

## انطباق‌سازی برنامه «مراقبت از رشد کودک» بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله و اعتباریابی آن

علی بهاری قره‌گوز<sup>۱</sup>، حمید علیزاده<sup>۲\*</sup>، سیف‌اله حیدرآبادی<sup>۳</sup>، محمد عسگری<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۴/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۷/۰۲

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** استفاده از رویکرد پاسخ به مداخله در حمایت از یادگیری و رشد کودکان، توجه مدرسان، محققان و سیاست‌گذاران را جلب کرده است بنابراین هدف پژوهش انطباق‌سازی برنامه «مراقبت از رشد کودک» بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله و اعتباریابی است.

**مواد و روش کار:** برای رسیدن به اهداف پژوهش از روش پژوهش آمیخته استفاده شد. جامعه آماری شامل اسناد و خبرگان مرتبط با موضوع پژوهش بودند؛ که به روش هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند. از مصاحبه، مرور اسناد (بخش کیفی) و پرسشنامه محقق ساخته (بخش کمی) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌های از اسناد با استفاده از روش تحلیل محتوای استقرایی و در بخش کمی با استفاده روش‌های آماری توصیفی انجام شده است.

**یافته‌ها:** طبق تحلیل محتوای انجام‌شده، پنج گام شامل: تحلیل مبانی برنامه و گروه هدف، تعیین ابعاد و مؤلفه‌های برنامه جدید، معرفی برنامه جدید، ارزیابی اولیه و اعتبار سنجی، برای انطباق‌سازی مشخص شد و در قالب این نقشه برنامه انطباق‌سازی انجام گرفت. شاخص روایی محتوا برای کل برنامه 0/93 و پایایی آن 0/95 به دست آمد.

**نتیجه‌گیری:** شاخص‌های کمی و کیفی نشان داد برنامه پیشنهادی از ویژگی‌های اعتبارسنجی مطلوبی برخوردار بوده و می‌تواند به‌عنوان یک برنامه کاربردی در برنامه‌های سلامت کشور لحاظ کرد.

**واژه‌های کلیدی:** برنامه مراقبت از رشد کودک، پاسخ به مداخله، انطباق‌سازی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره هشتم، پی‌در پی ۱۲۱، آبان ۱۳۹۸، ص ۶۱۵-۶۰۳

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، تلفن: ۰۹۱۲۵۱۶۴۶۸۹

Email: alizadeh@atu.ac.ir

### مقدمه

رشد<sup>۵</sup> به‌عنوان یک الگوی پیچیده، محصول فرایندهای زیستی، شناختی، اجتماعی-هیجانی است که از دیدگاه‌های مختلف بررسی شده است. نظریه‌های زیستی تلاش می‌کنند عوامل زیستی مؤثر بر رشد کودکان مانند ژن‌ها، تغذیه و هورمون‌ها را مورد بررسی قرار دهند (۱). از دیدگاه روان تحلیل‌گری، نیاز به مبادله عاطفی صمیمی<sup>۶</sup> با چهره مادر، تحریک گسترده و مراقبت دائم و بدون توقف، از جمله نیازهای اساسی کودکان در حال رشد معرفی شده

(۲) که عدم دریافت توجه و دلگرمی از والدین و مراقبین ممکن است موجب ایجاد دل‌سردی در کودک شده و زمینه را برای بروز انواع مشکلات عاطفی-هیجانی فراهم می‌کند (۳). در تبیین اهمیت نقش مراقبین در فرایند رشد، وینیکات<sup>۷</sup> برای توصیف یکی از کارکردهای مهم مراقبین اصطلاح مادر خوب متعادل<sup>۸</sup> را مطرح کرد که مراقب متناسب با نیازهای مختلف کودک، خود را دگرگون و سازگار می‌کند (۴). بالبی در سال ۱۹۶۹ فرآیند دل‌بستگی نوزاد به مادر را توصیف کرد (۵). اینسورث با گسترش نظریه‌ی بالبی

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران

<sup>۲</sup> استاد گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استاد یار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

<sup>۵</sup> development

<sup>۶</sup> intimate interchange of affection

<sup>۷</sup> Winnicott

<sup>۸</sup> Good enough mother

حمایت کنند. بعضی از والدین و مراقبان مانند خانواده‌های کم‌درآمد و دارای شرایط اقتصادی و فرهنگی نامساعد و یا با سلامت روان در معرض خطر<sup>۹</sup> (مثلاً افسردگی مادر)، مراقبت‌هایی باکیفیت بالا را به فرزندان خود ارائه نمی‌دهند و در پرورش فرزندان خود با موانع و مشکلات زیادی روبرو بوده و کیفیت ارتباط با فرزندان خود را در معرض خطر قرار می‌دهند که توانمندسازی والدین و تمرکز بر شیوه‌های فرزند پروری از جمله مهم‌ترین روش‌های رفع این مشکل است. (۱۴) چراکه با برنامه‌های دقیق می‌توان ظرفیت مراقبین را برای آماده‌سازی محیط‌های یادگیری موردنیاز کودکان، تقویت کرد (۱۲) که یکی از این برنامه‌ها، برنامه «مراقبت از رشد کودک<sup>۱۰</sup>» است. این برنامه توسط سازمان بهداشت جهانی برای توانمند کردن مراقبین، کارکنان بهداشت و افرادی که با خانواده‌ها، جهت پیشبرد رشد و تحول کودک کار می‌کنند، طراحی شده و در این برنامه مراقبان برای ایجاد تحول بهینه در کودکان به سه مهارت اساسی نیاز دارند که عبارت‌اند از: (۱) حساس بودن<sup>۱۱</sup>؛ یعنی آگاهی از حرکات، ژست‌ها و صدای کودک و تفسیر آن، (۲) پاسخگو بودن<sup>۱۲</sup>؛ پاسخ مناسب از نظر زمانی و کیفی به علائم و نشانه‌های کودک و (۳) غنی‌سازی یادگیری و ایجاد وابستگی<sup>۱۳</sup> یعنی ایجاد اعتماد و روابط اجتماعی و برقراری رابطه عاطفی بین کودک و مراقب (۲۰).

یکی از مدل‌های ارائه خدمات به کودکان در اوایل دوره کودکی، «مدل پاسخ به مداخله<sup>۱۴</sup>» است. این مدل بر آماده‌سازی محیط یادگیری باکیفیت بالا به‌محض آشکار شدن مشکل، قبل از انتظار برای تشخیص رسمی و همچنین استفاده از سلسله‌مراتب مداخله در برآورده کردن نیازها، متمرکز است (۲۱) و در هر سطح، شدت آموزش برای کودکانی که به سطوح قبلی آموزش، پاسخ نمی‌دهند، با روش‌های مختلف مانند ایجاد گروه‌های کمتر، افزایش فراوانی<sup>۱۵</sup> مداخله و اضافه شدن به مدت آن<sup>۱۶</sup> افزایش داده می‌شود (۲۲) که این رویکرد علاوه بر مهارت‌های تحصیلی، حوزه رشدی مانند زبان، رشد عاطفی-اجتماعی و حرکتی و غیره را نیز شامل می‌شود (۲۳). علاقه زیاد به مدل‌های مختلف آموزش، از جمله توسعه مدل‌های

سازه حساسیت مادرانه<sup>۱</sup> را مطرح نموده (۶) که با نوع دل‌بستگی کودکان رابطه داشته و در رشد مهارت‌های اجتماعی - شناختی مؤثر است (۷). فونگی<sup>۲</sup> و همکاران کنش انعکاسی<sup>۳</sup> والدین را ارائه نموده‌اند (۸) که با دل‌بستگی ایمن کودکان رابطه معناداری دارد (۹). برخی از محققان اشتراک حالت عاطفی<sup>۴</sup> و هماهنگی عاطفی<sup>۵</sup> را در تحول روانی کودک مهم مطرح می‌کنند (۱۰). یکی دیگر از نظریه‌های مهم، مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط<sup>۶</sup> است. در این مدل بر اهمیت هیجان‌ها و به نقش ارتباط در رشد انسان تأکید می‌شود (۱۱). با مروری بر مفاهیم موجود در نظریه‌های فوق چنین استنباط می‌شود که هرچند کودکان از همان آغاز تولد با یکدیگر متفاوت هستند و این تفاوت‌ها پایه و اساس ژنتیکی دارد اما ظهور و بروز آن‌ها و رسیدن به توانایی بالقوه، وابسته به شرایط محیطی است که این شرایط محیطی از طریق صمیمیت، تعاملات پاسخگو و غنی‌سازی زبانی<sup>۷</sup> در خانواده بر کودک تأثیر می‌گذارد (۱۲-۱۴). برخی از محققان معتقدند که مراقبت حساس و پاسخگو شرط لازم برای رشد جسمانی و روانی کودک بوده و در مقابل اثرات منفی نظیر فقر و خشونت جنبه محافظتی دارد (۱۵)، درحالی‌که فرزند پروری پاسخگو، پتانسیل ارتقاء رشد نرمال برای کودکان پرخطر، مانند کودکان با خانواده کم‌درآمد و یا نارس را دارد (۱۶)، عدم حمایت روان‌شناختی از مراقبین کودکان در معرض خطر تأخیر رشدی، چالش اساسی برای مراقبت‌های بهداشتی مطلوب در کودکان ایرانی است (۱۷).

شواهد ارائه‌شده نشان می‌دهد ۲۱۹ میلیون نفر کودک زیر ۵ سال در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط، احتمالاً رشد بالقوه خود را کسب نمی‌کنند (۱۲). وضعیت رشد<sup>۸</sup> کودکان زیر ۵ سال در کشورهای خاورمیانه نگران‌کننده است. درحالی‌که میزان شیوع تأخیر رشدی در اکثر کشورها در بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۶ کاهش یافته است ولی در برخی از مناطق مانند شمال آفریقا و خاورمیانه به‌طور معنی‌داری، فراوانی آن افزایش یافته است (۱۸)، در ایران فراوانی آن ۲۲/۴ درصد گزارش شده است (۱۹). از طرف دیگر همه کودکان دارای والدین یا مراقبینی نیستند که از رشد کودکان

9. compromised mental health

10. Care for Child Development

11. Sensitivity

12. Responsiveness

13. Bonding

14. Response to intervention

15. frequently

16. duration

1. Maternal Sensitivity

2. Fonagy

3. Reflective Functioning

4. sharing of affective states

5. Affect Attunement

6. Developmental, individual differences, relationship-based model

7. Language rich

8. development

هدفمند استفاده شد علاقه‌مندی به شرکت در پژوهش، زمینه تحصیلی مرتبط، برخورداری از تجارب مفید، تألیف و انتشار مقالات علمی در زمینه موردپژوهش و اشتغال در حوزه‌ای که با موضوع پژوهش مرتبط باشد، از جمله معیارهای انتخاب گروه خبرگان بود. این گروه شامل متخصصین نوزاد و کودک، روانشناس کودک، کار درمان و گفتار درمان، مراقبین بهداشت، پرستاران و سایر افراد درگیر در فرایند «برنامه مراقبت از رشد» می‌باشد. در پژوهش‌هایی که بر اساس نظرات خبرگان و متخصصان انجام می‌گیرد، به‌طور معمول تعداد نظرات بالاتر از هشت نفر کافی است (۲۹).

### روش اجرا:

در آغاز پروژه انطباق، یک گروه کاری شامل متخصصین نوزاد و کودک، روانشناسان در حوزه کودک و آموزش کودکان استثنایی، مشاوره آماری و روش تحقیق، توان‌بخشی (کاردرمانی و گفتاردرمانی) و نهایتاً مجریان برنامه برای ایجاد اجماع در تعاریف و فرآیندهای مربوط به تطبیق تشکیل شد. گروه کاری، چند رشته‌ای بود تا اطمینان حاصل شود که دیدگاه‌های متنوع در فرایند انطباق و اعتباریابی برنامه لحاظ شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها، مقاله‌ای مروری نظام‌مند تحت عنوان مروری بر چهارچوب انطباق سازی مداخلات مبتنی بر شواهد که توسط اسکیرفی و همکاران انجام‌یافته، انتخاب شد (۳۰) و با استفاده از فهرست منابع و مأخذ این مقاله، محقق به سمت منابع بیشتری هدایت می‌شد، در مرحله اول اسناد یادشده مورد مطالعه دقیق قرار گرفت و تمام گزاره‌هایی که انتظار می‌رفت بتوان از آن‌ها برای تدوین نقشه انطباق سازی استنتاج کرد، استخراج شد. فرایند خلاصه‌سازی، کدگذاری و مقوله‌بندی تا رسیدن به اشباع نظری در پاسخ به سؤال‌های پژوهش این کار ادامه یافت. پس از بررسی متون ادبی، گروه کاری یک پیش‌نویس پیشنهادی برای انطباق برنامه بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله در پنج گام طراحی کرد. برای اطمینان از این‌که پیش‌نویس پیشنهادی برای انطباق سازی، جامع و کارآمد<sup>۴</sup> است یک پانل با گروهی از متخصصان و مجریان تشکیل و در نهایت بازخورد جمعی در طرح نقشه انطباق سازی لحاظ شد.

### گام اول: تحلیل مبانی برنامه و گروه هدف

سازمان بهداشت جهانی / یونسف در سال ۱۹۹۹ برنامه مراقبت از رشد کودک<sup>۵</sup> را برای کمک و بهبود بر فرایند رشدی کودکان پیشنهاد داد. اولین نسخه بر اساس استراتژی مدیریت یکپارچه بیماری‌های دوران کودکی در سال ۲۰۰۲ مبتنی بر مدل مشاوره

خاص مانند تشخیص و پاسخ<sup>۱</sup>، مدل هرمی<sup>۲</sup> و همچنین هماهنگی شدت آموزشی با نیازهای یادگیری کودکان همگی نشان می‌دهد که حوزه اوایل کودکی در حال حاضر در این مسیر حرکت می‌کند (۲۴). به‌طور خلاصه افزایش فراوانی تأخیر رشدی در کودکان زیر ۵ سال (۱۸)، تأکید مبانی نظری و تجربی پژوهش بر نقش مراقب پاسخگو در فرایند رشد کودکان (۲)، چالش‌های موجود در برنامه‌های فعلی مراقبین (۱۷)، جهت‌گیری مداخلات زودهنگام به سمت رویکرد پاسخ به مداخله و نقش انطباق سازی در پیاده‌سازی و افزایش کارایی برنامه در گروه‌های جدید (۲۵)، وجود یک خلأ علمی و ضرورت انطباق سازی برنامه مراقبت از رشد کودک بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله را به‌خوبی نشان می‌دهد که در پاسخ به این خلأ علمی، محققان در نظر دارند برنامه «مراقبت از رشد کودک» را بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله انطباق سازی نموده و روایی و اعتبار آن را بررسی کنند.

### مواد و روش کار

در پژوهش حاضر، از آنجا که پژوهشگران در نظر داشتند با مطالعه و بررسی برنامه «مراقبت از رشد» و منابع کتبی موجود و نظر خبرگان، مبادرت به انطباق سازی این برنامه بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله نماید و سپس آن را با توجه به نظر متخصصان اعتبارسنجی کند، لذا این تحقیق از نظر هدف، کاربردی از نظر ماهیت آمیخته (کیف - کمی) و روش گردآوری داده، توصیفی از نوع پیمایشی<sup>۳</sup> است. انطباق سازی در دو مرحله انجام گرفت. مرحله اول شامل تدوین نقشه انطباقی و مرحله دوم پیاده‌سازی است. جامعۀ اول مطالعاتی یعنی انطباق سازی برنامه، شامل کل اسناد مکتوب مرتبط با موضوع تحقیق اعم از کتاب، مقاله‌های علمی و پژوهشی و گروه خبرگان بود. در روش اسنادی با توجه به اهداف و محورهای پژوهش عموماً از دو روش نظری و گلوله برفی برای نمونه‌گیری استفاده می‌شود (۲۶). در این تحقیق از روش نمونه‌گیری گلوله برفی استفاده شد زیرا یکی از مشکلات و مسائل بالقوه استفاده از شواهد پژوهش‌ها در عمل، حجم وسیع و غیرقابل کنترل اطلاعاتی است که یک مقاله مروری و نظام‌مند به‌عنوان یک ابزار بسیار مهم کمک می‌کنند که به‌جای تصمیم‌گیری بر مبنای یک مطالعه، بر اساس مجموعه‌ای از شواهد تصمیم‌گیری شود (۲۷، ۲۸) بر همین اساس یک مقاله مروری در این حوزه انتخاب و بقیه نمونه‌ها به کمک این مقاله انتخاب شد. در انتخاب گروه خبرگان از روش نمونه‌گیری

3. survey

4. comprehensive and functional

5. Care for Child Development

1. Recognition & Response

2. the Pyramid Model,

ویژگی‌های عناصر برنامه مراقبت از رشد کودک بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله انجام شد. طرح جدید برآیند رویکرد پاسخ به مداخله، برنامه مراقبت از رشد کودک و عناصر اصلی یک الگوی آموزشی است؛ یعنی یک برنامه مبتنی بر شواهد و عناصر اصلی برنامه مراقبت از رشد کودک بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله در سه سطح گروهی، نیمه گروهی و انفرادی در طی یک فرایند و مبتنی بر یک الگوی آموزشی منظم برای مراقبین کودک با حفظ عناصر اصلی ارائه شد.

#### گام چهارم: ارزیابی اولیه

با متخصص این حوزه در خصوص تغییرات پیشنهادی مشورت شد تا اطمینان حاصل شود که برنامه انطباقی، با حفظ هسته اصلی برنامه، نیازهای مخاطبان برآورد خواهد کرد. همچنین با توجه به نقش فرهنگ و روایی اکولوژیکی در پیاده‌سازی و موفقیت برنامه لازم بود برنامه از نظر اهداف و محتوای برنامه، نمادها و مفاهیم، ارزش‌ها و سنت‌ها، بررسی و تطبیق‌های فرهنگی و زبانی موردنیاز توسط گروه متخصص انجام گیرد. ترجمه اولیه این برنامه توسط گروه مترجمین حیدرآبادی و همکاران (۳۳) به زبان فارسی ترجمه شده بود و این گروه برنامه را از نظر حساسیت فرهنگی<sup>۵</sup> و روایی اکولوژیکی<sup>۶</sup> بررسی کردند. نسخه فارسی حاصله مجدداً توسط کمیته‌ای متشکل از ۲ نفر متخصصین کودک بررسی شد. در این مرحله در برخی از عناصر و سطوح برنامه تغییرات پیشنهادی اعمال گردید و برنامه نهایی مراقبت از رشد کودک بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله معرفی شد.

#### گام پنجم: اعتبارسنجی

برای تأمین روایی و پایایی داده‌های به‌دست‌آمده در بخش کیفی چهار معیار موثق بودن و اعتبار (باورپذیری)، انتقال‌پذیری، اطمینان‌پذیری و تأییدپذیری جهت ارزیابی در نظر گرفته شد. همچنین برای اعتباریابی درونی ابزاری موردنیاز طراحی شد. ابزار اولیه بررسی وضعیت برنامه مراقبت از رشد کودک بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله در ۵ بخش در سه سطح و در کل ۱۰۴ گویه طراحی گردید. روایی صوری و محتوایی آن (کیفی) توسط ۳ نفر از مدرسین دانشگاهی در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی بررسی و تأیید شد. بعد از اعمال اصلاحات سپس بار دیگر ابزار ۱۰۴ گویه‌ای در اختیار ۱۱ نفر متخصصین و مدرسین قرار گرفت که در این مرحله، گویه‌ای حذف نشد و از دو شیوه نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی<sup>۷</sup> برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی استفاده شد.

مراقبان<sup>۱</sup> برای برنامه تغذیه کودکان زیر ۵ سال اجرا شد. نسخه دوم، در سال ۲۰۱۲ راه‌اندازی شد. محتوای این نسخه بر حساس بودن و پاسخگو بودن مراقب جهت ارتقای رشد کودک زیر ۵ سال متمرکز است. در متن خدمات بهداشتی برخی از کشورها مانند، پاکستان، هند و ترکیه برای بهبود رشد کودکان اجرا و مطالعات زیادی اثربخشی این برنامه را تأیید می‌کنند (۲۰) اما در فرایند اجرا برخی از نگرانی‌ها مانند هزینه اثربخشی<sup>۲</sup> و کمبود مربی کشوری مشهود است (۳۱) که با مدل‌های چند سطحی، می‌توان بین کارایی<sup>۳</sup> و اثربخشی درمان<sup>۴</sup> یک تعادل نسبی ایجاد کرد به عبارتی دیگر می‌تواند بدون کم کردن اثربخشی مداخله، کارایی را بهبود بخشد (۳۲). بنابراین فقدان یک برنامه مراقبت از رشد کودک با رویکرد پاسخ به مداخله برای توانمندسازی مراقبین، مهم‌ترین نیاز احساس شده برای انجام این تحقیق است.

#### گام دوم: تعیین ابعاد و مؤلفه‌های برنامه جدید

گروه پژوهشی و اجرایی با برگزاری چندین جلسه، چارچوب ادراکی پژوهش حاضر مبتنی بر تلفیقی از عناصر برنامه آموزشی، عناصر رویکرد پاسخ به مداخله و برنامه مراقبت از رشد کودک را پیاده‌سازی کرد. در این تیم کاری با برگزاری چندین جلسه گروهی به‌صورت حضوری با حفظ وفاداری به عناصر اصلی برنامه، حوزه‌های موردنیاز به انطباق شناسایی شد. به‌طور کلی پیشنهاد شد که اهداف و محتوای و عناصر اصلی برنامه تا حد امکان بدون تغییر بماند؛ اما در بخش شرایط یادگیری شامل روش‌ها، مواد آموزشی، گروه‌های یادگیری، سطوح آموزشی و روش‌های ارزیابی و گردآوری داده‌ها تغییر لازم ایجاد شود و از هرگونه تغییر که با هسته اصلی برنامه مغایر باشد، خودداری گردید. جهت تعیین چارچوب برنامه آموزشی از الگوی برنامه آموزشی جیمز براون و همکاران استفاده شد و با توجه به ویژگی‌های خاص این برنامه عناصر دیگری به آن اضافه شد. این الگوی آموزش شامل ۴ عنصر اصلی است که عبارت‌اند از: ۱- اهداف آموزشی، ۲- شرایط (نحوه تدریس، گروه‌های تدریس و یادگیری و تجارب یادگیری) ۳- منابع (مواد و وسایل آموزشی، نیروی انسانی و فضای آموزشی) ۴- بازده یادگیری (ارزشیابی و اصلاح)

#### گام سوم: معرفی طرح جدید در سه سطح

داده‌های به‌دست‌آمده از گام دوم و با بهره‌گیری از مطالعه‌ی منابع معتبر علمی در زمینه‌ی موضوع پژوهش و مشورت با نخبگان و مجریان برنامه، گردآوری داده‌ها در جهت تعیین ابعاد و تبیین

5. Cultural sensitivity  
6. Ecological Validity  
7. Content Validity Ratio (CVR)  
8. Content Validity Index (CVI)

1. counselling caregivers  
2. cost effectiveness  
3. efficiency  
4. treatment efficacy

## یافته‌ها

یافته‌های تحقیق بر اساس مراحل مختلف پژوهش به شرح زیر ارائه شده‌اند. بخش اول پژوهش انطباق‌سازی برنامه مراقبت از رشد کودک بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله است. در این بخش با بررسی مبانی نظری پژوهش، منابع کتبی و نظر خبرگان و متخصصان، بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله برنامه مراقبت از رشد انطباق‌سازی و اهداف، محتوا، شرایط یادگیری و مواد آموزشی و ارزشیابی هر سه سطح مداخله مشخص شد (جدول ۱).

### اهداف برنامه آموزشی:

ارتقای مهارت حساس و پاسخ‌گو بودن مراقبین و بهبود یا ارتقای رشد کودک هدف اصلی این برنامه است که در هر سه سطح قابل پیگیری است. اگر مراقبین یا کودکان به سطح اول مداخله پاسخ نمی‌دهند، در سطح دوم همان هدف‌ها با شرایط و امکانات جدید دنبال می‌شود. اگر در سطح دوم اهداف محقق نشود، در سطح سوم همان هدف‌ها با شرایط و امکانات دیگری پیگیری خواهد شد. به عبارت دیگر اگر در سطح اول اهداف محقق شد، سطح دومی وجود نخواهد داشت، اگر در سطح دوم این اهداف محقق شد، سطح سومی وجود نخواهد داشت. البته برای رسیدن به این اهداف نهایی، اهداف رفتاری تعیین شده است که به‌عبارت‌از پیش‌رشد و ارزیابی محیط ایمن برای یادگیری که توسط محقق به برنامه اضافه شده است، بقیه اهداف همان اهداف برنامه اصلی است. تعداد اهداف رفتاری ۲۴ گویه است که در هر سه سطح مداخله قابل پیگیری بوده و عبارت‌اند از: مراقبین با اهداف، اصول و دستورالعمل برگزاری جلسات آشنا شوند. مفهوم رشد را توضیح دهند. با کمک مربی ابعاد مختلف رشد (حرکتی، هیجانی-عاطفی، شناختی و غیره) را توضیح دهند. عوامل مؤثر بر رشد کودکان را شناسایی کنند. نقش عوامل خانوادگی را توضیح دهند. اصول یادگیری در فرایند رشد کودک را مشخص کنند. اهمیت پیش‌رشد را توضیح دهند. با مفهوم تأخیر رشد آشنا شوند با استفاده از پرسشنامه سنین و مراحل رشد<sup>۱</sup> مهارت‌های رشد را ارزیابی و تفسیر کنند. با خصوصیات مهم یک مراقب یعنی حساس و پاسخگو بودن، آشنا شوند. با فن نگاه کن، فکر کن و اقدام کن آشنا شوند. در موقعیت‌های عملی از فن نگاه کن، فکر کن و اقدام کن استفاده کنند. با پرسشنامه کیفیت مادرانه، میزان حساس و پاسخگو بودن خود را ارزیابی کنند. مراقبان روش‌های تحریک و تقویت رشد را شناسایی کنند. مراقبان با روش‌های برقراری ارتباط کلامی آشنا شوند. مراقبان روش‌های برقراری ارتباط کلامی را در موقعیت‌های عملی به کار ببرند. مراقبان با روش‌های برقراری ارتباط غیرکلامی

(خنده، گوش دادن، تقلید کردن و ماساژ دادن) آشنا شوند. مراقبان روش‌های برقراری ارتباط غیرکلامی در موقعیت‌های عملی را به کار ببرند. با مفهوم بازی و اسباب‌بازی آشنا شوند. اسباب‌بازی مناسب برای هر گروه سنی را شناسایی کنند. یک فعالیت ارتباطی و بازی مناسب با سن و رشد کودک را شناسایی کنند. از فعالیت‌های ارتباطی و بازی در موقعیت‌های عملی استفاده کنند. موانع اجرای برنامه مراقبت از رشد را شناسایی کنند. برای رفع مشکلات موجود در اجرای برنامه، از روش‌های مناسب استفاده کنند (اهداف رفتاری).

### محتوا و سرفصل برنامه آموزشی:

محتوای برنامه آموزشی شامل ۲۵ گویه است. این گویه‌ها شامل معرفی بسته آموزشی مراقبت از رشد کودک، توضیح کلی در مورد برنامه جلسات و قوانین جلسه برای اعضای گروه، مفهوم رشد و ابعاد آن، تفاوت‌های فردی در رشد، عوامل مؤثر بر رشد کودک، تأخیر رشدی، پیامد رشدی کودک در معرض خطر، پیش‌رشد کودک، مراقب کیست و چگونه می‌توان از رشد کودک مراقبت کرد؟ حساس و پاسخگو، فن نگاه کن- فکر کن- اقدام کن، روش‌های تحریک و تقویت رشد کودک، مفهوم و اهمیت ارتباط، روش‌های برقراری ارتباط کلامی، روش‌های برقراری ارتباط غیرکلامی، خنده، ماساژ دادن، تقلید کردن، اهمیت بازی، راهبردهای حمایت از بازی کودک توسط مراقب، اسباب‌بازی و اسباب‌بازی‌های سنین مختلف، انواع بازی‌ها برای کودکان، فعالیت‌های عملی برای برقراری ارتباط بر اساس سن کودک، فعالیت‌های عملی برای بازی بر اساس سن کودک، موانع اجرای برنامه مراقبت از رشد و راه‌حل‌های پیشنهادی هست. برای اهداف یکسان طبیعی است محتوا و سرفصل آموزشی یکسانی وجود داشته باشد؛ بنابراین در هر سه سطح این محتوا قابل پیگیری است.

### شرایط آموزش و یادگیری:

شرایط آموزشی برنامه خود دارای ۵ زیر حیطه شامل ملاک ورود به برنامه یا انتقال از یک سطح به سطح دیگر، افراد شرکت‌کننده در جلسات، تعداد افراد شرکت‌کننده در جلسات، مدت‌زمان هر سطح و روش آموزش که در مجموع ۱۷ گویه است. زیر حیطه ملاک ورودی ۵ گویه است. در سطح اول ملاک ورود داشتن یک عامل خطر برای رشد کودک، در سطح دوم ملاک ورود عدم ارتقای و یا بهبود مهارت‌های رشدی کودک یا عدم ارتقا<sup>۲</sup> مهارت‌های حساسیت و پاسخگویی مراقب و در سطح سوم نیز عدم ارتقای و یا بهبود مهارت‌های رشدی کودک یا عدم ارتقا<sup>۲</sup> مهارت‌های حساسیت و پاسخگویی مراقب است. در زیر حیطه افراد شرکت‌کننده در جلسات، در سطح اول مراقبین، در سطح دوم و سوم مراقبین/

1. Age and Stages Questionnaires (ASQ)

است. سطح دوم و سوم هرکدام یک گویه و زمان پایش دو ماه بعد از اتمام هر سطح است (مجموعاً ۴ گویه). زیر حیطه ابزار ارزیابی در هر سطح ۵ گویه (مجموع ۱۵ گویه) شامل چک‌لیست نظارت بر برنامه، مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه، پرسشنامه سنین و مراحل، آزمون بیلی و مقیاس ارزیابی رشد اجتماعی-هیجانی است.

**روایی یابی برنامه:** حداقل و حداکثر میزان نسبت روایی محتوا برای هر آیتیم یا جزء برنامه به ترتیب ۰/۸۱ و ۱ بود (جدول ۲) بر اساس نظر لاشه بر اساس تعداد متخصصین (۱۱ نفر)، گویه‌هایی که نسبت روایی محتوایی آن‌ها بیشتر از ۰/۵۹ بودند، موردقبول واقع شد (۳۴) و همچنین حداقل و حداکثر میزان شاخص روایی محتوا برای هر جزء یا آیتیم برنامه به ترتیب ۰/۸۲ تا ۱ به دست آمد که نشان می‌دهد همه اجزای برنامه یا آیتیم‌ها دارای نمره بالاتر از ۰/۷۹ بوده و مناسب تشخیص داده شده‌اند. در نهایت متوسط شاخص روایی محتوا برای کل برنامه ۰/۹۳ به دست آمد که کسب مقدار ۰/۹۰ و بیش از آن حاکی از قابل قبول بودن ابزار می‌باشد (۳۵). جهت تعیین همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن ۰/۹۵ برآورد شد (جدول ۳). در خصوص اعتبار و روایی تحقیقات کیفی بر ۴ اصل اعتبار، قابلیت اعتماد، تائید پذیری و انتقال پذیری اشاره می‌کنند (۳۶) که در این پژوهش برای نیل به این موضوع از راهبردهایی مانند: اختصاص زمان کافی و درگیری طولانی مدت پژوهشگر با موضوع و فضای پژوهشی برای جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها، خود بازبینی محقق در طی فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده، ایجاد فرایندهای ساختارمند برای جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها، استفاده از کمیته‌ی تخصصی و وجود افراد با تخصص‌های متنوع (روان‌شناس، متخصص کودک، کار درمان، گفتار درمان) و مثلث سازی<sup>۱</sup> از طریق حضور محققین مختلف در انجام فرآیند تحقیق (جمع‌آوری داده، تفسیر و تحلیل داده‌ها) و گردآوری شواهد از منابع اطلاعاتی متنوع و شیوه‌های گوناگون استفاده نمودند.

مراقب همراه با کودک حضور دارند. در زیر حیطه تعداد افراد شرکت‌کننده در جلسات، هر سطح یک گویه دارد. سطح اول گروهی (۳۰-۱۵)، سطح دوم نیمه گروهی یا گروه‌های کوچک (۵-۲) و سطح سوم انفرادی است. زیر حیطه تعداد جلسات برای سطح اول و دوم حداکثر ۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و برای سطح سوم برحسب نیاز کودک و حداکثر چهار جلسه است. زیر حیطه روش آموزش دارای ۳ گویه است. در سطح اول سخنرانی بحث و فعالیت‌های گروهی، در سطح دوم بحث، ایفای نقش و بازخورد و سطح سوم مشاوره و بازخورد است.

### منابع و مواد آموزشی:

منابع و مواد آموزشی برنامه دارای ۳ زیر حیطه شامل مواد آموزشی، شرایط مربی و فضای آموزشی موردنیاز است. مواد آموزشی سطح اول ۴ گویه شامل اسباب‌بازی خانگی، کتاب کار والدین، تخته وایت برد و پروژکتور است. سطح دوم و سوم هرکدام ۳ گویه (درمجموع ۶ گویه) اسباب‌بازی خانگی، کتاب کار والدین و تخته وایت برد است. شرایط مربی در هر سه سطح شامل سه گویه شامل حداقل فوق‌لیسانس در یکی از رشته‌های بهداشتی-روان‌شناسی و توان‌بخشی مربوط به کودکان، متخصص کودک و گذراندن دوره آموزشی مراقبت از رشد کودک است (مجموع ۹ گویه). فضای آموزشی در هر سه سطح یک گویه است. در سطح اول به ازای هر مراقب حداقل ۲ مترمربع، در سطح دوم به ازای هر مراقب ۴ مترمربع (حداقل ۱۵ مترمربع) و در سطح سوم حداقل ۱۲ مترمربع است. درمجموع این حیطه ۲۱ گویه دارد. فضا و نیروی انسانی در این پژوهش با این شرایط اجرا می‌شود و در صورت نبود شرایط استاندارد، سایر شرایط حداقلی موردقبول بوده و تخطی از برنامه محسوب نمی‌شود.

### ارزشیابی:

ارزشیابی دارای دو زیر حیطه است. حیطه زمان پایش در سطح اول دو گویه شامل بدو ورد به برنامه و دو ماه بعد از اتمام سطح یک

**جدول (۱): نتیجه انطباق سازی برنامه مراقبت از رشد بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله**

حیطه	سطح یک	سطح دوم	سطح سوم
اهداف کلی <sup>۲</sup>	بهبود رشد کودک و یا پیشگیری از پسرقت آن	بهبود رشد کودک و یا پیشگیری از پسرقت آن	بهبود رشد کودک و یا پیشگیری از پسرقت آن
محتوا و سرفصل برنامه	کتاب کار والدین که شامل ۲۵ سرفصل می‌باشد	کتاب کار والدین که شامل ۲۵ سرفصل می‌باشد	کتاب کار والدین که شامل ۲۵ سرفصل می‌باشد

<sup>۲</sup>: اهداف رفتاری به تعداد ۲۴ گویه در داخل متن توضیح داده شده است.

<sup>۱</sup>: Triangulation

حیطه	سطح یک	سطح دوم	سطح سوم
ملاک ورودی به برنامه / انتقال از یک سطح به سطح دیگر	وجود یک عامل خطر برای رشد کودک	وضعیت کودک در یکی از حیطه‌های رشد یک انحراف معیار پایین‌تر از نقطه برش باشد	وضعیت کودک در یکی از حیطه‌های رشد یک انحراف معیار پایین‌تر از نقطه برش باشد
	مراقبین کودک	مراقبین کودک همراه با خود کودک	مراقب و کودک
	گروهی (۳۰-۱۵)	نیمه گروهی (۵-۲)	انفرادی
	۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی	۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی	بر اساس نیاز کودک و حداکثر ۴ جلسه
روش آموزش	سخنرانی - بحث و فعالیت‌های گروهی،	بحث کردن- ایفای نقش و بازخورد	مشاوره و بازخورد
منابع و مواد آموزشی	اسباب‌بازی خانگی- کتاب کار والدین- تخته وات برد پرورکتور	کتاب کار والدین -اسباب‌بازی خانگی- تخته وات برد	کارت مشاوره
	حداقل فوق‌لیسانس در یکی از رشته‌های بهداشتی- روان‌شناسی و توان‌بخشی مربوط به کودکان یا متخصص کودک/ گذراندن دوره آموزشی مراقبت از رشد کودک	حداقل فوق‌لیسانس در یکی از رشته‌ها روان‌شناسی و توان‌بخشی مربوط به کودکان یا متخصص کودک/ گذراندن دوره آموزشی مراقبت از رشد کودک	حداقل فوق‌لیسانس در یکی از رشته‌ها روان‌شناسی و توان‌بخشی مربوط به کودکان یا متخصص کودک/ گذراندن دوره آموزشی مراقبت از رشد کودک
	فضای آموزشی	به ازای هر مراقب حداقل ۲ مترمربع	به ازای هر مراقب ۴ مترمربع (حداقل ۱۵ مترمربع)
ارزیابی نتایج	بدو ورد به برنامه و سه ماه بعد از اتمام سطح یک	سه ماه بعد از اتمام سطح دوم	سه ماه بعد از اتمام سطح دوم
	چک‌لیست نظارت بر برنامه، پرسشنامه سنین و مراحل، مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه <sup>۱</sup> و پروفایل خانواده مقیاس اندازه‌گیری رشد اجتماعی- هیجانی <sup>۲</sup>	چک‌لیست نظارت بر برنامه، پرسشنامه سنین و مراحل، مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه و پروفایل خانواده مقیاس اندازه‌گیری رشد اجتماعی- هیجانی	چک‌لیست نظارت بر برنامه، پرسشنامه سنین و مراحل، مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه و پروفایل خانواده مقیاس اندازه‌گیری رشد اجتماعی- هیجانی

**جدول (۲):** روایی محتوایی برنامه مراقبت از رشد کودک بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله

عناصر اصلی برنامه	سطح اول		سطح دوم		سطح سوم	
	CVR	CVI	CVR	CVI	CVR	CVI
اهداف	۱	۰/۸۵	۱	۰/۹۴	۱	۰/۹۴
محتوا	۰/۸۲	۰/۸۵	۰/۸۲	۰/۸۵	۰/۸۲	۰/۸۲
شرایط یادگیری	۰/۸۸	۰/۸۲	۰/۹۴	۱	۱	۰/۸۲

1. Maternal Caregiving Quality Scale

2. The Social-Emotional Assessment/Evaluation Measure Family Profile (SEAM™ Family Profile)

عناصر اصلی برنامه	سطح اول		سطح دوم		سطح سوم	
	CVR	CVI	CVR	CVI	CVR	CVI
افراد شرکت‌کننده در جلسات	۱	۱	۱	۱	۱	۱
تعداد افراد شرکت‌کننده در جلسات	۱	۱	۱	۱	۱	۱
مدت‌زمان هر سطح	۰/۹۴	۱	۰/۹۴	۱	۰/۹۴	۱
روش آموزش	۰/۹۴	۱	۰/۸۵	۱	۰/۹۴	۱
مواد آموزشی	۰/۹۱	۰/۸۲	۰/۸۲	۰/۸۵	۰/۹۱	۰/۸۲
شرایط مربی	۱	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۹۴	۱	۰/۹۱
فضای آموزشی	۱	۰/۸۲	۰/۸۲	۰/۹۴	۱	۰/۸۲
زمان پایش رشد	۰/۹۴	۱	۰/۹۱	۱	۰/۹۴	۱
ابزار ارزیابی	۰/۸۲	۱	۰/۸۲	۱	۰/۹۱	۱

**جدول (۳): پایایی ابزار تدوین‌شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ**

ابعاد	تعداد سؤال	مقدار آلفای کرونباخ
اهداف	۲۶	۰/۹۱
محتوا	۲۵	۰/۹۱
شرایط یادگیری	۱۷	۰/۹۴
مواد و منابع	۲۱	۰/۹۱
ارزشیابی	۱۵	۰/۸۹
کل	۱۰۴	۰/۹۵

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف انطباق سازی برنامه مراقبت از رشد بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله برای توانمندسازی مراقبین جهت آگاهی از حرکات، ژست‌ها، صدای کودک و تفسیر آن (حساس بودن)، پاسخ مناسب از نظر زمانی و کیفی به علائم و نشانه‌های کودک (پاسخگو بودن) و غنی‌سازی یادگیری و ایجاد وابستگی انجام شد و اجرای آن با رویکرد پاسخ به مداخله یک نوآوری محسوب می‌شود.

در این پژوهش، ابتدا مبانی نظری و چارچوب مفهومی از انطباق سازی مراقبت از رشد بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله تبیین شد. مشخص شد که در روانشناسی تحولی کودک پایه‌های نظری نسبتاً قوی برای این برنامه وجود دارد. نیاز به مبادله عاطفی صمیمی<sup>۱</sup> با چهره مادر، نیاز به تحریک گسترده و پایدار بیرونی<sup>۲</sup> برای پتانسیل‌های درونی، نیاز به مراقبت دائم و بدون توقف (۲) و نیاز به

توجه و دلگرمی (۳) از جمله نیازهای اساسی کودکان در حال رشد می‌باشد که برای رشد بهینه و ارتقای مهارت شناختی، عاطفی-اجتماعی و زبان آن‌ها شکل‌گیری دل‌بستگی به‌موقع (۵) وجود یک محیط نگه‌دارنده و مادر رضایت‌بخش (۴)، حساسیت مادرانه (۶) کنش انعکاسی والدین (۸)، اشتراک حالت عاطفی و هماهنگی عاطفی (۱۰) و تحول هیجانی کارکردی و روابط کودک با مراقبان (۱۱) به نحوی از انحاء در برنامه مراقبت از رشد کودک قابل‌ردیابی است.

اثربخشی این برنامه در بهبود رشد کودکان در کشورهای مختلف تأیید شده است. احتمالاً دانش بیشتر مراقبین در مورد نیازهای کودکان، آن‌ها را به تعاملات پاسخگو، گرم و غنی و استفاده از مدیریت مؤثر و راهبردهای انضباطی هدایت می‌کند (۳۷) اما انفرادی بودن، هزینه اثربخشی و کمبود نیروی انسانی همچنین یکی

1. intimate interchange of affection

2. ample and constant external stimulation



است. در مجموع، با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد این برنامه همچون انطباق‌سازی آن بر یک الگوی مفهومی نوین یعنی پاسخ به مداخله برای توانمندسازی مراقبین، مبانی نظری و منطق معین، توجه توأمان به ابعاد مختلف رشد و همچنین تأیید روایی محتوایی آن از دیدگاه متخصصان می‌تواند به‌عنوان یک برنامه جامع و مورد تأیید برای توانمندسازی مراقبین کودک برای بهبود رشد آن‌ها در نظر گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که کلیه امتیازات و نمره‌های محاسبه‌شده در اعتبار و پایایی، مناسب بوده و از طرف دیگر استفاده از راهبردهای مختلف توسط محققان برای رعایت اصل اعتبار، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری نشان می‌دهد که برنامه پیشنهادی دارای ویژگی‌های اعتبارسنجی مطلوبی است. مهم‌ترین محدودیت این تحقیق تعمیم‌پذیری یافته‌های آن است. با توجه به اینکه مراحل طراحی نقشه انطباق‌سازی و اعتبارسنجی با مشارکت اساتید دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دانشگاه علامه طباطبایی تهران صورت گرفته است، بنابراین قابلیت تعمیم آن را در کل کشور را کاهش می‌دهد. به‌عنوان یک برنامه جامع اثربخشی آن بر مهارت‌های رشدی کودکان در معرض خطر تا خیر رشدی بررسی شود و همچنین به‌عنوان یک برنامه کاربردی جهت بهبود رشد کودکان با سنین پایین در برنامه‌های سلامت کشور لحاظ کرد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از رساله دکتری مصوب دانشگاه علامه طباطبایی تهران و دارای شناسه IR.TBZMED.REC.1397.823 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز هست. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه همکاران مرکز جامع رشد و تکامل تبریز و بیمارستان الزهراء تبریز که در اجرای این تحقیق ما را همراهی کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

از چالش‌های اساسی برای اجرای مناسب این برنامه است (۳۱) و با رویکرد پاسخ به مداخله و مدل‌های چند سطحی، می‌توان بین کارایی و اثربخشی درمان یک تعادل نسبی ایجاد کرد و چالش‌های موجود را برطرف کرد. جهت‌گیری اخیر در طراحی برنامه‌های دوره اوایل کودکی بر برنامه‌های ارزیابی تجربی<sup>۱</sup> مبتنی بر دقت علمی، مستندسازی اثربخشی برنامه‌ها در پایگاه‌های عمومی قابل دسترسی و تحلیل سود و هزینه برنامه‌ها متمرکز است (۳۸) که این جهت‌گیری‌ها با رویکرد پاسخ به مداخله هم‌راستا بوده و از طرفی پاسخ به مداخله در آموزش حوزه اوایل کودکی مورد توجه قرار گرفته و در حال حاضر در این مسیر حرکت می‌کند (۲۴). محققان برنامه مراقبت از رشد کودک را بر اساس رویکرد پاسخ به مداخله در سه سطح گروهی، نیمه گروهی و انفرادی انطباق‌سازی نمودند که اهداف و محتوای برنامه بدون تغییر ماند (به‌غیر از اضافه کردن هدف رفتاری پایش رشدی) اما در بخش شرایط یادگیری شامل روش‌ها، مواد آموزشی، گروه‌های یادگیری، سطوح آموزشی و روش‌های ارزیابی و گردآوری داده‌ها تغییرات لازم ایجاد شد به‌طور کلی از هرگونه تغییر که با هسته اصلی برنامه مغایر داشت، خودداری گردید که این موضوع با نظر نتایج پژوهشی محققان همسو است (۲۵، ۳۹) و همچنین در این برنامه شدت مداخله با راهبردهای طول دوره آموزش<sup>۲</sup>، اندازه گروه و آموزش فردی شده مبتنی بر داده‌ها<sup>۳</sup> به‌تدریج افزایش می‌یابد که با نظریه پیشنهادی فوکس، فوکس و وان در مورد راهبردهای شدت مداخله در رویکرد پاسخ به مداخله، همسو است (۲۲).

یکی از گام‌های مهم انطباق‌سازی یک برنامه آموزشی یا روان‌شناختی استاندارد، کسب اعتبار و روایی آن است. یافته‌های پژوهش در خصوص روایی محتوایی آیتم‌ها یا بخش‌های مختلف برنامه از دیدگاه متخصصان پانل اعتباربخشی، نشان‌دهنده ضروری بودن و همچنین مناسب بودن (مرتبط بودن، وضوح و سادگی) آن‌ها

### References:

1. Santrock JW, Santrock JW. Essentials of life-span development. New York, NY: McGraw-Hill; 2014.
2. Freud A. Infants without families. The Writings of Anna Freud. 1973. P.3.

3. Mohhammad M, Hamid A, Pezeshke P, Ahmad B, Noor Ali F. Adler-Glasser approach to oppositional defiant disorder: a systematic review. Psychol Except Indiv 2017;7(28):199-214.
4. Winnicott D. Mirror-role of the mother and family in child development, in the Predicament of the

3. Data-Based Individualization

1. empirically assessing programs

2. Duration of instruction

- family: A Psycho-Analytical Symposium. Lomas, P London: Hogarth Press 26-33 [Related]. 1967.
5. Bowlby J. A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. New York (Basic Books) 1988. 1988.
  6. Ainsworth M, Blehar M, Waters E. 8c Wall, S. Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
  7. Feniger-Schaal R, Joels T. Attachment quality of children with ID and its link to maternal sensitivity and structuring. *Res Dev Disabil* 2018;76:56-64.
  8. Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran GS, Higgitt AC. The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment Health J* 1991;12(3):201-18.
  9. Stacks AM, Muzik M, Wong K, Beeghly M, Huth-Bocks A, Irwin JL, et al. Maternal reflective functioning among mothers with childhood maltreatment histories: Links to sensitive parenting and infant attachment security. *Attach Hum Dev* 2014;16(5):515-33.
  10. Stern DN. The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology: Karnac Books; 1985.
  11. Greenspan SI, Wieder S. Infant and Early Childhood Mental Health: A Comprehensive Developmental Approach to Assessment and Intervention. *Zero to Three (J)* 2003;24(1):6-13.
  12. Black MM, Walker SP, Fernald LC, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet* 2017;389(10064):77-90.
  13. Susan S, Parvin K, Reza KN, Hossein L. *Developmental psychology* Tehran: Samt Publication; 2013.
  14. Magnuson K, Schindler H. Supporting Children's Early Development by Building Caregivers' Capacities and Skills: A Theoretical Approach Informed by New Neuroscience Research. *J Fam Theory Rev* 2019;11(1):59-78.
  15. WHO. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review 2004.
  16. Landry SH, Smith KE, Miller-Loncar CL, Swank PR. Predicting cognitive-language and social growth curves from early maternal behaviors in children at varying degrees of biological risk. *Dev Psychol* 1997;33(6):1040.
  17. Marandi SA, Farrokhzad N, Moradi R, Rezaeizadeh G, Shariat M, Nayeri FS. Review of the Iranian Newborns' Health, Survival, and Care and Future Challenges. *Archives of Iranian Medicine (AIM)* 2019;22(7).
  18. Olusanya BO, Davis AC, Wertlieb D, Boo N-Y, Nair M, Halpern R, et al. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *The Lancet Global Health* 2018;6(10):e1100-e21.
  19. Soleimani F, Bajalan Z, Alavi Majd H, Fallah S. Relationship Between Gender and Development Status in Children. *Archives Rehabil* 2018;18(4):338-45.
  20. Lucas JE, Richter LM, Daelmans B. Care for Child Development: an intervention in support of responsive caregiving and early child development. *Child: Care Health Dev* 2018;44(1):41-9.
  21. Kirk S, Gallagher JJ, Coleman MR, Anastasiow NJ. *Teach. Except. Child: Cengage Learning*; 2011.

22. Fuchs D, Fuchs LS, Vaughn S. What is intensive instruction and why is it important? *Teach Except Child* 2014;46(4):13-8.
23. Greenwood CR, Bradfield T, Kaminski R, Linas M, Carta JJ, Nylander D. The response to intervention (RTI) approach in early childhood. *Focus Except Child* 2011;43(9):1-22.
24. Buysse V, Peisner-Feinberg E. Recognition & Response: Response to Intervention for Prek. *Young Except Child* 2010;13(4):2-13.
25. Wingood GM, DiClemente RJ. The ADAPT-ITT model: a novel method of adapting evidence-based HIV Interventions. *J Acquir Immune Defic Synd* 2008;47:S40-S6.
26. Sadeqi Fasai S, Erfanmanesh I. Methodological Principles of Documentary Research in Social Sciences; Case of Study: Impacts of Modernization on Iranian Family. *Sci J Manag Sys* 2015;8(29):61-91.
27. Bunn F, Sworn K. Strategies to promote the impact of systematic reviews on healthcare policy: a systematic review of the literature. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice* 2011;7(4):403-28.
28. Bunn F, Trivedi D, Alderson P, Hamilton L, Martin A, Pinkney E, et al. The impact of Cochrane Reviews: a mixed-methods evaluation of outputs from Cochrane Review Groups supported by the National Institute for Health Research. *Health Technol. Assess* 2015;19(28):1-100.
29. Garfield J, Le L, Zieffler A, Ben-Zvi D. Developing students' reasoning about samples and sampling variability as a path to expert statistical thinking. *Educ Stud Math* 2015;88(3):327-42.
30. Escoffery C, Lebow-Skelley E, Haardoerfer R, Boing E, Udelson H, Wood R, et al. A systematic review of adaptations of evidence-based public health interventions globally. *Implement Sci* 2018;13(1):125.
31. UNICEF, WHO. Building Global Capacity for the implementation of the WHO/UNICEF Intervention Care for Child Development.. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-publication Data. 2013.
32. Phaneuf L, McIntyre LL. The application of a three-tier model of intervention to parent training. *J Posit Behav Interv* 2011;13(4):198-207.
33. UNICEF W. care for child development. In: Heidarabady S, Niaz AN, Barahani N, Monzavi MM, Tavassoli M, Hasani N, editors. 2016: Tabriz University of Medical Sciences and Health Services; 2014.
34. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity 1. *Pers. Psychol* 1975;28(4):563-75.
35. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* 2006;29(5):489-97.
36. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative Research* 1994;2(163-194):105.
37. Duncombe ME, Havighurst SS, Kehoe CE, Holland KA, Frankling EJ, Stargatt R. Comparing an emotion-and a behavior-focused parenting program as part of a multisystemic intervention for child conduct problems. *Clin Child Adolesc Psychol* 2016;45(3):320-34.
38. Hayakawa CM, Reynolds AJ. Key Elements and Strategies of Effective Early Childhood Education Programs: Lessons from the Field. In: Ben-Arieh A, Casas F, Frønes I, Korbin JE, editors. *Handbook of Child Well-Being: Theories, Methods and Policies in Global*

- Perspective. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. p. 2993-3023.
39. Stirman SW, Miller CJ, Toder K, Calloway A. Development of a framework and coding system for modifications and adaptations of evidence-based interventions. *Implement Sci* 2013;8(1):65.

## THE ADAPTATION OF “CARE FOR CHILD DEVELOPMENT “PROGRAM BASED ON RESPONSE TO INTERVENTION (RTI) AND DETERMINING ITS VALIDITY

*Ali Bahari Gharehgoz<sup>1</sup>, Hamid Alizadeh<sup>2\*</sup>, Seifollah Heidarabady<sup>3</sup>, Mohammad Asgari<sup>4</sup>*

*Received: 08 Jul, 2019; Accepted: 23 Sep, 2019*

### Abstract

**Background & Aims:** The use of Response to Intervention approach for supporting of children's learning and development has captured the attention of educators, researchers, and policy makers. Therefore, The goals of present research are adapting the “Care for Child Development “program based on the Response to intervention and Determining its validity.

**Material & Methods:** This study is a mixed method (qualitative-quantitative). The statistical population was all of the documents and experts related to the research topic. The data were collected using purposive and snowball sampling method. Interview, review of documents and researcher-made questionnaire. The analysis of the data obtained from the documents was done using inductive content analysis method and in the quantitative section, using descriptive statistical methods.

**Results:** According to the content analysis, five steps including the analysis of the program and target groups, the determination of the dimensions and components of the new program, the introduction of the new program, the initial assessment and validation, were identified for adaptation. Based on these five steps, the adaptation program was carried out. The content validity index for the whole program was 0.93 and its reliability was 0.95.

**Conclusion:** Quantitative and qualitative indicators showed that the proposed program had the proper validation features and could be considered as an applicable program in the health programs of Iran.

**Keywords:** Care for Child Development; Response to Intervention; Adaptation

**Address:** Faculty of Psychology & Education Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

**Tel:** +989125164689

**Email:** alizadeh@atu.ac.ir

<sup>1</sup> Ph.D. Student of Psychology and Education of Exceptional children, Faculty of Psychology Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Hamid Alizadeh, Professor of Psychology Faculty of Psychology & Education Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant professor of Department of Pediatric, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor of Assessment and Measurement Department, Faculty of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran