

اثر آموزش والدین بر مبنای برنامه فرزندپروری مثبت (3P)
بر سلامت روان شناختی مادران کودکان مبتلا به
اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)

The Effectiveness of The Triple P-Positive Parenting Program
on Psychological Well Being of Mothers of Children with
Oppositional Defiant Disorder (ODD)

M. Jalali, M.S.

E. Pourahmadi, M.S. ✉

K. Tahmassian, Ph.D.

M. Shaeiri, Ph.D.

محسن جلالی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

الناز پورا احمدی ✉

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

دکتر کارینه طهماسبیان

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

دکتر محمدرضا شعیری

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شاهد

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of the triple p-positive parenting program on psychological well-being of mothers of children with oppositional defiant disorder (ODD). Four schools of Nahavand were randomly selected. 30 mothers whose children scored

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش والدین بر اساس برنامه فرزندپروری مثبت (P3) بر سلامت روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای طراحی و اجرا شد. این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بوده و جامعه مورد مطالعه آن را مادران دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۰ ساله دبستان‌های پسرانه شهرستان نهاوند تشکیل می‌دهند.

✉Corresponding author: Dept. of Psychology
Shabestar Payamnoor University, Tabriz, Iran
Tel:+98411-3857803
Fax:+98411-6566661
Email: empj1359@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: تبریز - دانشگاه پیام نور شبستر - گروه
روان‌شناسی
تلفن: ۰۴۱۱-۳۸۵۷۸۰۳ دورنما: ۰۴۱۱-۶۵۶۶۶۶۱
email: empj1359@yahoo.com پست الکترونیکی:

above cut-point on oppositional defiant disorder subtest of Child Behavioral Checklist (CBCL) and their problems were also clarified by the Teacher Report Form (TRF) were selected.

General health questionnaire (GHQ-28) was completed by mothers. 20 mothers who scored below cut off point in general health questionnaire (GHQ-28) were randomly selected and allocated to the experimental and control groups. Experimental group received Triplep for 8 weeks, each sessions two hours per week. Upon the completion of the training, the General health questionnaire (GHQ-28) was administered as a post-test to both groups of mothers. Data was analyzed using Mann-Whitney U procedure. The results indicated that there is a significant difference between experimental and control groups after training.

Experimental group revealed a significant decrease in subscales of physical symptoms, anxiety and depression after training ($p < 0/05$). No Significant difference was found between two groups in subscales of malfunctioning after training ($p = 0.15$).

Keywords: positive parenting program, oppositional defiant disorder, Psychological Well Being, CBCL, TRF.

نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد و ۳۰ نفر از مادران کودکانی که براساس فهرست رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF)، مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) تشخیص داده شده بودند، انتخاب شده و سلامت روانی آن‌ها با استفاده از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت روانی (GHQ-28) مورد ارزیابی قرار گرفت.

در نهایت ۲۰ نفر از مادرانی که در پرسشنامه سلامت روان نمره‌ای برابر یا بالاتر از نقطه برش (۲۳) گرفتند، انتخاب و به دو گروه آزمایش ($n = 10$) و گواه ($n = 10$) تقسیم شدند. سپس برنامه آموزش فرزندپروری مثبت به مدت ۲ ماه در ۸ جلسه آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. سلامت روانی مادران دو گروه بلافاصله پس از پایان جلسات آموزش والدین، دوباره مورد ارزیابی قرار گرفت. در نهایت داده‌های به‌دست آمده توسط آزمون U من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که نمره کلی سلامت روانی و نیز نمره زیرمقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی مادران گروه آزمایش پس از پایان جلسات آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، با توجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، کاهش یافته ($P < 0/05$) ولی در تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون زیرمقیاس نارساکنش‌وری اجتماعی تفاوت معناداری را نشان نداد ($P = 0/15$). این نتایج بیان می‌کنند که آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، سلامت روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را افزایش می‌دهد. با توجه به این که شدت و ضعف مشکلات روانی - عاطفی مادران نقش مستقیمی در میزان و نحوه بروز مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان دارد، لذا با انجام مداخلات این‌چنینی که ارتقاء سلامت روانی والدین را موجب می‌شود، می‌توان گام‌های مثبت و استواری در جهت رفع و یا تخفیف مشکلات رفتاری کودکان برداشت.

کلیدواژه‌ها: آموزش والدین، برنامه فرزندپروری مثبت، سلامت روان‌شناختی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای.

مقدمه

بر اثر پیشرفت‌های وسیعی که در روان‌شناسی مرضی رخ داده، توجه زیادی به اختلالات دوران کودکی شده و مطالعات بسیاری در این زمینه صورت گرفته است. در بررسی‌های انجام گرفته، میزان شیوع اختلالات دوران کودکی بین ۶ تا ۱۹ درصد برآورد شده است (ماش و بارکلی، ۲۰۰۲). این بررسی‌ها عمدتاً بر کودکان مبتلا به اختلالات رفتار ایدایی^۱ متمرکز بوده است، چراکه این اختلالات بخش وسیعی از موارد بالینی را شامل شده (کازدین^۲ و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از کوستین و همکاران، ۲۰۰۴) و تأثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارند (ماش و بارکلی، ۲۰۰۲).

از میان اختلالات ایدایی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۳ از شایع‌ترین اختلالات روانی است که با شیوع ۲ تا ۱۶ درصد در کودکان پیش‌دبستانی یا اوایل سن مدرسه، و در مرحله قبل از نوجوانی بروز می‌کند. این اختلال با عواملی چون: از کوره در رفتن، مشاجره با بزرگسالان، سرپیچی فعالانه از مقررات و درخواست‌های بزرگسالان و یا عدم همکاری با آنها، تعمد در ناراحت کردن دیگران، سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات و سوءرفتار خود، زودرنجی و زود ناراحت شدن از دست دیگران، دلخوری و عصبانیت و نیز کینه‌توزی و انتقام‌جویی خود را نشان می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۸۱؛ کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلالی تدریجی و مزمن است (بلوم کوپست، ۱۳۸۳) که تقریباً همیشه در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل می‌کند. این کودکان اغلب دوست و رفیقی ندارند و روابط انسانی برای آنها رضایت‌بخش نیست. آنها علی‌رغم هوش کافی، به دلیل عدم مشارکت و مقاومت در برابر توقعات خارجی و اصرار بر حل مشکلات به کمک دیگران، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است مردود شوند. مشکلات یاد شده موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات کج‌خلقی می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). پیش‌آگهی^۴ اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر رشد مشکلات دیگری هم‌چون: اختلال سلوک^۵ (CD)، بیش‌فعالی - کمبود توجه^۶ (ADHD)، اختلالات یادگیری^۷ (LD)، خلقی، بیش‌اضطرابی^۸، مصرف مواد و الکلیسم (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲؛ بلوم کوپست، ۱۳۸۳؛ انگلد و کاستلو، ۱۹۹۹؛ باربارا و همکاران، ۲۰۰۴؛ مارمورستین، ۲۰۰۶؛ میلن و ادواردز، ۲۰۰۱) و نیز اختلال سلوک، اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلالات خلقی و رفتارهای بزهکارانه در دوران بلوغ و بزرگسالی هستند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲؛ بلوم کوپست، ۱۳۸۳؛ میلن و ادواردز، ۲۰۰۱؛ لوبر و همکاران، ۲۰۰۰؛ ریچارد و همکاران، ۲۰۰۲).

در مورد علت‌شناسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای عوامل بسیاری مطرح شده است که از مهم‌ترین آنها عوامل و متغیرهای خانوادگی می‌باشند (کوشان و بهنام، ۱۳۸۰). خانواده نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که اگر نه در تمام جوامع، حداقل در اکثر آنها به‌عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و

رفتارهای بعدی کودک شناخته شده و حتی به عقیده بسیاری از روان‌شناسان، باید ریشه بسیاری از اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی را در پرورش اولیه خانواده جستجو کرد. از میان اعضاء خانواده، از آن‌جا که مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می‌کند، لذا مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک به‌عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که اختلالات رفتاری در کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین (به‌خصوص مادر) (بارت و همکاران، ۲۰۰۳؛ برادلی، ۲۰۰۲؛ هالشنین، ۲۰۰۴؛ کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲؛ بلوم‌کوئیست، ۱۳۸۳) دارند. هرچه مشکل روانی والدین شدیدتر باشد، ظهور اختلال‌های رفتاری کودکان سریع‌تر خواهد بود (صالحی و همکاران، ۱۳۸۴). ارتباط بین اختلالات روانی مادران با مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان در مطالعات متعددی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. به‌عنوان مثال مطالعات لی و همکاران (۱۹۸۷) نشان داده که آسیب روانی مادر موجب اختلال‌های عاطفی - هیجانی و مشکلات تحصیلی فرزند می‌شود. مطالعه دیگری نشان داد، مادرانی که از روحیه‌ای ضعیف برخوردارند، احساس درماندگی می‌کنند و دچار احساس خشم و افسردگی می‌شوند، همین حالات در فرزندان‌شان به‌طور مستقیم تأثیر می‌گذارد، زیرا کودک خردسال انرژی خود را از مادر می‌گیرد و چون مادر افسرده قادر به پاسخگویی به نیازهای کودک خویش نمی‌باشد، این موارد منجر به بروز مشکلات رفتاری در کودک خردسال می‌شود (گرین، ۲۰۰۱؛ کیگان و همکاران، ۱۳۸۴). همچنین مطالعات انجمن سلامت عمومی^۹ (۲۰۰۱) نشان داد که اضطراب دوران بارداری مادر می‌تواند خطر ابتلای کودک به اختلال بیش‌فعالی به همراه نقص توجه و اختلال نافرمانی مقابله‌ای را افزایش دهد و مادرانی که در سه ماهه آخر بارداری مضطرب هستند، کودکانی که به دنیا می‌آیند دچار مشکلات رفتاری خواهند بود. عبدی (۱۳۷۲) در زمینه تفاوت کودکان مادران افسرده و مادران غیرافسرده از جنبه‌های منبع کنترل، اضطراب و عزت‌نفس و تأثیر افسردگی مادر بر عزت‌نفس کودک مطالعه‌ای انجام داد. نتایج بررسی نشان داد که تفاوت چشم‌گیری بین کودکان در دو گروه، از نظر حالت اضطراب و نمره کل در مقیاس عزت‌نفس اجتماعی وجود دارد. به‌طوری که کودکان دارای مادران افسرده، حالت اضطرابی بیشتر و عزت‌نفس کمتری در مقایسه با کودکان دارای مادران غیرافسرده نشان دادند، بنابراین افسردگی با اضطراب کودک ارتباط دارد. ویلیامز و کارمیکائل (۱۹۹۱) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که افسردگی مادر در ایجاد مشکلات رفتاری کودک قبل از مدرسه هم‌چون اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مادران کودکانی که اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارند، احساس موفقیت کمتر، اثربخشی کمتر و احساس خشم و اضطراب و افسردگی بیشتر نسبت به مادران کودکان سالم دارند (سیل‌بارن^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۶؛ به‌نقل از دن و همکاران، ۲۰۰۳؛ کامینگز و داویس، ۱۹۹۴؛ محمداسماعیل و موسوی، ۱۳۸۴؛ کیگان و همکاران، ۱۳۸۴). توجه به نتایج پژوهش‌های مذکور نشان می‌دهد که یک

عامل فشارزای محیطی در خانواده هم‌چون بیماری روانی مادر می‌تواند برای کودکان، اختلالات رفتاری ایجاد کند و مشکلات متعددی را برای آنان به‌وجود آورد.

با توجه به این‌که تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل خانوادگی مثل مشکلات روانی والدین به‌خصوص مادر در رشد و حفظ اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان نقش مهمی دارند (انجمن سلامت عمومی، ۲۰۰۱؛ ویلیامز و کارمیکائل، ۱۹۹۱؛ کامینگز و داویس، ۱۹۹۴؛ سندرز، ۲۰۰۳؛ سیل بارن و همکاران، ۱۹۹۶؛ به‌نقل از دن و همکاران، ۲۰۰۳)، لذا با انجام مداخلاتی که ارتقاء سلامت روانی والدین را موجب می‌شود، می‌توان گام‌های مثبت و استواری در جهت رفع و یا تخفیف مشکلات رفتاری کودکان و خانواده‌ها برداشت. تحقیقات ثابت کرده‌اند که مداخلات خانوادگی رفتاری^{۱۱} بر مبنای اصول یادگیری اجتماعی در درمان و پیشگیری طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان (سندرز، ۲۰۰۳؛ سندرز و همکاران، ۲۰۰۴) و والدین آن‌ها (سندرز، ۲۰۰۰) مؤثر است. از جمله رایج‌ترین مداخلات خانواده‌محور، آموزش برنامه فرزندپروری مثبت^{۱۲} به والدین می‌باشد (تری و همکاران، ۲۰۰۰) که در قلمرو درمانگری‌های خانوادگی رفتاری براساس اصول یادگیری اجتماعی قرار دارد (دیویسون، ۲۰۰۵). این برنامه یک مداخله چند سطحی است (سندرز، ۲۰۰۳) که عوامل محافظتی کودکان را غنا می‌بخشد و عوامل خطرسازی را که با مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان در ارتباط است کاهش می‌دهد (دیویسون، ۲۰۰۵).

برنامه آموزش مذکور این اهداف را دنبال می‌کند: افزایش دانش، مهارت، اعتماد به نفس، خودکارآمدی و خوش‌فکری والدین در تربیت کودکان؛ ارائه درمان به‌وسیله یادگیری آموزشی، حل مسئله به واسطه الگوپردازی، درمانگری ساخت‌یافته حل مسئله؛ گسترش سرگرمی و ایمنی و پرورش و ایجاد محیط‌هایی با میزان تعارض کمتر برای کودکان؛ افزایش کارآمدی رفتاری، هوشی، زبانی، عاطفی و اجتماعی کودکان از طریق مهارت‌های فرزندپروری مثبت (سندرز، ۲۰۰۳).

اثر بخشی برنامه آموزش فرزندپروری مثبت در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. این برنامه از پشتوانه تجربی خوبی در درمان اختلال‌های دوران کودکی به‌خصوص ODD، ADHD، CD (بار و همکاران، ۲۰۰۲؛ لئونگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ کن و همکاران، ۲۰۰۳؛ کرونیس و همکاران، ۲۰۰۴؛ فتحی، ۱۳۷۴؛ احسان‌منش، ۱۳۷۲)، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد (بار و همکاران، ۲۰۰۲؛ لئونگ و همکاران، ۲۰۰۳)، تعارضات زناشویی (کن و همکاران، ۲۰۰۳) و افسردگی، اضطراب، استرس و خشم والدین (دادز^{۱۳}، ۲۰۰۱؛ به‌نقل از سندرز، ۲۰۰۵؛ کن و همکاران، ۲۰۰۳، سندرز و فورلند، ۲۰۰۶؛ زوبریک^{۱۴}، ۲۰۰۱؛ به‌نقل از سندرز، ۲۰۰۵) برخوردار بوده است. هم‌چنین روشن‌بین و همکاران (۱۳۸۶) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که برنامه گروهی فرزندپروری مثبت منجر به کاهش استرس والدگری در قلمرو کودک و والدین شده و تغییرات صورت گرفته تا ۲ ماه پیگیری نیز هم‌چنان باقی می‌ماند.

با توجه به تحقیقات بیان شده در مورد سیر بروز و پیشرفت اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان و در راستای احساس نیاز به روش‌های درمانی برای ارتقاء بهداشت روانی مادران و نیز افزایش پیامدهای مثبت رفتاری در کودکان، برای نگارنده این مسئله مطرح می‌شود که با توجه به این که مداخلات خانوادگی رفتاری به شیوه برنامه‌ریزی‌شده، پشتوانه تجربی مناسبی در درمان مشکلات روان‌شناختی مادران در خارج از کشور به‌دست آورده است (دادز، ۲۰۰۱؛ به‌نقل از سندرز، ۲۰۰۵؛ کن و همکاران، ۲۰۰۳؛ سندرز و فورلند، ۲۰۰۶؛ زوبریک، ۲۰۰۱؛ به‌نقل از سندرز، ۲۰۰۵)، آیا این روش می‌تواند مشکلات روان‌شناختی مادران ایرانی دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را نیز کاهش دهد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه مورد مطالعه آن شامل کلیه مادران دانش‌آموز پسر ۷ تا ۱۰ ساله دارای نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای دبستان‌های پسرانه شهرستان نهاوند و نمونه پژوهش شامل ۲۰ نفر از مادران کودکان دارای نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای که در پرسشنامه سلامت عمومی نمره‌ای برابر یا بالاتر داشتند، می‌باشد. نمونه‌گیری در دو مرحله تصادفی و مبتنی بر هدف انجام شد، به این ترتیب که در ابتدا چهار مدرسه به‌طور تصادفی از میان دبستان‌های پسرانه انتخاب و سپس به این مدارس مراجعه گردید و با مسئولین این مدارس در ارتباط با تحقیق حاضر و ویژگی دانش‌آموزان نمونه گفتگو شد. بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین این مدارس، سیاهه رفتاری کودک^{۱۵} (CBCL) توسط دانش‌آموزان این مدارس برای والدین آن‌ها ارسال شد. پس از تکمیل سیاهه رفتاری کودک توسط والدین و ارجاع مجدد آن به مدرسه، ۴۷ دانش‌آموزی که در شاخص نافرمانی مقابله‌ای سیاهه رفتاری کودک نمره بالاتر از نمره برش کسب کردند، انتخاب شدند. سپس به منظور تأیید نظر والدین، فرم گزارش معلم^{۱۶} (TRF) توسط معلم دانش‌آموزان مربوطه تکمیل شد. در نهایت ۳۰ دانش‌آموزی که در هر دو ابزار استفاده شده، نمره بالا گرفته بودند، انتخاب و از مادران‌شان دعوت شد تا در این پژوهش شرکت کنند. سلامت روانی مادران آن‌ها نیز با استفاده از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-۲۸) مورد ارزیابی قرار گرفت. هم‌چنین مادران مذکور یک پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق ساخته را نیز تکمیل کردند.

با توجه به این که تحقیقات ثابت کرده‌اند که برنامه آموزش رفتاری بر روی والدینی با سطح اقتصادی - اجتماعی و تحصیلات پایین کارایی کمی دارد (سندرز، ۲۰۰۳)، براساس شواهد جمعیت‌شناختی که در پرسشنامه والدین وجود داشت، خانواده‌هایی که دارای سطح اقتصادی -

اجتماعی پایین و میزان تحصیلات پایین بودند از نمونه اصلی حذف شدند. در نهایت براساس نتایج پرسشنامه‌های اجرا شده، ۲۰ نفر از مادرانی که در پرسشنامه سلامت روان نمره‌ای برابر یا بالاتر از نقطه برش (۲۳) گرفتند، انتخاب و به دو گروه آزمایش ($n=10$) و گواه ($n=10$) تقسیم شدند. سپس برنامه آموزش والدین بر مبنای فرزندپروری مثبت به مدت ۲ ماه در ۸ جلسه آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. در طول دوره آموزش، ۲ نفر از مادران گروه آزمایش از شرکت در جلسات خودداری کردند، ولی تعداد افراد گروه گواه ثابت ماند.

ابزارهای پژوهش

فهرست رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF): CBCL و TRF، دو فرم نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشتنباخ^{۱۷} هستند که به ترتیب توسط والد و معلم، براساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل می‌شوند. در این پرسشنامه‌ها مقیاس‌هایی براساس اختلالات DSM-IV-TR تنظیم شده است که عبارتند از: مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه/فزون‌کنشی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری که سه مورد نخستین تشکیل‌دهنده مشکلات درونی‌سازی شده^{۱۸} و دو مورد دیگر تشکیل‌دهنده مشکلات برونی‌سازی شده هستند و می‌توان نمرات مربوط به این دو مقیاس را از مجموع نشانگانی که در این مقیاس‌ها قرار می‌گیرند، به دست آورد. همچنین از مجموع نمرات مقیاس‌های مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده، نمره مشکلات کلی به دست می‌آید (آشنباخ و رسکولار، ۲۰۰۱). هنجاریابی این پرسشنامه‌ها، پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونه ایرانی انجام شد. نتایج نشان داد که ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر DSM-IV در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای CBCL و ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ برای TRF است (مینیایی، ۱۳۸۴).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): در این پژوهش به منظور بررسی میزان برخورداری مادران از سلامت روانی از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. این آزمون متشکل از ۲۸ سؤال و حاوی ۴ خرده‌آزمون است که نشانه‌های جسمانی اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (خیر تا خیلی زیاد)، میزان ناراحتی را مشخص می‌کند و نمره‌گذاری این آزمون به شیوه لیکرت از ۰ تا ۳ است و نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. نقطه برش سلامت و عدم سلامت روانی ۲۱ می‌باشد. ضرایب اعتبار پرسشنامه مزبور از سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمد. برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش همزمان، همبستگی خرده‌آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد که به ترتیب ۰/۵۵ و همبستگی خرده‌آزمون‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش

چرخشی واریماکس و براساس آزمون اسکری، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی است که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند (تقوی، ۱۳۸۰).

شیوه اجرا

بعد از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری از مادران دانش‌آموزانی که شرایط لازم جهت انجام پژوهش را دارا بودند، دعوت شد که در پژوهش حاضر شرکت کنند. این مادران پس از اعلام رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در مرحله بعد مادران گروه آزمایش در جلسات گروهی برنامه آموزش فرزندپروری مثبت شرکت کردند. این برنامه بر پایه مدل یادگیری اجتماعی تعامل والد - کودک استوار است و ماهیت دو سویه و دو جانبه تعاملات والد - کودک را مشخص می‌کند. محتوای جلسات آموزش فرزندپروری مثبت به شرح زیر بوده است:

جلسه اول (فرزندپروری مثبت گروهی): در این جلسه شرکت‌کنندگان پس از آشنایی با یکدیگر با اهداف و محتوای برنامه آشنا می‌شوند، قوانین گروه مورد بحث قرار گرفته و علت مشکلات رفتاری برای مادران تشریح می‌شود. هم‌چنین والدین تشویق می‌شوند که به مشاهده و ردیابی رفتار کودک خود پرداخته و اهدافی برای تغییر رفتار کودکشان تعیین کنند.

جلسه دوم (ارتقاء رشد کودک ۱): در این جلسه استراتژی‌هایی برای ایجاد ارتباط مثبت با کودک (مانند صحبت کردن با کودک، عاطفه به خرج دادن، اختصاص دادن زمان مفید به کودک) آموزش داده می‌شود و از والدین خواسته می‌شود که به تمرین و ایفای نقش آن‌ها در گروه‌های کوچک بپردازند.

جلسه سوم (ارتقای رشد کودک ۲): در این جلسه استراتژی‌هایی برای افزایش رفتارهای مثبت (تحسین توصیفی، فراهم کردن فعالیت‌های سرگرم کننده، ...) به والدین آموزش داده می‌شود و به آن‌ها آموزش داده می‌شود که چه وقت و چگونه می‌توانند این آموزش‌ها را به کار ببرند.

جلسه چهارم (ارتقاء رشد کودک ۳): در این جلسه جهت یاددهی رفتارها و مهارت‌های جدید به کودک استراتژی‌هایی همانند آموزش اتفاقی، تکنیک پرسیدن، گفتن، انجام دادن و... به والدین آموزش داده می‌شود.

جلسه پنجم (مدیریت رفتار ناکارآمد ۱): در این جلسه درباره پیامدهای منفی تنبیه با والدین صحبت می‌شود و استراتژی‌هایی برای مقابله با سوءرفتار کودک آموزش داده می‌شود. این روش‌ها شامل قانون گذاشتن، بحث مستقیم، دستور دادن مستقیم و روشن و نادیده گرفتن می‌باشد.

جلسه ششم (مدیریت رفتار ناکارآمد ۲): در این مرحله استراتژی‌های جایگزین تنبیه به شکل پیشرفته (شامل پیامد منطقی، محروم سازی و زمان ساکت) برای مقابله مؤثر با رفتارهای نامناسب به والدین آموزش داده می‌شود.

جلسه هفتم (مدیریت رفتار ناکارآمد ۳): با توجه به این‌که روش‌های معرفی شده در جلسات پیشین به تنهایی مؤثر واقع نمی‌شوند و نیازمند ترکیب شدن با یکدیگر هستند، به والدین سه برنامه کاربردی شامل برنامه روزانه پیروی، برنامه تصحیح رفتار و چارت رفتاری آموزش داده می‌شود تا والدین بتوانند به صورت روزانه برای مدیریت سوءرفتار کودک خود از آن استفاده کنند.

جلسه هشتم (از پیش برنامه‌ریزی کردن): در این جلسه به والدین آموزش داده می‌شود که موقعیت‌های پرخطر را شناسایی کنند و استراتژی‌های معرفی شده در طول جلسات پیش را در قالب تکنیک فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده در موقعیت‌های پرخطر (در خانه و خارج از آن) به کار گیرند. در این جلسه هم‌چنین رهنمودهایی برای بقاء و دوام خانواده به مادران ارائه می‌شود.

نحوه انجام کار چنین بود که در ابتدا بعد از ایجاد ارتباط با مادران، در هر جلسه موضوعات اصلی با زبانی ساده و قابل فهم برای آن‌ها بازگو 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 شرکت‌کنندگان ارائه و هم‌چنین تکالیف لازم مربوط به آن جلسه، جهت تمرین در منزل به آن‌ها داده می‌شد. لازم به ذکر است که 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 شده و با رفع مشکلات و سؤالات احتمالی به موضوع جدید پرداخته می‌شد. در مورد مادران گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله آموزشی - درمانی انجام نشد و تنها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون شرکت کردند. پس از اتمام جلسات، پرسشنامه سلامت عمومی مجدداً توسط مادران هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. در نهایت داده‌های قبل و بعد از آموزش به کمک برنامه کامپیوتری SPSS و آزمون U من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

تعداد کل مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر ۱۸ نفر می‌باشند که از این تعداد ۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل هستند. شاخص‌های توصیفی مربوط به سن کودکان و مادران گروه آزمایش و گواه در جداول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی سن کودکان گروه کنترل و آزمایش

گروه	شاخص	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	کمترین	بیشترین
کنترل		۸/۹۰	۰/۸۷	۱۰	۷	۱۰
آزمایش		۸/۳۷	۱/۱۸	۸	۷	۱۰

چنان‌چه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد سن کودکان گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۸/۳۷ و ۱/۱۸ و میانگین و انحراف استاندارد سن گروه کنترل به ترتیب برابر با ۸/۹۰ و ۰/۸۷ است. میانگین سن کودکان گروه آزمایش با میانگین سن کودکان گروه کنترل اندکی متفاوت به نظر می‌رسد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به سن مادران در گروه کنترل و آزمایش

گروه	شاخص	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	کمترین	بیشترین
کنترل		۲۷/۹۰	۴/۲۸	۱۰	۲۲	۳۵
آزمایش		۲۷/۱۲	۴/۸۲	۸	۲۰	۳۴

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد سن مادران گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۲۷/۱۲ و ۴/۸۲ و میانگین و انحراف استاندارد سن مادران گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۷/۹۰ و ۴/۲۸ است.

جدول ۳: مقایسه سن کودکان و مادران دو گروه آزمایش و کنترل

سطح معناداری	درجه آزادی	t مشاهده شده	سطح معناداری	F	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص آزمودنی گروه	
							مادران	کودکان
۰/۷۲	۱۶	-۰/۳۶	۰/۳۱	۰/۲۱	۴/۸۲	۲۷/۱۲	آزمایش	مادران
							کنترل	۲۷/۹۰
۰/۲۹	۱۶	-۱/۰۸	۰/۶۵	۱/۰۷	۱/۸۷	۸/۳۷	آزمایش	کودکان
							کنترل	۸/۹۰

نتایج ارائه شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که t مشاهده شده مربوط به مقایسه میانگین سن مادران گروه آزمایش و گروه کنترل برابر (-۰/۳۶) با درجه آزادی ۱۶ بوده که نشانگر عدم وجود

تفاوت معنادار سن مادران دو گروه کنترل و آزمایش می‌باشد. همچنین مقدار t محاسبه شده مربوط به سن کودکان گروه کنترل و آزمایشی برابر $1/08$ - می‌باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی، نشانگر تفاوت معنادار میانگین سنی دو گروه نمی‌باشد.

جهت بررسی تأثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر بهبود سلامت روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمره کل و زیرمقیاس‌های سلامت روان دو گروه آزمایشی و کنترل براساس آزمون U من‌ویتنی مورد مقایسه قرار گرفت. جدول ۴ در برگزیده نتایج یاد شده می‌باشد.

جدول ۴: مقایسه تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمره کل و زیرمقیاس‌های سلامت روانی U من‌ویتنی مادران دو گروه کنترل و آزمایش براساس آزمون

متغیر	شاخص	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون	میانگین تفاضل	انحراف استاندارد	میانگین رتبه	U من‌ویتنی	Z	سطح معناداری	گروه
												آزمایش
نشانه‌های جسمانی	آزمایش	۹/۶۲	۴/۲۷	۷/۶۳	۳/۸۱	۲	۱/۳۰	۱۲/۳۱	۱۷/۵۰	-۲/۰۶	۰/۰۳	آزمایش
	کنترل	۱۳	۵/۳۹	۱۲/۵۰	۴/۹۹	۰/۵	۱/۴۳	۷/۲۵				آزمایش
اضطراب / بی‌خوابی	آزمایش	۸/۳۷	۴/۷۷	۴/۲۵	۲/۰۵	۴/۱۳	۴/۰۵	۱۲/۲۵	۱۸	-۱/۹۸	۰/۰۴	آزمایش
	کنترل	۱۰/۶۰	۳/۴۷	۱۱/۲۰	۴/۹۱	-۰/۰۶	۴/۴۵	۷/۳۰				آزمایش
افسردگی	آزمایش	۱۲	۵/۷۰	۱۱/۳۸	۶/۱۸	۰/۶۲	۰/۹۱	۱۱/۹۴	۲۰/۵۰	-۱/۹۷	۰/۰۴	آزمایش
	کنترل	۱۱	۵/۸۶	۱۱/۲۰	۵/۹۲	-۰/۲۰	۰/۶۳	۷/۵۵				آزمایش
نارسا کنش‌وری اجتماعی	آزمایش	۹/۸۸	۲/۵۲	۶/۲۵	۴/۶۸	-۱/۱۲	۴/۶۷	۷/۸۱	۲۶/۵۰	-۱/۴۳	۰/۱۵	آزمایش
	کنترل	۹/۵۰	۳/۵۹	۹/۶۰	۳/۵۰	-۰/۱۰	۳/۶۲	۱۰/۸۵				آزمایش
نمره کلی سلامت روانی	آزمایش	۳۹/۸۸	۱۲/۴۰	۲۸/۷۵	۴/۶۵	۵/۶۲	۳/۹۶	۱۳/۰۶	۱۱/۵۰	-۲/۵۴	۰/۰۱	آزمایش
	کنترل	۴۴/۱۰	۱۱/۴۸	۴۴/۵۰	۱۱/۴۹	-۰/۴۰	۴/۵۹	۶/۶۵				آزمایش

نگاهی به نتایج مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون سلامت روان در دو گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد که نمره کلی سلامت روانی و نیز نمره زیرمقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی مادران گروه آزمایشی پس از پایان جلسات آموزش فرزندپروری مثبت، با توجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، کاهش یافته ($P < 0/05$) ولی در تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون زیرمقیاس نارساکنش‌وری اجتماعی تفاوت معناداری به‌دست نیامد ($P = 0/15$).

بحث

بر اثر پیشرفت‌های وسیعی که در روان‌شناسی مرضی رخ داده، توجه زیادی به اختلالات دوران کودکی شده است. اثرات بلندمدت این اختلالات بر ابعاد مختلف زندگی کودک، خانواده و جامعه و همچنین تداوم بسیاری از آن‌ها در دوران بزرگسالی، این اختلالات را در کانون توجه بسیاری از پژوهش‌های مختلف در قلمرو روان‌شناسی مرضی کودک قرار داده است (ماش و بارکلی، ۲۰۰۳). یکی از اختلالات روانی کودک که بیشترین نقد و بررسی را به خود اختصاص داده است، اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد (شاچار و واشموت، ۱۹۹۰). این اختلال مشکلات فزاینده‌ای در زندگی کودک و خانواده‌اش ایجاد می‌کند و فرد مبتلا را در خطر ابتلا به اختلالات وخیم‌تر در دوران بزرگسالی قرار می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۸۱؛ لوبر و همکاران، ۲۰۰۰؛ ریچارد و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش‌های مختلف، بسیاری از عوامل مؤثر در بروز اختلال را شناسایی کرده‌اند، که از جمله مهم‌ترین آن‌ها، متغیرهای خانوادگی و به‌خصوص مشکلات روانی مادر است (کامینگز و داویس، ۱۹۹۴؛ سندرز، ۱۹۹۰؛ به‌نقل از سندرز، ۲۰۰۳؛ سیل بارن و همکاران، ۱۹۹۶؛ به‌نقل از دن و همکاران، ۲۰۰۳)؛ لذا مداخلات خانواده‌محور از جمله روش‌های موثر جهت پیشگیری از این اختلال می‌باشند. از جمله رایج‌ترین روش‌های مداخله بر روی والدین، برنامه فرزندپروری مثبت می‌باشد (تری و همکاران، ۲۰۰۰) که در قلمرو درمانگری‌های خانوادگی - رفتاری براساس اصول یادگیری اجتماعی قرار دارد (دیویسون، ۲۰۰۵). برنامه فرزندپروری مثبت به دلیل کارایی گسترده، به‌خصوص هنگامی که به‌صورت گروهی برگزار می‌شود، ارزان بودن و پذیرش آن توسط خانواده‌ها، راهبرد مؤثری برای کمک به والدینی است که با اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان مواجه هستند (سندرز، ۲۰۰۳). با توجه به این‌که آموزش برنامه فرزندپروری مثبت ممکن است از معیارهای فرهنگی تأثیر پذیرد و در ایران تاکنون مطالعه مشابهی در مورد بهبود مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای براساس برنامه فرزندپروری مثبت انجام نشده است، این مطالعه از این نظر که می‌تواند نقش و لزوم ارائه این آموزش‌ها را در بهبود مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان دهد، حائز اهمیت است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نمره کلی سلامت روانی و نیز نمره زیرمقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی مادران گروه آزمایشی پس از پایان جلسات آموزش فرزندپروری مثبت، با توجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، کاهش یافته است. بنابراین با توجه به نتایج به‌دست آمده، آموزش فرزندپروری مثبت مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را کاهش می‌دهد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های دادز (۲۰۰۱)، به‌نقل از سندرز، (۲۰۰۵)، سندرز و فورلند (۲۰۰۶)، زوبریک (۲۰۰۱)، به‌نقل از سندرز، (۲۰۰۵)، سندرز (۲۰۰۵)، کن و همکاران (۲۰۰۳) همسو می‌باشد. این پژوهشگران نیز نشان دادند که آموزش

برنامه فرزندپروری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نشانه‌های اضطراب، افسردگی، علائم بدنی و نیز خشم را در آن‌ها کاهش می‌دهد.

با توجه به یافته‌های مربوط به کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در اثر آموزش، می‌توان گفت که مداخله به‌کار گرفته شده در پژوهش حاضر، روش سودمندی جهت بهبود سلامت روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به این اختلال بوده است. با تمام تلاش‌های صورت گرفته، تحقیق حاضر از محدودیت‌هایی برخوردار بود؛ که از جمله آن‌ها محدود بودن تعداد آزمودنی‌ها و نیز عدم پیگیری پایداری نتایج درمانی می‌باشند. لذا پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی تعداد نمونه بیشتری انتخاب شده و حتی‌الامکان مطالعات پیگیری نیز جهت بررسی تداوم اثرات درمانی انجام پذیرد. همچنین شایسته است الگوهای آموزشی دیگر نیز با توجه به نیازهای فرهنگی و اجتماعی ایران، تهیه و تدوین شده و مورد آزمایش تجربی قرار گیرند. مقایسه میزان تأثیر مدل‌های گوناگون در زمینه کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و دیگر اختلالات رفتاری را نیز می‌توان جهت پژوهش‌های آتی پیشنهاد نمود. بدون تردید پژوهش‌های آتی می‌توانند گستره‌های تازه‌ای را در مورد تأثیر برنامه فرزندپروری مثبت در مقابل ما بگشایند.

یادداشت‌ها

1. Disruptive Behaviour
2. Kazdin, A. E.
3. Oppositional Defiant disorder
4. Prognosis
5. Conduct disorder
6. Attention deficit hyperactivity disorder
7. Learning disorder
8. Overanxious
9. Institute General Health
10. Silburn, S.R
11. Behavior Family Intervention
12. Positive parenting program.
13. Dads, A.
14. Zubrig, C.
15. Child Behavioral Checklist.
16. Teacher Report Form
17. Ashtenbakh System of Empirically Based Assessment
18. Internalized

منابع

- احسان‌منش، م. (۱۳۷۲). *کارروزی والدین کودکان مبتلا به اختلال سلوک*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۱). متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ترجمه م. ر. نیکخو و ه. آزادیس بانگ). تهران: انتشارات سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۰).
- بلوم کوپست، م. ل. (۱۳۸۳). *مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار: راهنمای عملی برای والدین و درمانگران* (ترجمه ج. علاقه‌بندراد). تهران: انتشارات سنا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۱۹۹۶).
- تقوی، س. م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی، *مجله روان‌شناسی*، ۵، ۳۹۸-۳۸۱.
- روشن‌بین، م.، پوراعتماد، ح. ر.، و خوشای، ک. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۱۰-۴ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه. *خانواده‌پژوهی*، ۱۰، ۵۵۵-۵۷۲.
- سادوک، ب. و سادوک، و. (۱۳۸۲). خلاصه *روان‌پزشکی: علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی* (جلد سوم) (ترجمه ن. پورافکاری). تهران: نشر آب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۳).
- صالحی، م.، سالاری‌فر، م. ح.، و هادیان، م. (۱۳۸۴). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان دچار اختلال روان‌پزشکی با گروه گواه. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران* (اندیشه و رفتار)، ۱۰، ۸۴-۷۸.
- عبدی، م. (۱۳۷۲). *بررسی رابطه افسردگی مادر با افسردگی کودک*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران.
- فتحی، ن. (۱۳۷۴). *تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم اختلال ADHD* پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران.
- کوشان، م.، و بهنام، ح. ر. (۱۳۸۰). بررسی شیوع برخی اختلالات رفتاری و عوامل خانوادگی مؤثر در کودکان دبستانی شهر سبزوار. *اسرار، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ۸(۴)، ۴۶-۴۰.
- کیگان، ج.، ماسن، پ.، هوستون، آ.، و کانجر، ج. (۱۳۸۴). رشد و شخصیت کودک (ترجمه م. یاسایی). تهران: انتشارات مرکز. کتاب ماد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۳).
- محمداسماعیل، ا.، و موسوی، ح. س. (۱۳۸۴). بررسی سلامت روانی مادران دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات رفتاری. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۳(۲)، ۱۱۶-۱۰۵.
- مینایی، ا. (۱۳۸۴). *هنجاریابی نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنابخ*. تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.

- Anagold, A., Costello, E., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-97.
- Barbara, M., Richard, R., Julie, M., Robert, G., & Haward, M. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effectiveness of the triple p - positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and antisocial/hyperactivity difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 572-587.
- Bradly, S. J. (2002). *Affect regulation and the development of psychology*. New York: The Guildford Press.

- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., & Iacano, W. (2003). Parent-child conflict and the co-morbidity among childhood externalizing disorder. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 60, 505-513.
- Cann, W., Roggers, H., & Worley, G. (2003). Report on a Program evaluation of a telephone assisted parenting support service for families living in isolated rural areas. *Australian e-Journal For The Advancement of Mental Health (AejAm)*, 2(3), 264-276.
- Chronis, A. M., Gamble, S. A., Roberts, J. E., & Pelham, W. E. (2002). *Cognitive-behavioral depression treatment for mothers of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4, 1446-1453.
- Costin, J., lichte, C., Smith, A. H., Vance, A., & luk, E. (2004). Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3, 1446-7984.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of child psychology and psychiatry*, 36, 73-112.
- Davison, C. G. (2005). *Abnormal psychology*. New York: John Wiley.
- Dean, C., Myers, K., & Evants, E. (2003). Communicating-wide implementation of parenting program: The south east Sydney positive parenting program. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(3), 1-12.
- Green, A. (2001). *Mental disorders and children. Mother's anxiety affect baby's brain*. . Institute General Health [On-Line]. Available: pt.wkhealth.com
- Holenstein, T. (2004). Rigidity in parent-child interaction early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (4), 595-607.
- Institute General Health. (2001). *Family matters: Mental health of children and parents*. University of Washington [On-Line]. Available: <http://www.hspc.org/wkc/annual>.
- Lee, A., Barbara, M., Andrew, P., Jane, C., & Adrian, A. (1987). Mother's anxiety affects baby's brain. *Journal of Anxiety Disorder*, 4, 25-38.
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mark, R., & Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the triple p- positive parenting program in Hong Kong. *Family Process*, 42(2), 531-544.
- Loeber, R., Burkley, J. D., Lahey, B. B., winters, A., & Zora, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part 1. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 39, 1468-1484.
- Marmarstein, N. R. (2006). Relationship between anxiety and externalizing disorder in youth: The influences of age and gender. *Journal of Anxiety Disorder*, 20(1), 1-22.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2002). *Child psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Milen, J. M., & Edwards, J. K. (2001). Family treatment of oppositional defiant disorder: Changing views and strength -Based approaches. *Counseling And Therapy For Couples and Families*, 1, 17-28.
- Richard, R., Barbara, M., Andrew, P., Jane, C., & Adrian, A. (2002). The relation between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Finding from the Great Smoky maintains study. *Journal of Child Psychology And Psychiatry*, 43, 39-50.

- Sanders, M. R. (2000). Community-based parenting and Family support intervention and prevention of drug abuse. *Addictive behavior, 25(6)*, 929-942.
- Sanders, M. R. (2003a). The translation of evidence-based parenting program into regular clinical services. *Australian e-Journal for The Advancement of Mental Health (AejAMH)*, 2(3), 1-4.
- Sanders, M. R. (2003b). Triple p-positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. *Australian e-Journal for The Advancement of Mental Health (AejAm)*, 2(3), 1-17 .
- Sanders, M. R. (2005). *Triple P: A multi-level system of parenting intervention: Workshop participant notes*. The University of Queensland: Brisbane, Australia.
- Sanders, M. R., & McFarland, M. (2006). Treatment of depressed mothers with disorder children: A-controlled elevation of positive parenting program and cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy, 31(1)*, 89-112.
- Sanders, M. R., Pidgeon, A. M., Gravesock, F., Connors, D., Brown, S., & young, (2004). Dose parental attitudinal retraining and anger management enhance the effects of triple p-positive parenting program with parents at risk of child maltreatment. *Behavior Therapy, 35(3)*, 513-535.
- Schachar, R., & Washmuth, R. (1990). Oppositional defiant disorder in children: A validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 1089-1102.
- Shelton, T. L., Barkely, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L., & Metevia, L. (2000). Multi-method, psycho educational intervention for preschool children with disruptive behavior: two-year post-treatment follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28(3)*, 253-266.