مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره یازدهم، شمارهٔ ۲، خرداد – تیر ۱۳۸۸، صفحه ۷۹-۷۴

# تاثیر برنامه آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش شکایات جسمانی کودکان

**الناز پوراحمدی*[۱]، محسن جلالی[۲]، رسول روشن[۳]، علیرضا عابدین[۴]**

۱- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه شاهد
۳- استادیار گروه روان شناسی دانشگاه شاهد
۴- استادیار گروه روان شناسی دانشگاه شهید بهشتی

**دریافت: ۸۷/۴/۹ ، اصلاح: ۸۷/۶/۲۷، پذیرش: ۸۷/۱۱/۳۰**

## خلاصه

**سابقه و هدف:** یکی از معمولترین مشکلات مربوط به کودکان، وجود شکایات جسمانی پایدار بدون علت طبی مشخص می باشد که اغلب بر عملکرد کودک در مدرسه، خانواده و ارتباط با همسالان تاثیر می گذارد. عوامل خانوادگی مانند بیماری ها و استرس والدین، خصوصا تعامل منفی والدین با کودک و فرزند پروری ناکارآمد والدین با شکایات جسمانی کودکان و نوجوانان ارتباط دارند. لذا این مطالعه به منظور بررسی اثر بخشی برنامهٔ فرزندپروری مثبت بر کاهش شکایات جسمانی کودکان انجام شد.

**مواد و روشها:** این مطالعه از نوع شبه آزمایشی بر روی ۱۸ دانش آموز که در دو مرحلهٔ تصادفی و مبتنی بر هدف انتخاب شده بودند، انجام شد. دانش آموزانی که در خرده مقیاس جسمانی کردن فهرست رفتاری کودک (Child Behavioral Checklist, CBCL) و نیز فرم گزارش معلم ( Teacher Report Form, TRF) نمره ای بالاتر از ۳، نقطهٔ برش (T=۶۴) کسب کرده بودند، انتخاب و از مادران آنها جهت شرکت در مطالعهٔ دعوت شد و به دو گروه ۹ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند و از همه آنها پیش آزمون و پس آزمون بعمل آمد. برای گروه آزمایش برنامهٔ فرزندپروری مثبت به مدت ۲ ماه در ۸ جلسهٔ آموزشی ۱۲۰ دقیقه ای اجرا شد. سپس هر دو گروه مجدداً توسط فهرست رفتاری کودک ارزیابی و مورد مقایسه قرار گرفتند.

**یافته ها:** میانگین سن افراد گروه آزمایش ۴/۴±۳۲/۲ و گروه کنترل ۴/۳±۳۱/۸ سال بود میانگین نمره پیش آزمون گروه کنترل ۰/۸±۳/۸ و میانگین نمره پس آزمون آنها ۰/۹±۳/۶ بود. میانگین نمره پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۰/۷±۳/۷ و ۱/۱±۲/۸ بود. همچنین تفاضل نمره در گروه کنترل ۰/۴±۰/۲ بود که اختلاف معنی داری را نشان داد ($p<0/05$).

**نتیجه گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که برنامه آموزش فرزند پروری مثبت به مادران سبب کاهش شکایات جسمانی کودکان می شود. بنابراین توصیه می شود برنامه آموزش فرزندپروری مثبت با حضور پدران و مادران بدون در نظر گرفتن سن و جنس فرزندانشان انجام گیرد.

**واژه های کلیدی:** ***برنامهٔ فرزندپروری مثبت، شکایات جسمانی، فهرست رفتاری کودک، فرم گزارش معلم.***

## مقدمه

حدود ۲۷ درصد از بیمارانی که به محیط های درمانی مراجعه می کنند، بیماری طبی قابل تشخیص ندارند (۱). تنها ۲۵ درصد مشکلات بیماران به تشخیص جسمی واضح می انجامد و شایعترین تشخیص، عدم وجود بیماری است (۲). شکایات جسمانی پایدار با سبب شناسی طبی نامشخص که در موارد شدید تحت عنوان اختلال جسمانی کردن شناخته شده، یکی از معمولترین مشکلات مربوط به کودکان و نوجوانان می باشد. میزان شیوع شکایات جسمانی بدون سبب شناسی طبی مشخص در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله، حدود ۱۰ تا ۲۹ درصد گزارش شده است (۵-۳). معمولا اغلب نشانه های جسمانی حداقل شش ماه طول کشیده و بر اساس معاینهٔ جسمی و آزمایش ها قابل توجیه نیستند و این نشانه ها به صورت عمدی ایجاد یا وانمود نمی شوند (۷و۶). از فراوانترین این نشانه ها سردرد، نشانه های معده ای-روده ای و نیز دردهای عضلانی-استخوانی می باشد، شکایات جسمانی اغلب مزمن بوده و با ناراحتی روان شناختی قابل ملاحظه و رفتار افراطی در جستجوی کمک طلبی همراه می باشند. همچنین بر عملکرد کودک در مدرسه، خانواده و ارتباط با همسالان تاثیر می گذارند (۸و۶). در علت شناسی شکایات جسمانی در کودکان و نوجوانان، عوامل بسیاری مطرح شده که از مهمترین آنها متغیرهای روان شناختی مانند عوامل استرس زای مدرسه (۱۰و۹) قربانی تعرض جنسی شدن (۱۲و۱۱) و خصوصیات خانوادگی مثل استرس یا بیماری والدین، تعارضات خانوادگی و خصوصا تعامل منفی والد- کودک و سبک فرزندپروری ناکارآمد والدین می باشد (۱۴و۱۳). بنابراین در بیماران با شکایات جسمانی، شناسایی عوامل روان شناختی دخیل در بروز مشکلات آنان با کمک

* مسئول مقاله:
آدرس: تبریز، کوی پرواز، بابایی یک، نبش لاله ۸، پلاک ۱۳
e-mail: empj1359@yahoo.com

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.2.11.8 ]

روش های روانپزشکی و روان شناسی و سپس درمان همزمان مشکلات جسمانی به همراه مسائل روان شناختی آنان ضروری می باشد (۱۶و۱۵).

تحقیقات نشان دادند که اکثر کودکان مبتلا به شکایات جسمانی و اختلال جسمانی کردن از خانواده های بی ثبات برآمده اند و تحت بدرفتاری های جسمی قرار داشته اند (۱۴و۱۳و۱۱). والدین این کودکان غالباً در برخوردهای انضباطی شان، خشن، نا هماهنگ و انعطاف ناپذیر بوده و شیوهٔ فرزندپروری آنها اغلب استبدادی است (۱۸و۱۷). فراوانی یافته های موجود در زمینهٔ ارتباط بین تعاملات نامناسب والدین با شکایات جسمانی کودکان، نشان می دهد که تعامل والده کودک یکی از عوامل اساسی، در آسیب شناسی این کودکان می باشد (۱۹). لذا، به نظر می رسد که مداخلات خانواده محور بتوانند تا حدودی مشکلات کودکان مبتلا را کاهش دهند، اما در این زمینه مطالعات اندکی صورت گرفته است (۲۲-۲۰). تحقیقات متعدد ثابت کرده اند که مداخلات خانوادگی رفتاری بر مبنای اصول یادگیری اجتماعی در درمان و پیشگیری بسیاری از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان موثر می باشند (۲۴و۲۳). از آنجایی که از میان عوامل خطرساز خانوادگی، فرزندپروری ناکارامد والدین پیش بینی کنندهٔ مهمی برای رشد و حفظ مشکلات رفتاری –هیجانی و از جمله شکایات جسمانی در کودکان و نوجوانان می باشد، لذا به نظر می رسد مداخلات خانواده محوری که شیوهٔ فرزند پروری والدین را مورد هدف قرار دهند، می توانند از روش های موثر پیشگیری از شکایات جسمانی در کودکان و یا کاهش علائم افراد مبتلا باشند (۲۵و۲۰).

یکی از این مداخلات، برنامهٔ فرزندپروری مثبت، که توسط Sanders و همکارانش بوجود آمده درمانگری های رفتاری خانوادگی است که بر اساس اصول یادگیری اجتماعی قرار دارد (۲۵و۲۳) این برنامه یک مداخلهٔ چند سطحی است که عوامل محافظتی کودکان را تقویت می کند و عوامل خطر سازی که با مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان در ارتباط است را کاهش داده و در واقع برنامهٔ فرزندپروری مثبت را به والدین می آموزد که تعاملات مثبت خود را با کودکانشان افزایش دهند و از تعاملات ناسازگار و ناهماهنگ بپرهیزند (۲۶و۲۳). برنامهٔ فرزندپروری مثبت به دلیل کارایی گسترده، خصوصا هنگامی که به صورت گروهی برگزار می شود، ارزان بودن و پذیرش آن توسط خانواده ها، راهبرد مؤثری برای کمک به والدینی است که با اختلالات عاطفی–هیجانی کودکانشان مواجه هستند (۲۴). در همین راستا و با توجه به نیاز به درمانی موثر که بتواند مشکلات کودکان مبتلا به شکایات جسمانی را کاهش دهد، مطالعه حاضر جهت بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر کاهش علائم کودکان ایرانی مبتلا به شکایات جسمانی انجام گرفته است.

## مواد و روشها

این مطالعهٔ بر روی کلیهٔ دانش آموزان دختر مقاطع ابتدایی شهرستان نهاوند که با نمونه گیری در دو مرحلهٔ تصادفی و مبتنی بر هدف انتخاب شدند، صورت گرفت، ابتدا هشت مدرسه به طور تصادفی از میان دبستان های دخترانهٔ شهرستان نهاوند انتخاب شدند. سپس به آن مدارس مراجعه و بعد از هماهنگی های لازم با مسئولین این مدارس، از آنها درخواست شد تا دانش آموزانی را که در مدرسه شکایات جسمانی دارند را معرفی نمایند. سپس فهرست رفتاری کودک (CBCL) همراه با توضیحاتی در مورد هدف تحقیق، توسط دانش آموزان معرفی شده (n=۴۳) برای والدین آنها ارسال شد. پس از تکمیل پرسشنامه ها توسط والدین و ارجاع مجدد آن به مدرسه، دانش آموزانی که در مقیاس جسمانی کردن فهرست رفتاری کودک نمرهٔ بالاتر از ۳، نقطهٔ برش (T بالاتر از ۶۹) کسب کردند انتخاب شدند. به منظور تأئید نظر گاه والدین، فرم گزارش معلم (TRF) توسط معلم دانش آموزان انتخاب شده نیز تکمیل شد. پس از هماهنگی دو نظر گاه والدین و معلم، نمونهٔ مورد نظر شامل ۲۴ نفر از دانش آموزانی که در مقیاس جسمانی کردن هر دو پرسشنامه، نمرهٔ بالاتر از نقطهٔ برش را کسب کردند انتخاب شده و از مادران آنها دعوت شد تا در این مطالعه شرکت کنند. جهت تشخیص دقیق تر مصاحبهٔ تشخیصی بر اساس ملاک های اختلالات جسمانی کردن در (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) نیز از مادران کودکان مذکور به عمل آمد تا عدم وجود مشکلات طبی در این کودکان محرز شود. در نهایت ۱۸ نفر از مادران کودکانی که دارای علائم جسمانی کردن بودند انتخاب و به دو گروه ۹ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. از همه مادران پیش آزمون و پس آزمون بعمل آمد. مادران گروه آزمایش در جلسات گروهی برنامهٔ آموزش فرزندپروری مثبت شرکت کردند. این برنامهٔ که مهارت های مثبت کنترل کودک را به جای والدگری استبدادی به والدین می آموزده در ۸ جلسه آموزشی دو ساعته و در فواصل یک هفته، به مدت دو ماه اجرا شد. در ابتدا بعد از ایجاد ارتباط با مادران، در هر جلسه موضوعات اصلی با زبانی ساده و قابل فهم برای آنها بازگو شد و از آنها خواسته شد که در صورت احساس مشکل و یا داشتن سؤال آن را مطرح و ایفای نقش نمایند تا درمانگر به اتفاق دیگر اعضای جلسه در این مورد بحث و گفتگو نمایند. در پایان هر جلسه نیز خلاصه رئوس مطالب جلسه به صورت تایپ شده به شرکت کنندگان ارائه گردید و همچنین تکالیف لازم مربوط به آن جلسه، جهت تمرین در منزل به آنها داده شد، در ابتدای هر جلسه مطالب جلسات قبل مرور شده و سپس در مورد تکالیف منزل و مشکلاتی که در اجرای تمرینات با آن مواجه شده بودند، بحث شد و با رفع مشکلات و سؤالات احتمالی به موضوع جدید پرداخته شد. در مورد مادران گروه کنترل هیچ گونه مداخلهٔ آموزشی – درمانی انجام نشد و تنها در پیش آزمون – پس آزمون شرکت کردند.

پس از اتمام جلسات آموزشی، مادران گروه آزمایش و کنترل مجدداً فهرست رفتاری کودک را تکمیل کردند. دو فرم پرسشنامه فهرست رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF) که در این مطالعه از آنها استفاده شد، دو فرم نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ هستند که به ترتیب توسط والد و معلم، بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل شدند، در این پرسشنامه ها مقیاس هایی بر اساس اختلالات DSM-IV-TR تنظیم شده و شامل مشکلات عاطفی، اضطرابی، شکایات جسمانی، نارسایی توجه/ فزون–کنشی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری هستند. بصورت سه گزینه ای (کاملاً، معمولاً و اصلاً) می باشد که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می کنند. وضعیت هر فرد در نیمرخ پرسشنامه ها، بر اساس نمره ای که در هر مقیاس می گیرد مشخص می شود. با توجه به هدف پژوهش حاضر، کسب نمره خام ۳ و بالاتر (نمره T، ۶۴ و بالاتر) در مقیاس جسمانی کردن، به معنای احتمال وجود مشکل و نمرهٔ کمتر از ۳ (نمره T کمتر از ۶۴) در این مقیاس به معنای عدم وجود مشکل طرح می شود. هنجاریابی این پرسشنامه ها، پس از انطباق های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونه ایرانی انجام شد. اعتبار و محتوای

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.2.11.8 ]

این دو پرسشنامه نیز در هنجاریابی ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۸و۲۷). در پایان، داده های قبل و بعد از آموزش با استفاده از آزمون U من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

## یافته ها

تعداد کل مادران شرکت کننده در این مطالعه ۱۸ نفر می باشد که از این تعداد ۹ نفر در گروه آزمایش و ۹ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. میانگین سن مادران گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب برابر ۴/۴±۳۲/۲، ۴/۳±۳۱/۸ می باشد. میانگین تفاضل نمره پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل ۰/۴±۰/۲ و گروه آزمایش ۰/۸±۰/۹ بود که اختلاف معنی داری با هم داشتند ($p<0/05$) (جدول شماره ۱).

**جدول شماره ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرهٔ شکایات جسمانی کودکان در پیش آزمون، پس آزمون و تفاضل آنها**

| شاخص | Mean±SD |
|---|---|
| **پیش آزمون** | |
| کنترل | ۳/۸±۰/۸ |
| آزمایشی | ۳/۷±۰/۷ |
| **پس آزمون** | |
| کنترل | ۳/۶±۰/۹ |
| آزمایشی | ۲/۸±۱/۱ |
| **تفاضل پیش-پس آزمون** | |
| کنترل | ۰/۲±۰/۴ |
| آزمایشی | ۰/۹±۰/۸ |

در ضمن با آزمون من ویتنی دیده شد. نمرات شکایات جسمانی در گروه آزمایش با توجه به تغییرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون، کاهش یافته است ($p<0/05$). پس می توان گفت که آموزش برنامهٔ فرزندپروری مثبت به مادران، باعث کاهش علائم کودکان ایرانی مبتلا به شکایات جسمانی شده است.

## بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان داد که علائم جسمانی کردن در کودکان گروه آزمایش با توجه به تغییرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است با یافته های Sanders و همکارانش که نشان دادند آموزش برنامه فرزندپروری مثبت باعث کاهش شکایات جسمانی کودکان می شود همسویی دارد، Sanders همچنین نشان داد که برنامه فرزندپروری مثبت در درمان دل درد عود کننده کودکان نیز موثر است و مشکلات کودکان مبتلا به اختلال جسمانی کردن، تحت تأثیر مداخلهٔ مبتنی بر آموزش برنامهٔ فرزندپروری مثبت کاهش می یابد (۲۹).

Larsson (۳۰)، Scohill و همکاران (۳۱)، Spratt (۱۵)، Lester و همکاران (۳۲) و Nielsen و همکاران (۳۳) نیز بر کارامدی شیوه های دیگر آموزش والدین در درمان اختلالات جسمانی کردن در کودکان و نوجوانان تأکید کرده اند. با توجه به یافته های مربوط به کاهش شکایات جسمانی کودکان در اثر آموزش، می توان گفت که مداخلهٔ بکار گرفته شده در این مطالعه روش سودمندی جهت کاهش نشانه های اختلال در کودکان ایرانی مبتلا بوده است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که بسیاری از مشکلات کودکان دارای شکایات جسمانی با سبب شناسی طبی نامشخص از محیط طبیعی خانواده برخاسته و عوامل نگهدارندهٔ آنها نیز در همین محیط قرار دارند (۱۹و۱۵و۱۳-۱۱). بنابراین می توان پذیرفت که آموزش کسانی که بیشترین زمان را با کودک می گذرانند و بیشترین تأثیر را بر او دارند، احتمال کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان را در پی داشته باشد. از طرف دیگر، یافته های این پژوهش با دیگر یافته ها در شرایط فرهنگی متفاوت نزدیک بوده است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که اختلال جسمانی کردن به طور کلی پدیده ای فرافرهنگی است (۱۵)، هر چند ممکن است در محتوای مسائل بوجود آمده، شرایط فرهنگی نیز دخالت داشته باشد. از سویی اصولی که برنامهٔ فرزندپروری مثبت بر آن بنا شده، تئوری هایی هستند که نقش آنها در تبیین بخشی از رفتارهای آدمی غیر قابل انکار است. به همین دلیل نتایج این مطالعه شباهت قابل توجهی با دیگر تحقیقات دارد. در مجموع نتایج بررسی، علیرغم ضعف ها و محدودیت ها، موید اثر بخشی خانواده درمانگری رفتاری بر اساس آموزش برنامهٔ فرزندپروری مثبت بر کاهش علائم کودکان مبتلا به شکایات جسمانی بود و امید است که با بر طرف شدن محدودیت ها در دوره های بعدی آموزش، نتایج بهتری حاصل شود. باید توجه داشت که این مطالعه محدود به سن و جنس خاص و بر اساس آموزش مادران بوده است. بهتر است مطالعات آینده با حضور پدران و آموزش آنها، در شرایط فرهنگی خود، انجام شود. بدون تردید پژوهش های آتی می تواند گستره های تازه ای را در مورد تأثیر برنامهٔ فرزندپروری مثبت در مقابل ما بگشاید.

## تقدیر و تشکر

شایسته است در انتها از همکاری صادقانه آموزش و پرورش کل شهرستان نهاوند و مسئولان و معلمین گرامی دبستانهای دخترانهٔ این شهرستان و نیز والدین دانش آموزان شرکت کننده در این مطالعه تشکر نماییم.

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.2.11.8 ]

# The Effect of the Triple P-Positive Parenting Program on Children with Somatic Complaints

**E. Pourahmadi (MS) [1*], M. Jalali (MS) [2], R. Roshan (PhD) [3], A. Abedin (PhD) [4]**

1. MS in Child and Adolescent Clinical Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran
2. MS in Clinical Psychology, University of Shahed, Tehran, Iran
3. Assistant Professor of Psychology, University of Shahed, Tehran, Iran
4. Assistant Professor of Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran

**Received: Jun 29th 2008, Revised: Sep 17th 2008, Accepted: Feb 18th 2009.**

## ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVE:** The presence of physical complaints of unknown etiology is a fairly common occurrence in pediatric populations and often interferes with school, home life, and peer relationships. There are potential relationships among parental illness, parental stress and particularly, negative parent-child relationships and dysfunctional parenting style and children's somatic complaints. The purpose of this study was to investigate the effect of the triple p-positive parenting program on children with somatic complaints.

**METHODS:** This research is a semi-experimental design with pre-post test and control group. Eighteen mothers whose children had received scores above of cut-point (T=64) on somatic symptoms subtest of child behavioral checklist (CBCL) and their problems were also confirmed by the teacher report form (TRF) were selected and randomly allocated to the experimental (n=9) and control (n=9) groups. Experimental group received triple-p for 8 weeks, single a week sessions lasted two hours. Both groups of mothers were evaluated again by CBCL.

**FINDINGS:** Mean age of subjects in experimental group was 32.2±4.4 and in control group was 31.8±4.3 years. In control group, mean pre-test score was 3.8±0.8 and mean post-test score was 3.6±0.9. In experimental group, mean pre-test score and mean post-test score was 3.7±0.7 and 2.8±1.1, respectively. Also difference in score in control group was 0.2±0.4 that showed a significant difference ($p<0.05$).

**CONCLUSION:** This research showed that the triple p-positive parenting program should be implemented for parents without considering their children's age and sex.

**KEY WORDS:** *Triple p-positive parenting program, Somatic complaints, Child behavioral checklist, Teacher report form.*

## References

1. Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al. The Functioning and well-being of depressed patients. Results from the medical outcomes study. JAMA 1989; 262(7): 914-19.

[*] **Corresponding Author;**
**Address:** No: 13, Corner of Laleh 8, Babaee Ave, St. Parvaz, Tabriz, Iran, Zip code: 5167730888
**E-mail:** empj1359@yahoo.com

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.2.11.8 ]

2. Brown JW, Robertson LS, Kosa J, Alpert JJ. A study of general practice in Massachusetts. JAMA 1971; 216(2): 301-6.
3. Larsson BS. Somatic complaints and their relationship to depressive symptoms in Swedish adolescents. J Child Psychol Psychiatry 1991; 32(5): 821-32.
4. Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the children's somatization inventory. J Consult Clin Psychol 1991; 3(13): 588-95.
5. Oster J. Recurrent abdominal pain, headache, and limb pains in children and adolescents. Pediatrics 1972; 50(3): 429-36.
6. Sadok B, Sadok V. Psychiatric handbook. Behavioral sciences-clinical psychiatry, Volume 2, 8th ed, Tehran, Ab Publication 2004; pp: 257-81. [in Persian]
7. Dadsetan P. Developmental psychopathology, Volume 1, 5th ed, Tehran, Samt Publication 2006; pp: 244-9. [in Persian]
8. Mullick MS. Somatoform disorders in children and adolescents. Bangladesh Med Res Counc Bull 2002; 28(3): 112-22.
9. Khalilian AR, Hassanzadeh R, Zarghami M. To study the relationship between the psychogenic factors and physical complain scale in school students of Sari Township in 1999-2000. J Mazandaran Univ Med Sci 2000, 10 (26): 56-61. [in Persian]
10. Buddeberg FB, Gnam G. School type, school stress and health problem in Zurich middle school students. J Pediatr Psychol 1995; 26(5): 259-67.
11. Lackner JM, Gudleski GD, Blanchard EB. Beyond abuse: the association among parenting style, abdominal pain, and somatization in IBS patients. Behav Res Ther 2004; 42(1): 41-56.
12. Atlas JA, Wolfson MA, Lipschitz DS. Dissociation and somatization in adolescent inpatients with and without history of abuse. Psychol Rep 1995; 76(3 Pt 2): 1101-2.
13. Craig TK, Boardman AP, Mills K. The South London somatisation study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. Br J Psychiatry 1993; 163(12): 579-88.
14. Beck JE. A developmental perspective on functional somatic symptoms. J Pediatr Psychol 2007; 86(7): 1083-94.
15. Spratt EG. Somatoform disorder: Somatization. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33(3): 1223-35.
16. Rhee H. Physical symptoms in children and adolescents. In: Miles MS, Holditch-Davis D, editors. Enhancing nursing research with children and families using a developmental science perspective. New York, NY: Springer Publishing Co 2003; pp: 95-121.
17. Radmanesh M, Shafei S. Psychopathology of skin psychosomatic disorders. Skin Pharmacol 2003; 3(1): 135-43.
18. Bloomquist ML. Coping skills with maladaptive child, 1st ed, Tehran, Sana Publication 2004; pp: 51-63. [in Persian]
19. Beena J. Behaviour problem in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006; 2(1): 48-61.
20. Smith GR, Rost K, Kashner TM. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. Arch Gen Psychiatry1995; 52(3): 238-43.
21. Mullins LL, Olson RA. Familial factors in the etiology, maintenance, and treatment of somatoform disorders in children. Fam Syst Med 1990; 8(1): 149-75.
22. Campo JV, Fritz G. A management model for pediatric somatization. Psychosomatics 2001; 42(6): 467-76.
23. Sanders MR. Triple p–positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. Australian e–Journal for the advancement of Mental Health (AejAm) 2003; 3(2): 1446-63.

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.2.11.8 ]

24. Sanders MR, Pidgeon AM, Gravesock F, Connors MD, Brown S, Young RW. Dose parental attributional retraining and anger management enhance the effects of triple p-positive parenting program with parents at risk of child maltreatment. Behav Ther 2004; 35(3): 513-35.
25. Dean C, Myers K, Evants E. Communicating–wide implementation of parenting program: The South East Sydney positive parenting program. AejAMH 2003; 3(1): 1-12.
26. Sanders MR, Turner KM, Markei Dadds C. The development and dissemination of the triple p-positive parenting program: A multilevel evidence– based system of parenting and family support. Prev Sci 2002; 3(3): 173-89.
27. Sanders MR, Markie Dadds C, Tully LA, Bor W. The triple p-positive parenting program: A comparison of enhanced, standard, and self -directed behavior family intervention for parents of children with early onset conduct problems. J Consult Clin Psychol 2000; 68(4): 624-40.
28. Minaee A. Psychometric properties of Ashtenbakh system of empirically based assessment. 2nd ed, Tehran, Exceptional Child Education Publication 2005; pp: 22-9. [in Persian]
29. Sanders MR, Shepherd RW, Cleghorn G, Woolford H. The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. J Consult Clin Psychol 1994; 62(2): 306-14.
30. Larsson BS. Behavioral treatment of somatic disorders in children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatr 1992; 1: 61-81.
31. Scahill L, Sukhodolsky DG, Bearss KL, et al. Randomized trial of parent management training in children with tic disorders and disruptive behavior. J Child Neurol 2006; 21(8): 650-6.
32. Lester P, Stein JA, Bursch B. Developmental predictors of somatic symptoms in adolescents of parents with HIV: A 12-month follow-up. J Dev Behav Pediatr 2003; 24(4): 242-50.
33. Nielsen TB, Vikan A, Dahl AA. Parenting related to child and parental psychopathology. J Clin Child Psychol 2002; 4(8): 517-292.

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.2.11.8 ]

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.2.11.8 ]