اجرای مداخله خانواده محور باعث بهبود روابط والد-کودک یعنی کاهش خرده مقیاس های تعارض و وابستگی و افزایش نزدیکی خواهد شد و همچنین بعد از مداخله خانواده محور مشکلات برونی سازی کودکان با سندرم داون کاهش خواهد یافت. در همین راستا، نتایج پژوهش عیسی نژاد و خندان (Isanejad and Xandan 2017) که آموزش مدیریت والدین بر هر یک از ابعاد فرزند پروری مثبت، کاهش تنبیه بدنی و نظارت ضعیف والدین موثر است و موجب بهبود مشکلات سلوک، مشکلات اجتماعی، مشکلات رواند تنی در کودکان می شود. در نمونه ای متشکل از کودکان مبتلا به سندرم داون ۱۲-۵ ساله، کودکان مبتلا به سندرم داون در مقایسه با گروه کنترل با رشد عادی که از نظر سن عقلی با این کودکان همساز شده بودند مقاومت کمتری در انجام تکالیف و سطوح بالایی از رفتار اجتماعی در حین تکالیف حل مسئله از خود نشان دادند (Kasari and Freema 2001) در تحقیقی بر روی ۸۰ مادر و ۴۴ پدر کودک ۱۳-۱۱ ساله مبتلا به سندرم داون از نظر سلامت کیفیت زندگی (Health-related quality of life) و مشخص شد سلامت کیفیت زندگی در والدین کودکان مبتلا به سندرم داون در گذر زمان مثلا از سنین ۸-۶ سالگی تا سنین ۱۳-۱۱ سالگی تغییر معنی داری نمی کند.

(Glimore and Cuskelly 2012). در تبیین مشکلات رفتاری برونی سازی شده می توان چنین گفت؛ والدین کودکان مبتلا به این دسته از مشکلات، مهارت های والدگری ضعیفی دارند، رفتارهای آمرانه بیشتری دارند، بیشتر با فرزند خود بیشتر جنبه ی اتفاقی دارد (Bradly 2002). اختلالات برونی سازی شده، نتیجه شکست در اعمال قوانین بی ثبات، نظارت کم و ضعف مهارت های حل مسئله است. بنابراین، فقدان مشارکت والدین، مدیریت و نظارت ضعیف و انضباط خشن و بی ثبات، پیش بینی کننده های قوی رفتارهای برونی سازی و ضداجتماعی در کودکان و نوجوانان هستند (Satoorian et al. 2017) در رابطه با تاثیر سن کودک، اغلب مطالعات حاکی از آن هستند که مشکلات والدین و خانواده با افزایش سن کودک مبتلا و با گذر از دوران خردسالی به سمت نوجوانی افزایش می یابد (Lanfranchi and Vianello 2012; Hoodap et al. 2003). تاثیر سن در مقایسه با کودکان دارای اختلالات رشدی دیگر، کم و بیش مختص والدین کودکان مبتلا به سندرم داون است (Hodapp et al. 2003). در مطالعه حاضر ما به بررسی مشکلات رفتاری کودکان سندرم داون و اثربخشی و ارزیابی اجرای مداخلات خانواده محور پرداخته ایم که توسط والدین کودکان مبتلا به سندرم داون گزارش شده است. سپس به تحلیل بهبود تعاملات والد کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودکان سندرم داون پرداخته ایم. قابل ذکر است که مشابه این پژوهش در خصوص مشکلات رفتاری به ویژه در کودکان سندرم داون در داخل کشور انجام نگرفته است و خلا بزرگی در رابطه با بازسازی شناختی والدین به خصوص مادران و بهبود روابط والد-کودک در خانواده دارای کودک سندرم داون دیده می شود. بنا بر مفروضات آموزش مدیریت والدین رفتار مشکل دار به صورت غیر عمدی ایجاد می شود و در صورت وجود تعاملات والدینی ناسازگارانه ادامه می یابد؛ بنابراین مهم ترین هدف، آموزش تغییر الگوی تعاملی والد-کودک به

برنامه مداخله ایی حاکی از اثر بخشی برنامه خانواده محور بهبود بخشی روابط والد-کودک، بر نشانه‌های مشکلات رفتاری کودکان است. در تبیین نتایج حاصل از این فرضیه پژوهشی (Lee et al. 2014) در مطالعه خود نشان دادند عوامل متعددی مانند ناتوانی والدین در مدیریت رفتار کودک و تعامل منفی، والد-کودک باعث بروز مشکلات برونی سازی شده مانند فزون کنشی، تضادورزی و پرخاشگری میشود و تکرار پیاپی رفتارهای برونی سازی شده کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری، واکنش‌های منفی اطرافیان را برمی‌انگیزد و عموماً سبب افزایش تعاملات اجباری والد-کودک نیز می‌شود. با توجه به مطالعات پیشین، یکی از عواملی که سبب تداوم و نگهداری مشکلات رفتاری در کودکان می‌گردد، ناتوانی والدین در مدیریت رفتار کودک، منفی‌گرایی بیش از حد مادر و همچنین مقررات سخت می‌باشد. مداخلات خانواده محور می‌تواند در رفتار کودکان و کنار آمدن با پریشانی و کاهش مشکلات رفتاری در کودکان سندرم داون در خانواده‌ها کمک کند. سینگ، لنسینونی، ویتون و سینگ (Singh et al. 2010) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش به والدین کودکان دارای مشکلات رفتاری و افزایش آگاهی آنان، موجب ارتقای تعامل‌های مثبت بین والدین و کودکان میشود و رضایت فرزندان را از والدین افزایش می‌دهد. والدینی که دارای کودک استثنایی به ویژه سندرم داون می‌باشند خود دچار مشکلات متعددی هستند. در مطالعات پیشین، معلوم شد که والدین (اکثراً مادران) کودکان ۶-۱۶ ساله مبتلا به سندرم داون در حوزه‌های عملکرد شناختی، عملکرد اجتماعی، فعالیت‌های روزمره و سرزندگی در مقایسه با والدین کودکان فاقد شرایط مزمن عملکرد ضعیف تری دارند (Marchala et al. 2013). اگر چه در جمع‌آوری مطالب و نیز اجرای پرسشنامه و استخراج نتایج و تجزیه و تحلیل داده‌ها، تلاش و دقت زیادی به عمل آمده است، اما این مطالعه نیز همانند پژوهش‌های پیشین با محدودیت‌هایی برای رسیدن به هدف‌های پژوهش مواجه بوده است از جمله آنکه با توجه به

یافته‌های مطالعه حاضر نشان دهنده مشکلات متعدد در عملکرد خانوادگی است اما در والدین و خانواده‌های کودکان مبتلا به سندرم داون مشکلات سلامت کیفیت زندگی کمتری مشاهده می‌شود (Marchala et al. 2017). مطالعه دیگری بر روی ۲۴ دانش‌آموز سندرم داون نشان داد که افراد مبتلا به سندرم داون (سندرم داون) بیشتر در معرض برخی رفتارهای غیرانطباقی هستند. یافته‌ها نشان دهنده رفتارهای غیرانطباقی در حوزه درونسازی، برونسازی و حوزه‌های دیگری از رفتار غیرانطباقی می‌باشد (Daunhauer et al. 2014). همچنین مشکلات روابط والد کودک باید در فرآیند بالینی مورد توجه ویژه قرار بگیرد زیرا رابطه سالم درون خانوادگی برای سلامت و بهزیستی اعضای خانواده اهمیت مضاعف دارد (Hartley et al. 2011). این مسئله حاکی از آن است که والدین در تقسیم وظایف مراقبتی خود با سایر مسئولیت‌های خود مشکلاتی دارند؛ به عنوان مثال اختصاص زمان به رابطه با همسر در همین راستا لازم است. این مسئله همسو با پژوهش مقدم، فروزان نیا، رخشانی، حیدر پورو طراوت منش (Taravatmanesh 2016) می‌باشد. مطالعات آتی به بررسی مشکلات روابط زناشویی والدین دارای نوجوانان مبتلا به سندرم داون پرداخته و به نحوه تکامل و پیشرفت آن در گذر زمان توجه کنند چرا که سن کودک نقش مهمی در رابطه زناشویی والدین ایفا می‌کند (Hartley et al. 2011). اثربخشی برنامه‌های بهبود روابط موثر در خانواده، در درمان اختلال‌های رفتاری در بسیاری از مطالعات قبلی نیز مورد تایید قرار گرفته است (Singh et al. 2010; Lee et al. 2014). پژوهشگران اذعان می‌دارند با آموزش نحوه رفتار صحیح و موثر والدگری، علامت‌های مشکلات رفتاری در کودکان سندرم داون کاهش می‌یابد (Daunhauer et al. 2014). کاهش معنی‌دار نشانه‌های بالینی کودکان دارای اختلال‌های رفتاری به خصوص در رفتارهای مقابله‌ای و مشکلات کرداری پس از اجرای این



### نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که برنامه بهبود بخشی روابط والد-کودک باعث کاهش خرده مقیاس‌های تعارض و وابستگی و افزایش خرده مقیاس نزدیکی در روابط والد-کودک گردید و همچنین منجر به کاهش مشکلات رفتاری در کودکان سندرم داون شد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات است و بدون حمایت مالی سازمان و نهاد خاصی انجام شده است. از دوستان و همکاران مدرسه استثنایی ساریخانی و تمام عزیزان شرکت کننده که با همکاری فراوان، ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه سپاسگذاری می‌نمایم.

محدود کردن دامنه‌ی سنی نمونه‌های مورد استفاده در این پژوهش از لحاظ دامنه سن تقویمی و سن عقلی، باید در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های کودکان کم‌توان ذهنی با احتیاط عمل کرد. همچنین این مطالعه مقطعی بوده و تاثیرات مثبت این برنامه را تنها طی یک دوره چند ماهه مورد بررسی قرار داده است و تاثیر تفاوت ادراکی معلمان و والدین از مفاهیم پرسشنامه، در پاسخ به سوالات آنها می‌تواند تا حدودی در تشخیص نشانه‌ها مشکلاتی ایجاد کند. از این رو پیشنهاد می‌گردد از نتایج این پژوهش به منظور ارتقای تعاملات والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری در سایر گروه‌های کودکان در قالب برنامه‌های آموزشی مدرسه محور و خانواده محور استفاده شود تا بتوان از بروز مشکلات و تعارض‌های خانوادگی پیشگیری کرد.

|                |                |   |                |   |                  |
|----------------|----------------|---|----------------|---|------------------|
| T <sub>3</sub> | T <sub>2</sub> | X | T <sub>1</sub> | R | گروه آزمایشی (E) |
| T <sub>6</sub> | T <sub>5</sub> | - | T <sub>4</sub> | R | گروه کنترل (C)   |

T= test

X= intervention

R= randomized assignment

نمودار ۱- طرح کلی پژوهش

**جدول ۱- شرح جلسات پژوهشی مداخله خانواده محور بر تعاملات والد کودک و مشکلات برونی سازی شده کودکان با سندرم داون**

|                       |                   |   |
|-----------------------|-------------------|---|
| جلسه اول              | گروهی با والدین   | آشنایی با والدین، معرفی کلی برنامه، بیان اهداف، ذکر قوانین، ارزیابی کارکرد کودک و خانواده قبل از درمان  |
| جلسه دوم              | گروهی با مادران   | آموزش موضوعات پایه از قبیل: همدلی با والدین، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندانشان آموزش تایم کیفی برای مادران   |
| جلسه سوم و چهارم      | گروهی با والدین   | تشویق و تقویت والدین، انجام ارائه راهکارهای ارتباط موثر والد-والد، ارائه کاربرگ، انجام کار گروهی  |
| جلسه پنجم             | گروهی با مادران   | پیگیری تکالیف جلسه قبل معرفی و ارائه مجموعه اسباب بازیهای مورد نیاز برای جلسات بازی و شرح منطق استفاده از هر یک از آنها، بیان لزوم استفاده از بازی درمانی و تاثیرات آن، آموزش بازی های حسی حرکتی برای بهبود تعاملات والد کودک |
| جلسه ششم              | انفرادی با والدین | جلسه حمایت کننده برای بررسی مشکلات احتمالی، پاسخ به سوالات والدین، تشویق و ایجاد انگیزه برای شرکت در جلسات بعدی   |
| جلسات هفتم، هشتم، نهم | گروهی با مادران   | استرس و راه کار های کنترل آن برای والدین دادن کاربرگ انجام کار گروهی پیگیری تکالیف جلسه قبل آموزش بازی برای کنترل استرس کودکان  |
| جلسات دهم، یازدهم     | گروهی با مادران   | خشم و راه کار های کنترل آن برای والدین دادن کاربرگ انجام کار گروهی پیگیری تکالیف جلسه قبل آموزش بازی برای کنترل خشم کودکان، آموزش راه کارهای انعکاس احساس در کودکان برای بهبود تعاملات  |
| جلسه دوازدهم          | گروهی با مادران   | آموزش راهکارهای ارتباط موثر و بیان لزوم استفاده از آن دادن کاربرگ انجام کار گروهی پیگیری تکالیف جلسه قبل  |
| جلسه سیزدهم           | گروهی با مادران   | آموزش بازی های حسی حرکتی تکرار و تمرین آموزه های قبلی جمع بندی پاسخ به مشکلات احتمالی والدین  |
| جلسه چهاردهم          | تماس تلفنی        | هدایت، ارزیابی و پیگیری جلسات بازی و مهارتهای والدین پاسخ به مشکلات احتمالی والدین  |

**جدول ۲- آماره های توصیفی مقیاسهای تعامل والدکودک و مشکلات رفتاری برونی سازی**

| متغیر                    | مرحله     | گروه   |       |
|--------------------------|-----------|--------|-------|
|                          |           | آزمایش | کنترل |
| مشکلات رفتاری برونی سازی | پیش آزمون | ۸۰/۱۷  | ۵/۳۹  |
|                          | پس آزمون  | ۷۵/۵۶  | ۳/۱۱  |
|                          | پیگیری    | ۷۵/۷۸  | ۲/۹۲  |
| نزدیکی                   | پیش آزمون | ۳۴/۳۳  | ۴/۳۵  |
|                          | پس آزمون  | ۳۹/۱۱  | ۲/۲۴  |
|                          | پیگیری    | ۳۹/۸۹  | ۳/۰۱  |
| تعارض                    | پیش آزمون | ۶۸/۳۳  | ۱۰/۹۳ |
|                          | پس آزمون  | ۵۶/۵۹  | ۸/۴   |
|                          | پیگیری    | ۵۶/۱۸  | ۷/۲۲  |
| وابستگی                  | پیش آزمون | ۲۲/۳۹  | ۳/۲   |
|                          | پس آزمون  | ۱۸/۲۸  | ۲/۱   |
|                          | پیگیری    | ۱۸/۱۷  | ۲/۴   |

جدول ۳- نتایج آزمون های اثر بین گروهی میانگین های متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و کنترل: بررسی اثر بخشی مداخله محور بر تعاملات والد-کودک و مشکلات برونی سازی شده کودکان با سندرم داون

| منبع      | متغیر وابسته             | نوع سوم مجذورات | درجه آزادی | F      | معنی داری |
|-----------|--------------------------|-----------------|------------|--------|-----------|
| پیش آزمون | مشکلات رفتاری برونی سازی | ۴۲۴/۲۹          | ۱          | ۵۳/۰۷  | ۰/۰۰۱     |
|           | نزدیکی                   | ۱۷۲/۷۴          | ۱          | ۱۳/۳۳  | ۰/۰۰۱     |
|           | تعارض                    | ۱۱۲۵/۸۱         | ۱          | ۸/۷    | ۰/۰۰۶     |
| بین گروهی | وابستگی                  | ۱۸۰/۷۹          | ۱          | ۲۵/۸۲  | ۰/۰۰۱     |
|           | مشکلات رفتاری برونی سازی | ۱۹۹/۶۴          | ۱          | ۲۴/۹۷  | ۰/۰۰۱     |
|           | نزدیکی                   | ۲۹۹/۲۳          | ۱          | ۲۳/۰۹  | ۰/۰۰۱     |
|           | تعارض                    | ۳۰۹۹/۲۵         | ۱          | ۲۳/۹۶  | ۰/۰۰۱     |
|           | وابستگی                  | ۲۵۹/۰۵          | ۱          | ۳۷/۰۰۲ | ۰/۰۰۱     |

## Reference

- Achenbach, T.M. and Rescorla, L.A., 2001. *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT, the University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Anderson S.C., Grossman L.M. and Finch H.A., 1983. Effects of a recreation program on the social interaction of intellectually disabled adults. *J Leis Res*, 15(2), pp.100-107.
- Bradly, S.J., 2002. *Affect regulation and the development of psychology*. New York, Guilford.
- Bloomquist, M.L., 2004. *Coping skills with maladaptive child*. Tehran, Sana Publication. [In Persian]
- Burt, S.A., Krueger, R.F., McGue, M. and Iacano, W., 2003. Parent-child conflict and the comorbidity among childhood externalizing disorder. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 60(1), pp. 505-513.
- Crnicek, K., Arbona, A.P., Baker, B. and Blacher, J., 2009. Mothers and fathers together: Contrasts in parenting across preschool to early school age in children with developmental delays. *International Review of Research in Mental Retardation*, 37(1), pp. 3-30.
- Cuskelly, M., Hauser Cram, P. and Van Riper, M., 2008. Families of children with Down syndrome: What we know and what we need to know. *Down Syndrome Research and Practice*, pp. 105-113.
- Dabrowska, A. and Pisula, E., 2010. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), pp. 266-280.
- Daunhauer, L.A., Fidler, D.J. and Will, E., 2014. School function in students with Down syndrome. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(2), pp.167-176.
- Daunhauer, L.A., Fidler, D.J., Hahn, L., Will, E., Lee, N.R. and Hepburn, S., 2014. Profiles of everyday executive functioning in young children with Down syndrome. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 119(4), pp. 303-318.
- Ditterline, J. and Oakland, T., 2009. *Relationships between adaptive behavior and impairment*. In Goldstein, S., Naglieri J.A. (EDS.), *Assessing impairment*. New York, Springer US.

- Dykens, E.M., 2007. Psychiatric and behavioral disorders in persons with Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Review*, 13(3), pp. 272-278.
- Dykens, E.M., Shah, B., Sagun, J., Beck, T. and King, B.H., 2002. Maladaptive behavior in children and adolescents with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(6), pp. 484-492.
- Ekstein, S., Glick, B., Weill, M., Kay, B. and Berger, I., 2011. Down syndrome and attention deficit/hyper activity disorder (ADHD). *Journal of Child Neurology*, 26(1), pp. 1290-1295.
- Evans, S.W., Mullett, E., Weist, M.D. and Franz K., 2005. Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(1), pp. 51-58.
- Fidler, D., Most, D., Booth LaForce, C. and Kelly, J., 2006. Temperament and behaviour problems in young children with Down syndrome at 12, 30, and 45 months. *Down syndrome Research and Practice*, 10(1), pp. 23-29.
- Gadow, K.D. and Sprafkin, J., 2002. *Child Symptom Inventory- 4 Screening and Norms Manual*. Stony Brook, NY: Checkmate plus.
- Gilmore, L. and Cuskelly, M., 2012. Parenting satisfaction and self-efficacy. A longitudinal study of mothers of children with Down syndrome. *Journal of Family Studies*, 18(1), pp. 28-35.
- Guidetti L., Franciosi E., Gallotta M.C., Emerenziani G.P. and Baldari C., 2010. Could sport specialization influence fitness and health of adults with mental retardation? *Res Dev Disabil*. 31(5), pp. 1070-1075.
- Hamlyn-Wright, S., Draghi Lorenz, R. and Ellis, J., 2007. Locus of control fails to mediate between stress and anxiety and depression in parents of children with a developmental disorder. *Autism*, 11(6), pp. 489-501.
- Hartley, S.L., Seltzer, M.M., Barker, E.T. and Greenberg, J.S., 2011. Marital quality and families of children with developmental disabilities. *International Review of Research in Developmental Disability*. 41(1), pp.1-29.
- Hodapp, R.M., 2007. Families of persons with Down syndrome: New perspectives, findings, and research and service needs. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(3), pp. 279-287.
- Hodapp, R.M., Ricci, L.A., Ly, T.M. and Fidler, D.J., 2003. The effects of the child with Down syndrome on maternal stress. *British Journal of Developmental Psychology*, 21(1), pp. 137-151.
- Isanejad, O. and Xandan, F., 2017. Comparing the effect of positive parenting program training (Triple P) and parent management training (PMT) on parenting styles and emotional-behavioral problems in children. *Journal of Counseling Research*, 15(62), pp. 98-125. [In Persian]
- Jacola, L.M., Hickey, F., Howe, S.R., Esbensen, A. and Shear, P.K., 2014. Behavior and adaptive functioning in adolescents with Down syndrome: Specifying the target for intervention. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 7(4), pp. 287-305.
- Kaplan, H. and Sadock, B., 2002. *Clinical Psychiatry*. Translated by N. Pouraphkari. Tehran: Publication Azadeh. [In Persian]
- Kasari, C. and Freeman, S.F., 2001. Task related social behavior in children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*. 106(3), pp. 253-264.
- Lanfranchi, S., Jerman, O., Dal Pont, E., Alberti, A. and Vianello, R., 2010. Executive function in adolescents with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(4), pp. 308-319.
- Lanfranchi, S. and Vianello, R., 2012. Stress, locus of control, and family cohesion and adaptability in parents of children with Down, Williams, Fragile X, and Prader-

- Willi syndromes. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(3), pp. 207-224.
- Lee, E.H., Zhou, Q., Ly, J., Main, A., Tao, A. and Chen, S.H., 2014. Neighborhood characteristics, parenting styles, and children's behavioral problems in Chinese-American immigrant families. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20(2), pp. 202-212.
- Lott I.T. and Diersson M., 2010. Cognitive deficits and associated neurological complications in individuals with Down's syndrome. *The Lancet Neurology*, 9(6), pp. 623-633.
- Marchala, J.P., Maurice-Stama, H., van Trotsenburg, A.S.P. and Grootenhuis, M.A., 2013. Health-related quality of life in parents of six to eight-year-old children with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), pp. 4239-4247.
- Marchala, J.P., Maurice-Stama, H., van Trotsenburg, A.S.P. and Grootenhuis, M.A., 2017. Mothers and fathers of young Dutch adolescents with Down syndrome: Health-related quality of life and family functioning. *Research in Developmental Disabilities*, 59(1), pp. 359-369.
- McConnell, D., Savage, A., 2015. Stress and resilience among families caring for children with intellectual disability. *Expanding the research agenda. Current Developmental Disorders Reports*, 2(2), pp. 100-109.
- McNeil, Ch. and Hembree-Kigin, T., 2010. *Parent Child Interaction Therapy*. Springer us.
- Muhtadie, L., Zhou, Q., Eisenberg, N. and Wang, Y., 2013. Predicting Chinese children's internalizing problems. The unique and interactive effects of temperament and parenting. Development and Psytrrends in time spent with children. *Journal of Family and Economic Issues*, 17(1), pp. 365-92.
- Niccols, A., Milligan, K., Chisholm, V. and Atkinson, L., 2011. Maternal sensitivity and overt aggression in young children with Down syndrome. *Brain and Cognition*, 77(2), pp. 153-158.
- Prasher VP. and Lawrence D., 2006. Psychiatric morbidity in adults with Down syndrome. *Psychiatry*, 5 (9), pp. 316-319.
- Satoorian, S.A., Tahmassian, K. and Ahmadi, M.R., 2017. The Role of Parenting Dimensions and Child-Parent Relationship in Children's Internalized and Externalized Behavioral Problems, *Journal of Family Research*, 12(4), pp. 683-705. [In Persian]
- Singh, N., Lancioni, G., Winton, A. and Singh, J., 2010. Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), pp. 167-174.
- Turnbull, A.P., Summers, J.A., Lee, S.H. and Kyzar, K., 2007. Conceptualization and measurement of family outcomes associated with families of individuals with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), pp. 346-356.
- Taravatmanesh, S., 2016. The effectiveness of parent management training (PMT) on anxiety and depression in Parents of children with ADHD. *Shiraz E-Medical Journal*, 17(6), pp. 1-4. [In Persian]
- Van Der Ploeg, J.D. and Scholte, E.M. 2008. *Handleiding gezinsvragenlijst GVL. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum*.
- Van Gameren-Oosterom, H.B., Fekkes, M., Buitendijk, S.E., Mohangoo, A.D., Bruil, J. and Van Wouwe, J.P., 2013. *Development, problem behavior, and quality of life in a population-based sample of eight-year-old children with Down syndrome*. Public Library of Science.
- Vicari, S., Pontillo, M. and Armando, M., 2013. Neurodevelopmental and psychiatric issues in Down's syndrome: Assessment and intervention. *Psychiatric Genetics*, 23(3), pp. 95-107.

## The Effectiveness of a Family-Centered Intervention on Parent-Child Interactions and Externalized Problems of Children with Down's Syndrome

*Vadoudi, S.*, M.A. Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

*Ghasemzadeh, S.*, Ph.D. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran-Corresponding Author: s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

*Yazdi, S.M.*, Ph.D. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Al-Zahra University, Tehran, Iran

Received: May 12, 2018

Accepted: Aug 19, 2018

### ABSTRACT

**Background and Aim:** The objective of this study was to design and examine the effectiveness of a parent-child relationship improvement program in reducing the externalized problems in children with Down's syndrome. A parent-child relationship improvement program was designed, followed by assessing its effectiveness in a random sample of pupils using a quasi-experimental research design with a pre-test, post-test and follow-up.

**Materials and Methods:** The study population was all the pupils with Down's syndrome in the schools for exceptional student in Tehran and their parents in the academic year 2016-2017. The parents and their children were divided into two experimental and control groups.

Thirty-six out of 56 mothers were screened based on a diagnostic interview and inclusion and exclusion criteria and completed the CBCL and parent-child relationship questionnaires in the pre-test, post-test, and follow-up stages. Data analysis was performed using the multivariate covariance analysis with repeated measurements.

**Results:** The results showed that the mean post-test scores were statistically significantly different between the control and experimental groups, the mean scores of the experimental group being lower than those of the control group, which indicates a positive effect of the family-centered intervention.

**Conclusion:** Based on the findings, it is concluded that the parent-child relationship improvement program can reduce the subscales of conflict and dependence and increase the subscale of intimacy in the parent-child relationships. Moreover, it can also reduce behavioral problems in children with Down's syndrome.

**Keywords:** Family-Centered Intervention, Parent-Child Interaction, Behavioral Problems, Down's syndrome