

تدوین برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران کودکان با ناتوان هوشی

Developing a Parenting Program Based on the Experiences of Mothers of Children with Intellectual Disability (ID)

A. Sharifi Ardani, Ph.D.

Department of Psychology and Teaching Children
with Special Needs, University of Isfahan

دکتر احمد شریفی اردانی

گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص،
دانشگاه اصفهان

A. Yarmohamadiyan, Ph.D.

Department of Psychology and Teaching Children
with Special Needs, University of Isfahan

دکتر احمد یارمحمدیان

گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص،
دانشگاه اصفهان

A. Gamarani, Ph.D.

Department of Psychology and Teaching Children
with Special Needs, University of Isfahan

دکتر امیر قمرانی

گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص،
دانشگاه اصفهان

دریافت مقاله: ۹۷/۴/۴

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۷/۶/۲۵

پذیرش مقاله: ۹۷/۶/۲۵

Abstract

Intellectual disability is considered as a developmental disorder that has a great impact on the family, especially on mothers. The aim of the present study was to develop a parenting program based on the study of mothers of children with intellectual disability. Participants were mothers of children with intellectual disability (ID) in Yazd Province who were selected via the purposive sampling method. They had at least one child with intellectual disability and intended to talk about their experiences.

چکیده

ناتوانی هوشی یک اختلال عصبی رشدی محسوب می‌شود که تأثیر بسیار زیادی بر خانواده به خصوص مادران می‌گذارد. لذا هدف از این پژوهش تدوین برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران کودکان ناتوان هوشی بود. مشارکت‌کنندگان مادران کودک ناتوان هوشی مقطع ابتدایی استان یزد بودند که به صورت هدفمند انتخاب شده و دارای حداقل یک کودک ناتوان هوشی بودند و تمایل به صحبت در مورد تجارب خود را داشته‌اند، فرایند نمونه‌گیری و مصاحبه‌ها تا زمان اشباع

✉ Corresponding Author: Psychology Department of
Special Education Faculty of Educational Science
and Psychology University of Isfahan
Email: a.yarmo@edu.ui.ac.ir

✉ نویسنده مسئول: دانشکده روان‌شناسی و علوم
تربیتی، دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای
خاص

پست الکترونیکی: a.yarmo@edu.ui.ac.ir

Sampling and interviewing continued until saturation (12 mothers.) To develop the program in a qualitative method, the mothers' lived-experiences were explored through in-depth interviews with 12 mothers of children with intellectual disability. The main themes of the experiment were discovered through the Colaizzi method. Then, based on the main discovered themes, a review of all parenting methods and related programs (presented in various books and articles) was devoted to the development of parenting sessions. Finally, the parenting program was designed using the focal group methodology between the specialist counselors of Yazd Schools of Special Needs and the CVR coefficient for each session was calculated and approved. Hence its content and formal validity were confirmed. Findings from the lived-experiences of mothers of children with intellectual disability were summarized in 7 main themes (experience of blame, future worries, child behavior problems, interruptions in interaction, hot and social isolation, negative thoughts and feelings, and positive achievements) and 16 themes encoded as subgroups of the main themes. After that, the parenting program based on the experiences of mothers of children with intellectual disability was developed using the main components of compassion therapy and positive parenting method in 9 sessions. Since the design of this program has used the experiences of mothers as main audiences as well as a comprehensive review of the scientific resource to meet their needs, and all training sessions have been reviewed and approved by relevant professionals, the designed program has acceptable content and formal validity and can probably be effective on the development of children with intellectual disability and their families.

Keywords: "Mothers", "Intellectual Disability", "Lived Experiences", "Parenting Program".

(۱۲ مادر) ادامه یافت. رأی تدوین برنامه به شیوه کیفی به کاوش تجارب زیسته مادران با استفاده از مصاحبه ژرف‌نگر با ۱۲ مادر که دارای کودک ناتوانی هوشی بودند پرداخته شد و مضامین اصلی تجربه‌ها از طریق روش Colaizzi کشف شد. سپس بر اساس مضامین اصلی کشف شده به مطالعه مروری کلیه روش‌های فرزندپروری و برنامه‌های مربوطه (که در کتاب‌ها و مقالات مختلف مطرح شده بودند) پرداخته شد تا جلسات فرزندپروری طراحی شود. در نهایت برنامه فرزندپروری طراحی شده با استفاده از روش گروه‌های کانونی بین مشاوران تخصصی مدارس استثنایی استان یزد مورد بررسی قرار گرفت و ضریب CVR مربوط به هر جلسه محاسبه و در مورد برنامه به اجماع رسیده شد و روایی محتوایی و صوری آن مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌های حاصل از تجربیات مادران در زندگی با کودک مبتلا به ناتوانی هوشی در ۷ مضمون اصلی (تجربه سرزنش، نگرانی از آینده، مشکلات رفتاری کودک، اختلال در تعامل، داغ و انزوای اجتماعی، افکار و احساسات منفی و دستاوردهای مثبت) و ۱۶ مضمون فرعی که به صورت زیرگروه‌های مضامین اصلی کدبندی شده‌اند، خلاصه گردید. سپس برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک ناتوان هوشی با استفاده از مؤلفه‌های اساسی درمان مبتنی بر شفقت و روش فرزندپروری مثبت در ۹ جلسه آموزشی تدوین شد. از آنجایی که برای طراحی این برنامه از تجارب مادران به عنوان مخاطبان اصلی و همچنین مطالعه‌ی مروری گسترده منابع علمی برای پاسخگویی به نیازهای آنان استفاده شده است و کلیه جلسات آموزشی مورد بررسی و تأیید متخصصان مربوطه قرار گرفته است، به این نتیجه می‌رسیم که برنامه طراحی شده از روایی محتوایی و صوری قابل قبولی برخوردار است و احتمالاً می‌تواند در جهت پیشرفت کودکان ناتوان هوشی و خانواده‌های آن‌ها مؤثر و مفید باشد.

کلیدواژه‌ها: مادران، ناتوانی هوشی، تجارب زیسته، برنامه فرزندپروری.

مقدمه

ناتوانی هوشی^۱ اختلالی است که در دوره رشد شروع می‌شود و دربرگیرنده نقصان کارکرد انطباقی و هوشی فرد در حوزه‌های عملی، اجتماعی و مفهومی است. برای تشخیص افراد با ناتوانی هوشی سه ملاک باید در نظر گرفته شود: (۱) نقصان کارکردهای هوشی مانند استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری تحصیلی و یادگیری از تجارب که هم در ارزیابی بالینی و فردی و هم در آزمون‌های استاندارد هوش تأیید شده است. (۲) نقصان کارکرد انطباقی که منجر به عدم دستیابی کودک به استانداردهای رشدی و اجتماعی - فرهنگی در زمینه استقلال فردی و مسئولیت اجتماعی وی می‌شود. (۳) شروع این نقایص هوشی و انطباقی در دوره رشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). لذا ناتوانی هوشی به عنوان پیچیده‌ترین، دشوارترین و عمده‌ترین مسائل و مشکلات در کودکان و نوجوانان در جوامع بشری شناخته می‌شود و تا سن بزرگسالی باقی می‌ماند (لوکسون و ریو^۳، ۲۰۰۱). این گروه نامتجانس با درصد شیوع بالا و تفاوت‌های قابل ملاحظه در شدت، نوع آسیب‌های ذهنی، نارسایی‌های عملکردی، ناتوانی‌های حسی - حرکتی و زمینه‌های اجتماعی-خانوادگی به لحاظ تأثیرگذاری بر خانواده و جامعه از اهمیت خاصی برخوردار هستند (کافمن و هالاها^۴، ۲۰۱۱).

گستره وسیعی از پیشینه پژوهشی حاکی از این واقعیت است که والدین دارای فرزند مبتلا به ناتوانی هوشی، نسبت به والدین دارای کودکان عادی و سایر کودکان با نیازهای خاص، اضطراب، افسردگی، نگرانی و بار روانی بیشتری را به دوش می‌کشند (اولسون و هوانگ^۵، ۲۰۰۱؛ سالویتا، ایتالینا و لینون^۶، ۲۰۰۳؛ هاسال، روس و مک دونالد^۷، ۲۰۰۵؛ مورفی، کریستین، کاپلین و یانگ^۸، ۲۰۰۷؛ گالاگر، فیلیپس، اولیور و کارول^۹، ۲۰۰۸؛ مارترو، گوتیرز - رکاجا، ایرازابل، مارسا و گارسیا^{۱۰}، ۲۰۱۱؛ ایرازابل^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۲؛ اوشودی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین مطالعه میلرو چان^{۱۳} (۲۰۰۸) نشان داد که والدین کودکان دارای ناتوانی هوشی استرس بیشتری را نسبت به مادران دارای کودک با رشد طبیعی تجربه می‌کنند و از لحاظ ویژگی‌های شخصیتی با مادران کودکان عادی متفاوت می‌باشند. این مسائل ممکن است برخاسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضداجتماعی، خود آسیب‌رسانی، حرکات کلیشه‌ای، اختلال‌های شناختی، مشکلات رفتاری، مشکلات تغذیه‌ای، کارکرد انطباقی پایین، نقایص زبانی و نیز مشکلات مربوط به حضور در اماکن عمومی با شرایط خاص کودک و هزینه‌های زیاد خدمات درمانی و آموزشی باشد (بیکر^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۲). اگرچه با حضور کودک ناتوان هوشی، همه اعضای خانواده و کارکرد آن‌ها آسیب می‌بیند (هرینگ^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۶) اما مادران به دلیل داشتن نقش سنتی «مراقب»، مسئولیت‌های بیشتری را در قبال فرزند ناتوان هوشی خود احساس می‌کنند و به عهده می‌گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند (مک کانکی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۸).

در ایران نیز تحقیقات وسیعی در زمینه کودکان ناتوان هوشی انجام شده است از جمله: محمدخان کرمانشاهی^{۱۷} و همکاران (۱۳۸۵) تجربیات مادران از داشتن کودک ناتوان هوشی را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که این مادران به دلیل تقبل مسئولیت بیش از اندازه در طول زندگی از جان مایه می‌گذارند که نتیجه آن تحمل استرس زیاد، احساس غم، ناامیدی، اندوه و درک ابهام‌آمیز از آینده خود و کودک است. موسوی خطاط^{۱۸} (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی در مورد ویژگی‌های شناختی، روانی و اجتماعی

والدین کودکان بیش از یک فرزند ناتوان نشان داد که سلامت مادران دارای کودکان ناتوان در چهار بعد جسمانی، اضطراب، عامل اجتماعی و افسردگی از مادران کودکان عادی پایین‌تر است. همچنین نریمانی^{۱۹} و همکاران (۱۳۸۶) نشان دادند که مادران کودکان استثنایی نسبت به مادران کودکان عادی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند و از میان سه گروه مادران کودکان کم‌توان ذهنی، نابینا و ناشنوا، مادران کودکان کم‌توان ذهنی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند. با توجه به بررسی‌های پژوهشگران، علی‌رغم حجم بالای تحقیقات و تلاش‌های پژوهشی گسترده در داخل و خارج از کشور به نظر می‌رسد که اکثر این تحقیقات از نظر روش اجرای پژوهش به صورت کمی می‌باشند که علی‌رغم سودمندی روش تحقیق کمی در بسیاری از زمینه‌ها، به طور قطعی با استفاده از روش‌های کمی نمی‌توان به بررسی عمیق ابعاد پدیده از زاویه تجربیات دست‌اول خود افراد پرداخت (دانایی‌فرد^{۲۰} و همکاران، ۱۳۹۱). از آنجایی که پدیدارشناسی مطالعه تجربه زیسته یا جهان زندگی است و به جهان آن‌چنان که به وسیله یک فرد زیسته می‌شود، نه جهان یا واقعیتی که جدای از انسان باشد توجه دارد (امامی‌سیگارودی^{۲۱} و همکاران، ۱۳۹۱) و همچنین تحقیقات در زمینه تجربیات مادران کودکان ناتوان هوشی با روش کیفی پدیدارشناسی بسیار محدود بود. پژوهشگران در جهت فهم و تبیین تجارب واقعی مادران کودکان ناتوان هوشی به کاوش و فهم این تجارب در فرهنگ و بوم ایرانی پرداختند تا بر اساس یافته‌های کاوش شده در این بخش از پژوهش و شناخت عمیق از مخاطبان اصلی (مادران کودکان ناتوان هوشی) برنامه‌ریزی‌های مورد نظر را طراحی و تدوین نمایند. در نتیجه این بخش از پژوهش می‌تواند در زمینه درک تجارب مادران کودکان ناتوان هوشی با توجه به فرهنگ و بوم ایرانی ثمربخش باشد و زمینه‌های درک و برنامه‌ریزی متخصصان درباره این گروه از افراد جامعه را فراهم کند و باعث شناخت عمیق و واقعی از تجربیات مادران کودکان ناتوان هوشی شود تا بر اساس این تجربیات کشف شده برنامه‌ریزی‌های مبتنی بر تجارب زیسته مادران کودکان ناتوان هوشی طراحی شود. نقطه قوت و ویژگی متمایزکننده برنامه تدوین‌شده در این پژوهش نسبت به برنامه‌های فرزندپروری دیگر این است که جلسات طراحی شده در این برنامه بر اساس دغدغه‌های اصلی مخاطبان برنامه یعنی مادران کودکان ناتوان هوشی است.

از آنجایی که پس از کاوش تجارب زیسته مادران، محققان نیاز به مطالعه مروری برنامه‌های فرزندپروری داشتند، به انجام این مطالعات پرداخته و به این نتیجه رسیدند که در زمینه فرزندپروری تحقیقات بسیار گسترده‌ای در سطح جهان انجام شده است و برنامه‌های مدون بسیاری طراحی و اجرا شده است که تأثیرات مثبتی در نوع و تعامل والدین و کودکان داشته است. در این بین محققان بسیاری نیز این برنامه‌های فرزندپروری را برای مادران کودکان با نیازهای خاص و همچنین مادران کودکان ناتوان هوشی به کار برده‌اند و نتایج مثبتی را از اثربخشی این برنامه‌ها گزارش نموده‌اند، از جمله این برنامه‌ها می‌توان به برنامه فرزندپروری مثبت که یک برنامه راهبردی چندسطحی فرزندپروری با رویکرد پیشگیرانه و حمایتی نسبت به خانواده‌ها است که توسط ساندرز و همکاران در دانشگاه کوئینزلند در استرالیا تدوین شده است (ساندرز، ترنر، مارکی-دادز^{۲۲}، ۲۰۰۲) اشاره کرد. هدف از این برنامه، پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری، رشدی، عاطفی در کودکان از طریق بالابردن سطح دانش، مهارت‌ها و اعتمادبه‌نفس والدین است (ساندرز، ۱۹۹۹) کارایی آن در مقایسه با سایر تکنیک‌های مداخله رفتاری مخصوصاً برای کودکان با تشخیص بالینی و مشکلات رفتاری شدید

مستند به قوی‌ترین شواهد و حمایت‌های علمی است (کازدین^{۲۳}، ۱۹۸۷؛ تایلور و بیگلان، ۱۹۹۸؛ وبستر، استراتون و هاموند، ۱۹۹۷، نقل از ساندرز و همکاران، ۲۰۰۳). برنامه فرزندپروری مثبت همچنین واکنش‌های عاطفی و ناخوشایند والدین که شامل افسردگی، خشم، اضطراب و سطوح بالایی از استرس خصوصاً در هنگام ایفای نقش والدگری است را هدف قرار می‌دهد (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۳). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. این برنامه از پشتوانه تجربی وسیعی در درمان اختلالات رفتاری (لئونگ^{۲۴} و همکاران، ۲۰۰۳؛ کن^{۲۵} و همکاران، ۲۰۰۳؛ ساندرز و همکاران، ۲۰۰۴؛ ساندرز، ۲۰۰۵)، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد والدین (بار^{۲۶} و همکاران، ۲۰۰۲)، افسردگی، اضطراب، استرس و خشم والدین (ساندرز، ۲۰۰۵؛ کن و همکاران، ۲۰۰۳؛ ساندرز و فورلند، ۲۰۰۶) و تعارضات زناشویی (ساندرز، ۲۰۰۵؛ کن و همکاران، ۲۰۰۳) برخوردار بوده است. با توجه به تحقیقات ذکر شده در بالا این برنامه به عنوان بخشی از برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران کودکان با ناتوانی هوشی در نظر گرفته شده است و برای مضامین اصلی «مشکلات رفتاری کودک» و «اختلال در تعاملات» مورد استفاده قرار گرفته است. چراکه ماهیت محتوای آموزشی این برنامه با توجه به بررسی‌های پژوهشگران و مطالعات و پژوهش‌های محققان دیگر که در بالا به برخی از آن‌ها به اختصار اشاره شده و همچنین نظرات مشاوران تخصصی مدارس ناتوان هوشی برای پاسخگویی به این دو مضمون اصلی مناسب داشته است.

از سویی شفقت به خود، به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف شده است. مؤلفه اول مستلزم گرمی و ملاحظت با خود به جای قضاوت‌های سخت‌گیرانه نسبت به خود است. مؤلفه دوم بر پذیرفتن مشکلات زندگی به عنوان بخشی از تجربه‌های مشترک انسان‌ها اشاره دارد که این مشکلات فقط برای افراد خاصی اتفاق نمی‌افتد. مؤلفه سوم شامل آگاهی از افکار و احساسات دردناک (ذهن‌آگاهی) در مقابل جذب شدن کامل در آن‌ها است. ترکیب این سه مؤلفه‌ی مرتبط، مشخصه‌ی فردی است که به خود شفقت می‌ورزد (نف^{۲۷}، ۲۰۰۹). افزون بر آن، در درمان مبتنی بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بلکه تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد^{۲۸}، ۲۰۱۷). در تمرین‌های خود-شفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارد (گیلبرت^{۲۹}، ۲۰۱۴). افزون بر آن، شفقت به خود، مستلزم پذیرش فعال و صبورانه‌ی احساسات سخت است (هایس^{۳۰}، ۲۰۰۸). خودشفقتی مفهومی است که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا کاهش یابد؛ چراکه نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند و انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کنند. درنهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، است (رویمر، اورسیلو و سالترز - پدنیولت^{۳۱}، ۲۰۰۸). خودشفقت‌ورزی، مراقبت و دلسوزی نسبت به خود در زمان‌های دشوار است (بنت و گلمن^{۳۲}، ۲۰۰۱). با توجه به مضامین اصلی کشف شده از تجارب مادران که شامل: «تجربه سرزنش»، «نگرانی از آینده»، «داغ و انزوای اجتماعی» و «افکار و احساسات منفی» بود و بر اساس مطالعات مروری و تحقیقات محققان قبلی که در بالا به اختصار اشاره شد و همچنین

بررسی‌های محققان بر روی برنامه‌های درمانی و روش‌های فرزندپروری یکی از بهترین برنامه‌ها برای پاسخگویی به این دغدغه‌ها استفاده از مؤلفه‌های درمان مبتنی بر شفقت در طراحی برنامه فرزند پروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران کودکان ناتوان هوشی بود که با توجه به توضیحات بالا در زمینه برنامه خودشفقت‌ورزی و همچنین مضامین کشف شده از تجارب زیسته مورد انتخاب قرار گرفت (رضایی و همکاران، ۱۳۸۸).

در این مقاله دغدغه اصلی پژوهشگران طراحی برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران کودکان ناتوان هوشی بود چراکه این مادران با توجه به مسئله حضور کودک ناتوان هوشی در خانواده دچار مسائل و مشکلات ویژه‌ای می‌شوند و نیازهای خاصی را برای آموزش می‌طلبند. از سویی نبود تحقیقات کیفی گسترده و عدم آگاهی از مشکلات واقعی این مادران دغدغه‌های نویسندگان را دوچندان کرده بود، لذا در ابتدا با استفاده از روش تحقیق کیفی به تبیین تجارب و دغدغه‌های مادران پرداخته شد و پس از کشف مضامین اصلی مطالعات مروری انجام شد و با توجه به مضامین اصلی کشف شده از تجارب مادران و همچنین مؤلفه‌های اصلی برنامه‌های درمانی و آموزشی فرزندپروری، ترکیبی از برنامه خودشفقت‌ورزی و همچنین برنامه فرزندپروری مثبت برای طراحی در نظر گرفته شد که در ادامه این مقاله این بخش‌ها به طور کامل و جامع معرفی خواهند شد.

روش

با توجه به هدف پژوهش که طراحی برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران کودکان ناتوان هوشی است. این پژوهش به صورت کیفی و مروری در چند مرحله انجام شد.

در مرحله اول: به روش کیفی از نوع پدیدارشناسی و با استفاده از مصاحبه‌های عمیق به کشف و تبیین تجارب زیسته مادران کودکان ناتوان هوشی پرداخته شد. پدیدارشناسی رویکردی تحقیقی است که در آن، محقق به جستجوی ساختار یا جوهره آشکار تجارب زنده افراد از یک پدیده و یافتن معنای یکپارچه‌ای که جوهره پدیده را آشکار می‌کند، می‌پردازد. پدیدارشناسی خود را درگیر یافتن قوانین و قواعد نمی‌کند، بلکه به جای آن به دنبال انجام تحلیل‌های توصیفی است که سبب شناخت عمیق و تفسیری پدیده‌های اجتماعی می‌شود (امامی و همکاران، ۱۳۹۱).

در این مرحله از پژوهش، جامعه مورد نظر کلیه مادران کودکان ناتوان هوشی مقطع ابتدایی استان یزد بودند. نحوه انتخاب مشارکت‌کنندگان (نمونه‌گیری) به صورت هدفمند و در دسترس بود که بر اساس هدف مطالعه که توصیف، تبیین و فهم عمیق تجربیات مادران کودکان ناتوان هوشی بود، انجام شد. به طوری که ملاک ورود به پژوهش شامل: داشتن حداقل یک کودک ناتوان هوشی مقطع ابتدایی که توسط متخصصان سنجش و اندازه‌گیری اداره آموزش و پرورش استثنایی یزد تشخیص ناتوانی هوشی داده شده بودند، برخورداری مادر از فن بیان مناسب برای پاسخگویی به سؤالات و تمایل به در میان گذاشتن تجربیات با محققان بود. از آنجا که در تحقیقات کیفی تمرکز بیشتر بر روی اطلاعات به دست آمده از موقعیت یا واقعه هست تا اندازه نمونه، در این مطالعه نیز اطلاعات پس از انجام مصاحبه عمیق با ۱۲ مادر به اشباع رسید. از این بین ۷ نفر از مادران کودک پسر و ۵ نفر کودک دختر داشتند و دامنه سنی این مادران از ۲۴ سال تا ۵۳ سال بود.

گردآوری اطلاعات در این مرحله از پژوهش به وسیله مصاحبه ژرف‌نگر صورت گرفت. چراکه در این‌گونه مطالعات منبع اصلی اطلاعات گفتگوی عمیق و ژرف پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان است (بریتن^{۳۳}، ۱۹۹۵). مصاحبه‌کننده بدون اینکه بکوشد تا جهت خاصی به گفتگو بدهد، سعی می‌کند تا به دنیای واقعی و تجربیات زندگی فرد دست یابد. مصاحبه‌ها نیز با اطمینان بخشی به مشارکت‌کنندگان در مورد پشتوانه علمی و محرمانه ماندن بیانات، اطلاعات و هویت آن‌ها، انجام شد. در هر مصاحبه درباره تجارب مادران در زندگی با افراد ناتوان هوشی سؤال شد (این سؤالات به طور کلی شامل تجربه‌ها، افکار، احساسات، دغدغه‌ها، نگرانی‌ها و دل‌خوشی‌های مادران در ارتباط با کودک ناتوان هوشی بود) و بسته به پاسخ آن‌ها سؤالات بعدی مطرح گردید. پس از اتمام مصاحبه، بلافاصله بر روی نوار ضبط شده و نوارها توسط پژوهشگران گوش داده شد تا معلوم شود که آیا محتوای مصاحبه قابل فهم است یا نیاز به پیگیری دارد و یا چه نکات دیگری باید در مصاحبه پرسیده شود، سپس مصاحبه‌ها روی کاغذ پیاده شد و کدگذاری و تجزیه تحلیل اطلاعات به روش (Colaizzi) انجام شد، پس از طبقه‌بندی کدها و ادغام کدهای مربوط به هم مفاهیم فرمول‌بندی شده درون دسته‌های خاص موضوعی قرار گرفت، سپس در زیردسته یا زیرمفهوم قرار گرفت و در نهایت کلیه مفاهیم دسته‌بندی و بر اساس هدف این مرحله از پژوهش، تقسیم‌بندی شدند، همچنین سعی شد چهار معیار سنجش داده‌های کیفی و تجزیه و تحلیل آن‌ها یعنی موثق بودن، باورپذیری، قابلیت تصدیق و قابلیت انتقال در نظر گرفته شود. پژوهشگران در این مرحله از پژوهش تلاش کردند با دقت در فرآیند گردآوری داده‌ها از هر نوع سوگیری اجتناب نمایند. پژوهشگران به منظور موثق نمودن مطالب پس از دسته‌بندی مطالب چندین مرتبه به صحبت‌های شرکت‌کننده مراجعه کردند. همچنین جهت روایی داده‌ها، پس از انجام مصاحبه و استخراج داده‌ها و کدگذاری آن‌ها مجدداً به تک‌تک افراد مراجعه و موافقت آن‌ها با برداشت پژوهشگران از مطالب بررسی شد و مطالب مبهم احتمالی مورد بررسی قرار گرفت و از این طریق تصدیق و تأیید مشارکت‌کنندگان به دست آمد. به طور خلاصه در این مرحله پژوهشگران با استفاده از روش کیفی و مصاحبه‌های عمیق به نیازها و دغدغه‌های اصلی مادران کودکان ناتوان هوشی دست یافته‌اند که شامل هفت مضمون اصلی: «تجربه سرزنش»، «نگرانی از آینده»، «مشکلات رفتاری کودک»، «اختلال در تعامل»، «داغ و انزوای اجتماعی»، «افکار و احساسات منفی» و «دستاوردهای مثبت» است. این مضامین کشف‌شده محتوای مطالعات مروری در مرحله دوم شدند.

مرحله دوم: در این مرحله محققان با توجه به مضامین اصلی کشف شده در مرحله اول به مطالعه مروری کتاب‌ها مقالات و مطالب علمی مربوط به روش‌های آموزشی، درمانی و فرزندپروری پرداختند و ۸۵ مقاله و کتاب مرتبط که از طریق پایگاه‌های اطلاعاتی Science Direct، Proquest، Wiley، Springer، SID، Magiran، Noormags با استفاده از کلیدواژه‌های «برنامه فرزندپروری»، «مادران کودکان ناتوان هوشی»، «مشکلات»، «درمان» استخراج شده بودند، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. بر اساس این مطالعات و با توجه به مضامین اصلی کشف شده در مرحله اول مؤلفه‌های برنامه فرزند پروری مثبت و شفقت درمانی انتخاب شدند و برنامه ۹ جلسه‌ای فرزندپروری مختص مادران کودکان ناتوان هوشی طراحی شد که در فصل یافته‌ها به طور مفصل معرفی خواهد شد.

مرحله سوم: در این مرحله برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران کودکان ناتوان هوشی در ۳ جلسه گروه‌های کانونی متشکل از مشاوران تخصصی مدارس ناتوان هوشی آموزش و پرورش استثنایی استان یزد مورد بحث و بررسی قرار گرفت، به نحوی که این جلسات گروهی در ۳ هفته‌ی متوالی با موضوع برنامه فرزندپروری برگزار شد و محققان ضمن یادداشت‌برداری از نظرات و مطالب متخصصان به اصلاح برنامه پرداختند (لازم به ذکر است این گروه‌های کانونی متشکل از ۸ نفر از مشاوران مدارس ناتوان هوشی بودند که حداقل دارای مدرک کارشناسی روانشناسی و بالای ۱۰ سال سابقه کار تخصصی با خانواده‌های کودکان ناتوان هوشی داشتند) در نهایت برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) استفاده شد. بر این اساس به ۱۵ نفر از مشاوران تخصصی کودکان استثنایی استان یزد پرسشنامه‌ای با گزینه‌های «ضروری است»، «مفید اما ضروری نیست»، «ضرورتی ندارد» در ارتباط با هر یک از جلسات و سرفصل‌های آموزشی برنامه فرزندپروری ارائه شد. این افراد هر یک از جلسات را بر اساس این پرسشنامه مورد ارزیابی قرار دادند و تعداد ۳ جلسه حذف برخی از جلسات آموزشی اصلاح شدند و در نهایت ۹ جلسه آموزشی که دارای ضریب روایی بالاتری بودند انتخاب شدند روایی صوری و محتوایی این برنامه فرزندپروری مورد تأیید اعضای گروه قرار گرفت در مورد کارایی برنامه به اجماع رسیده شد. ضرایب CVR در جدول یافته‌ها ارائه شده است.

یافته‌ها

بنا بر هدف تحقیق که تدوین برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران کودکان ناتوان هوشی بود. پژوهشگران با استفاده از روش تحقیق کیفی در چند مرحله و هم‌چنین استفاده از مطالعات مروری به طراحی برنامه فرزندپروری پرداختند که شامل ۹ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای است. این جلسات با توجه به مضامین اصلی تجربه شده توسط مادران به عنوان مخاطبان اصلی این برنامه تدوین شده است که این مضامین اصلی شامل: تجربه سرزنش، نگرانی از آینده، مشکلات رفتاری کودک، اختلال در تعامل، داغ و انزوای اجتماعی، افکار و احساسات منفی و دستاوردهای مثبت بودند.

کلیه مضامین اصلی و فرعی استخراج شده از مصاحبه‌های عمیق در جدول ۱ ارائه شده است؛ بنابراین برای پاسخگویی به این تجربه‌ها و کمک به بهبود شرایط مادران برای فرزندپروری برنامه‌های مختلف آموزشی مورد مطالعه قرار گرفت و این برنامه فرزندپروری بر اساس ترکیبی از مؤلفه‌های فرزندپروری مثبت و خودشفقت‌ورزی، طراحی شد. نهایتاً با تشکیل گروه‌های کانونی متخصصان و بررسی‌ها و اصلاحات انجام شده این برنامه تدوین شد. لازم به ذکر است این برنامه به دلیل استفاده از نظرات مخاطبان، انجام مطالعه مروری گسترده و تأیید روایی محتوایی و صوری توسط متخصصان مربوطه دارای بالاترین میزان روایی است. جلسات بر اساس مضامین اصلی تجربه شده توسط مادران در جدول ۲ ذکر شده است.

جدول ۱: تجارب زیسته مادران کودکان ناتوان هوشی

مضامین اصلی	مضامین فرعی	شاهد مثال‌ها از تجربیات مادران
تجربه سرزنش	خودسرنشگری	می‌دونم همه چیز تقصیر خودم هست من باید آزمایش میدادم (مادر کد ۲) به هر حال من یه گناهی کردم که اینطوری سرم اومده (مادر کد ۶) بعضی وقتا از خودم متنفر میشم (مادر کد ۹) من اگه ادم خوبی بودم این بلا سرم نمیومد (مادر کد ۸) من دارم تاوان گناهانم رو میدم (مادر کد ۱۰)
	سرنش‌های همسر	همسرم همه چیز رو از چشم من می‌بینه (مادر کد ۳) شوهرم میگه اگه تو بلد بودی بچه تربیت کنی اینطور نمیشد (م کد ۴) شوهرم هر روز بچه های خواهرش رو تو سرم میزنه (م کد ۶) بهم میگه من بدبخت تو شدم (م کد ۷) بهم میگه تقصیر تو هست به بچه نرسیدی (م کد ۹)
	سرنش‌های جامعه	یه روز یه پیره زن تو اتوبوس بهم گفت یه گناهی کردی جزاش رو داری میبینی (م کد ۳) یکی بهم گفت چون بی‌حجابی خدا خواست اینجوری بشی (م کد ۷) رفتم کلاس ورزش ثبت نام کنم گفتن ما بچه عقب مانده راه نمیدیم (م کد ۱۱) دکتر بهم گفت چرا ازدواج فامیلی کردی حالا تا اخر عمر بکش (م کد ۹)
نگرانی از آینده	نگرانی از سرنوشت کودک پس از مرگ مادر	مگه من چند سال زنده ام که بهش برسم (م کد ۱) ذهنم درگیر آینده‌اش هست، کی میخواد ازش حمایت کنه (م کد ۷) دوست ندارم بعد مرگم بگه هیچ کار برام نکرد (م کد ۶) بعد مرگم زیر دست این و اون میشه (م کد ۱۰)
	نگرانی از بلوغ و دوران بزرگسالی کودک	همه‌اش میگم وقتی بزرگ بشه چی میشه؟ آینده‌اش چی میشه؟ نمی‌تونه زندگی را بچرخونه (م کد ۱) بزرگ که بشه شغلش و زندگیش چی میشه (م کد ۲) می‌ترسم بزرگ بشه عصبی و پرخاشگر بشه (م کد ۴) اگه نتونه ازدواج کنه چی میشه (م کد ۴) چطور میخواد بچه دار بشه (مادر کد ۱۲) آینده بچه‌ام نامعلومه (م کد ۸) وقتی به آینده‌اش فکر می‌کنم به هم می‌ریزم (م کد ۱۱)
	نگرانی از ورود کودک به اجتماع	چهار روز دیگه میره تو اجتماع بتونه گلیم خودش رو بکشه (م کد ۵) می‌ترسم سر بار جامعه بشه (م کد ۶) نمی‌تونه از خودش دفاع کنه (م کد ۷) می‌ترسم ازش سوءاستفاده بشه (م کد ۹)
مشکلات رفتاری کودک	ناسازگاری با والدین	همش داره دعوا میکنه (مادر کد ۱) خیلی لج بازه (م کد ۲) تو سر خودش میزنه (م کد ۴) وقتی جوش بیاره خودش رو میزنه (م کد ۸)
	ناسازگاری با همشیرها	هر روز با داداشش درگیری داره (م کد ۷) تو صورت ابجیش پنگول میکشه (م کد ۱۲) حاضر نیست همراه داداشش بیاد (م کد ۹)
اختلال در تعاملات	تعاملات مختل با همسر	پدرش هیچ مسئولیتی نداره (م کد ۱) من غمگینم بیاد مدرسه استثنایی ولی باباش اصلا قبول نداره (م کد ۴) باباش دوستش نداره و اصلا تحویلش نمیگیره (م کد ۵) شوهرم همراهیم نمیکنه (م کد ۱۲) شوهرم نمیزاره ببرمش دکتر (م کد ۶)
	تعاملات مختل با کودک	بعضی وقتا به شدت می‌زنمش ۵ دقیقه بعدش بشیمون میشم نازش می‌کنم (م کد ۱) خسته‌ام کرده، اذیت می‌کنه (م کد ۲) نمی‌دونم چیکار کنم که کاراش رو خودش انجام بده (م کد ۴) مجبورم کوتاه بیام (م کد ۵) هر روز باید تهدیدش کنم (م کد ۱۲) زود عصبانی میشم و رو هم در میرم (م کد ۸)
داغ و انزوا اجتماعی	انزوا با علت افکار منفی	فکر می‌کنم مردم به هم می‌خندن با این بچه پس دیگه بیرون نمیرم باهش (م کد ۳) وقتی میریم بیرون و بچه‌ام رو با بچه‌های دیگه مقایسه می‌کنم آتیش می‌گیرم نرم بیرون راحت‌ترم (م کد ۹) ذهنم درگیر میشه که یعنی دیگران چی میگن (م کد ۲)
	انزوا به علت رفتارها و واکنش‌های جامعه	بچه‌های کوچیکه می‌زننش و مسخره‌اش می‌کنن منم اجازه نمی‌دم بره بیرون خودم هم مهمونی نمیرم (م کد ۱) دیگه خونه اقوام نمی‌ریم (م کد ۴) هنوز به فامیل چیزهای نگفتم پنهانش می‌کنیم (م کد ۱۱) اطرافیان حالت ترحم دارن دوست ندارم (م کد ۱۰) ورود به اجتماع رو روحیه مون تأثیر داره نگاه‌های مردم عذاب‌آور هست (م کد ۶) مردم می‌پرسن چش هست دکتر بردی یا نه و هزارتا سؤال تکراری. خوشم نمیاد به اونا چه من از این برخوردهای پرشسی بدم میاد (م کد ۱۲)
افکار و احساسات	افکار منفی	فکر می‌کنم که با وجود این بچه دیگه من زندگی ندارم (م کد ۴) همیشه به بدبختی‌هام فکر می‌کنم (م کد ۷) می‌دونم هیچ کس نمی‌تونه بهم کمک کنه باید بسازم و بسوزم (م کد ۹) خدا هم دیگه قرار نیست بهم کمک کنه (م کد ۱۱) خیلی به مرگ و ناراحتی فکر می‌کنم (م کد ۳)

ادامه جدول ۱

منفی	احساسات منفی	بعضی وقتا حس می‌کنم غم بزرگی رو دلم هست که به روزی خفهام می‌کنه (م کد ۱۲) احساس یأس و ناامیدی دارم (م کد ۴) احساس گناه و تقصیری که هیچ‌وقت رهام نمی‌کنه و همیشه هست (م کد ۸) احساس حقارت احساس کم داشتن و کم بودن (م کد ۹) به فشار سنگینی که نمی‌تونم باهاش کنار بیام (م کد ۷) شبی نیست که بدون اشک سر زمین بذارم (م کد ۱۱)
دستاوردهای مثبت	دستاوردهای شخصی	رابطه‌ام با خدا خیلی خوب شده، حس می‌کنم دوستم داشته که این بچه رو بهم داده، این بچه رو داده تا آخرتم آباد بشه (مادر کد ۲) خیلی احساساتی هست هر روز بهم میگه مامان دوست دارم اعتماد به نفسم میره بالا (مادر کد ۱) بعضی وقتا خیلی جو خونه رو شاد می‌کنه و انرژی می‌ده (م کد ۵) خدا بهم صبر و طاقت عجیبی داده (م کد ۶) بچه‌ام بی‌نهایت محبت داره و مهربون هست (م کد ۸)
	دستاوردهای خانوادگی	از وقتی فهمیدیم بچه مشکل داره شوهرم خیلی مراعاتم می‌کنه و دعوایم کمتر از قبل شده (م کد ۸) اعتقادمون به خدا بیشتر شده و بیشتر از هم حمایت می‌کنیم (م کد ۵)

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌کنید کلیه مضامین اصلی و فرعی استخراج شده از مصاحبه‌های عمیق با مادران کودکان ناتوان هوشی همراه با شاهد مثال‌ها بیان شده است. محققان با استفاده از این مضامین که از سوی مخاطبان اصلی برنامه فرزندپروری ارائه شده بود، به طراحی و تدوین برنامه فرزندپروری پرداختند که در جدول ۲ به اختصار محتوای جلسات و مضامین تجربه‌شده زیربنایی و همچنین ضریب CVR مربوط به هر جلسه آموزشی ذکر شده است.

جدول ۲: جلسات برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران کودکان ناتوان هوشی

ردیف	مضامین اصلی تجربه شده	توضیح مختصر جلسات فرزندپروری	ضریب CVR
جلسه اول	-----	آشنایی والدین با مدرس و فرایند آموزش در این جلسه مدرس به معرفی خود، توضیح اهداف و قوانین جلسات آموزشی می‌پردازد. مادران نیز به معرفی خود و مشکلات احتمالی می‌پردازند. در نهایت مدرس به طور اختصار ویژگی‌های کودکان ناتوان هوشی را توضیح می‌دهد و فرایند طراحی و تدوین برنامه و اهمیت و کاربرد آن در زندگی مورد اشاره قرار می‌گیرد	۱۸۶
جلسه دوم	تجربه سرزنش	مقدمه شفقت به خود: هزینه‌های داوری کردن خود، دلسوزی برای دیگران، آموزش همدلی. پایان دادن شوریدگی: نیاز رسیدن به احساس بهتر، دشواری سخت نگرفتن به خودمان، نقش والدین و فرهنگ در شفقت خود، حکایت من طرد شده و دوست‌نداشتنی، راه نجات.	۱۷۳
جلسه سوم		اجزاء متشکله دلسوزی به حال خود: ۱-مهربانی با خود ۲- همه با هم هستیم ۳-توجه به آنچه وجود دارد مهربانی با خود از طریق: مسیر مهرورزی به خود، دلبستگی و مهرورزی، شیمی مهر و توجه، حکایت بشر جایز الخطاست، هدیه‌ای گران‌بها. همه باهم هستیم: تنها و تک افتادن، نیاز تعلق داشتن، بازی مقایسه، ما در برابر آن‌ها (گروه ما گروه آن‌ها)، توهم کامل بودن، پیوند متقابل، حکایت نرمال کدام است.	۱۸۶
جلسه چهارم	افکار و احساسات منفی	توجه به آنچه وجود دارد (ذهن آگاهی): تأمل کنید تا لحظات درد و رنج را متوجه شوید، بی‌توجهی به احساسات دردناک، آگاهی از آگاهی (اینجا و اکنون)، درخشیدن نور آگاهی، پاسخ دادن به جای نشان دادن واکنش، رنج بردن = تألم همراه با مقاومت، ایجاد رابطه با آنچه در کنترل ما نیست، چگونه در لحظه حضور داشته باشیم، حکایت پشت سر گذاشتن اوقات تاریک.	۱
جلسه پنجم	نگرانی از آینده	امتیازات دلسوزی به حال خود انعطاف‌پذیری عاطفی: دلسوزی به حال خود و عواطف منفی، رها شدن از قیدوبندها، ناراحتی را احساس کنید، سفری به سوی وحدت و انسجام، قدرت التیامبخش دلسوزی به حال خود. رشد احساسات ارزشمند و متعالی و قدردانی از خود: قدرشناسی از جنبه خوب خود، قدردانی از جنبه‌های مثبت زندگی، سپاسگزاری.	۱۷۳

ادامه جدول ۲

۱	دلسوزی برای دیگران: رابطه دلسوزی به خود با دلسوزی برای دیگران ، دلسوزی به حال خود و بخشیدن ، اشاعه عشق و مهربانی عشق: عشق و عاشقی، پویایی‌های رابطه، فوایدی که دلسوزی به حال خود نصیب رابطه می‌کند.	داغ و انزوای اجتماعی	جلسه ششم
۱۸۶	استفاده از کاربرد تعامل والد کودک- آموزش ارتباط مؤثر- آموزش دستور دادن مؤثر- آموزش مهارت‌های نه گفتن- جرأت ورزی- مضرات مقایسه - آموزش ثبت و تحلیل رفتار	اختلال در تعامل	جلسه هفتم
۱۷۳	افزایش رفتارهای مطلوب: لزوم تقویت رفتارهای مثبت کودک- انواع روش‌های تقویت (تقویت توصیفی، تقویت امتیازی، تقویت القایی) - اصول ارائه تقویت- چگونگی استفاده از تقویت مثبت	مشکلات رفتاری کودک	جلسه هشتم
۱۷۳	کاهش رفتارهای نامطلوب: آموزش چگونگی ایجاد قوانین- استفاده از جریمه- بی‌توجهی فعال- جبران- تنبیه - جمع‌بندی جلسات و پایان کار	مشکلات رفتاری کودک	جلسه نهم

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌کنید ۹ جلسه آموزشی تدوین شده توسط محققان همراه با مضامین اصلی تجربه شده توسط مادران همراه با ضریب CVR محاسبه شده بر اساس اعمال نظر ۱۵ نفر از مشاوران تخصصی مدارس کودکان استثنایی استان یزد ذکر شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

تولد کودک ناتوان هوشی در خانواده چالش‌ها و مسئولیت‌های خاصی را ایجاد می‌کند و خانواده را با موضوعی غیر قابل پیش‌بینی و جدید روبرو می‌کند. در این بین مادران با توجه به اینکه محور اساسی فرزندپروری و اساساً بیشترین مسئولیت را در رشد و تربیت فرزند دارند، بیشترین مسئولیت و نقش را بر عهده می‌گیرند و برای رویارویی با چالش‌ها و مشکلات ناشی از حضور فرزند ناتوان هوشی نیاز به آموزش‌های گسترده و تخصصی دارند. از طرفی طراحی برنامه آموزشی فرزندپروری ویژه مادران کودکان ناتوان هوشی نیاز به شناخت دقیق مخاطب و آگاهی از نگرانی‌ها و مشکلات واقعی تجربه شده توسط مادران دارد، لذا در مرحله اول این تحقیق با استفاده از مصاحبه‌های عمیق به کاوش این تجربه‌ها پرداخته شد. پس از انجام مصاحبه‌ها و کدبندی مضامین، پژوهشگران به ۷ مضمون اصلی و ۱۶ مضمون فرعی رسیدند که توصیف‌کننده تجارب زیسته مادران در زندگی با کودکان ناتوان هوشی بودند که در ذیل هر کدام از این مضامین مورد بحث قرار خواهند گرفت:

یکی از مضامینی که از دل مصاحبه‌های عمیق با مادران کودکان ناتوان هوشی استخراج گردید نگرانی از آینده بود. نگرانی از اینکه در آینده پس از فوت مادر چه کسی مسئولیت کودک را بر عهده می‌گیرد دارای بیشترین فراوانی بود. تصور بسیاری از مادرها نسبت به کودک‌شان بعد از مرگ یک فاجعه بود. آن‌ها فکر می‌کردند که بعد از فوت، کودک‌شان در جامعه رها می‌شود هیچ کس به او رسیدگی نمی‌کند. آن‌ها نگران بلوغ، اشتغال و ازدواج فرزندشان در آینده نیز بودند و احساس یاس و ناامیدی نسبت به آینده کودک به آن‌ها دست می‌داد. این یافته‌ها با پژوهش محمدخان کرمانشاهی و همکاران، (۱۳۸۵) همسو است که در بررسی تجربیات مادران کودک ناتوان هوشی به این نکته اشاره کرده‌اند که مادران نسبت به آینده کودک خود احساس نگرانی دارند و از دولت و مراکز آموزشی تقاضای کمک دارند. به نظر می‌رسد بخشی از این نگرانی‌ها با این شدتی که مطرح می‌شود ناشی از افکار و ذهن منفی‌باف مادران است که باعث ناامیدی در بین آنان شده است.

مضمون دیگری که از مصاحبه با شرکت‌کنندگان استخراج گردید؛ تجربه «سرزنش» بود که زندگی واقعی بسیاری از مادران را مختل کرده بود. این تجربه سرزنش شامل: خودسرزنشگری، سرزنش‌های همسر و سرزنش‌های جامعه است. این مادران هر لحظه با افکار و احساساتی سرزنش‌کننده روبرو بودند. علیرغم این سرزنش‌ها برخی از مادران با سرزنش‌های همسر به عنوان تنها تکیه‌گاه نیز روبرو بودند که باعث ناراحتی شدید و افت عملکرد آن‌ها می‌شد. بسیاری از پدران به دلیل عدم آگاهی از چگونگی بروز ناتوانی هوشی در فرزند، مادر را مقصر اصلی این مسئله می‌دانستند و او را مورد سرزنش و تحقیر قرار می‌دادند. همچنین بسیاری از مادران گزارش‌هایی از تجربه سرزنش‌های جامعه نیز داده‌اند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش دامروچ و پری^{۳۴} (۱۹۸۹) که به تجربه خودسرزنشی و داشتن مشکل در نحوه سازگاری و مقابله با آسیب‌دیدگی فرزند در بین مادران کودکان ناتوان اشاره کرده‌اند، همسو است.

از دیگر مضامین اصلی تجربه شده توسط مادران تجربه رنج ناشی از مشکلات رفتاری کودک ناتوان هوشی بود به نحوی که برخی از مادران دچار درماندگی و به‌هم‌ریختگی شدید ناشی از این مشکلات رفتاری شده بودند؛ و نمی‌دانستند چگونه با این مشکلات کنار بیایند. منشاء این مشکلات رفتاری ناشی از ناسازگاری کودک با والدین و همشیرها بود. تحقیقات بسیار زیادی به تأثیرات مشکلات رفتاری کودک ناتوان هوشی بر مادران اشاره داشته‌اند. از جمله کرنیک^{۳۵} و همکاران (۲۰۰۴) بیان می‌کنند که کودکان دارای ناتوانی هوشی در مقایسه با کودکان عادی در معرض خطر بروز مشکلات رفتاری بیشتری قرار دارند.

مضمون دیگری که از دل مصاحبه‌های عمیق با مادران به دست آمد، افکار و احساسات منفی بود که این افکار و احساسات شامل: خشم، عصبانیت، ناامیدی، گناه و تقصیر است. به نحوی که در برخورد با کودک، به دلیل خشم و عصبانیت دست به اقدامات و اعمال خاصی می‌زدند (مثل پرخاشگری، تحقیر کلامی و نفرین) و پس از آن اعمال، احساس ناامیدی، گناه و تقصیر، وجود آن‌ها را فرا می‌گرفت و دچار مشکلات رفتاری، هیجانی و احساسی می‌شدند. مطالعه در ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که مادران کودکان ناتوان دارای استرس و بحران‌های روانی بوده‌اند و وجود کودک ناتوان، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی آن‌ها را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر آن‌ها دارد.

یکی دیگر از مضامینی که در این تحقیق بسیاری از مادران به آن اشاره داشته‌اند داغ اجتماعی بود. فرآیندی اجتماعی - روانی که با برچسب زدن آغاز و به طرد و انزوای اجتماعی منتهی می‌شود. بسیاری از مادران برای فرار از این داغ اجتماعی که فرزند آن‌ها ناتوان هوشی است، بسیاری از ارتباطات و تفریحات خود را کنار گذاشته بودند و به گوشه‌نشینی و انزوا عادت کرده بودند. آن‌ها از داشتن کودک ناتوان هوشی احساس شرم و خجالت داشتند، از اینکه کودک‌شان در کوچه و خیابان با انجام رفتارهای نادرست مایه تمسخر و تفریح دیگران باشد واهمه داشتند و ترجیح می‌دادند، در خانه بمانند. با توجه به مصاحبه‌ها مشخص شد که این انزوا و گوشه‌گیری به دو علت به وجود آمده است یکی به دلیل افکار بسیار منفی خود مادر که به دلیل آمیختگی شناختی منجر به گوشه‌گیری شده است. علت دوم واکنش‌ها و برداشت‌های افراد جامعه هست که منجر به رنجش خاطر مادران و انزوای آن‌ها شده است. بسیاری از محققان از جمله گوپتا^{۳۶} (۲۰۰۴) نیز بر این نکته اشاره دارند که تأثیر داشتن کودک ناتوان، تنها روی والدین نیست بلکه روابط بین فامیل را در بر می‌گیرد و باعث تغییر در روابط با فامیل می‌شود.

تجربه دیگری که مادران به آن اشاره داشتند تعاملات مختل بود که منجر به بروز مشکلات متعدد در زندگی آنها شده بود. اختلال در تعامل شامل اختلال در تعامل با همسر و کودک می‌شد. این تعاملات مختل شده برخی به دلیل وجود فشارها و استرس‌ها روی مادران و همچنین پدر خانواده بود که در برخی مواقع منجر به بی‌تفاوتی نسبت به همسر و کودک می‌شد و پدر به دلایلی هیچ‌گونه مسئولیتی در قبال فرزند نمی‌پذیرفت. وجود کودک ناتوان هوشی حتی مسائل زناشویی والدین را مختل کرده بود که منجر به احساس یاس و تنهایی در مادران شده بود. علی‌رغم وجود بسیاری از مشکلات و تجربیات تلخ برخی از مادران دارای کودک ناتوان هوشی به دلیل تجربه دستاوردهای مثبت، زندگی امیدوارکننده‌ای را برای خود رقم زده بودند. آنها روحیه بالا، تشویق‌کننده و دوست‌داشتنی کودک ناتوان خود را می‌ستودند و او را موهبت الهی و مایه شادی و تلاش در خانواده می‌دانستند. برخی از آنها اشاره می‌کردند که وجود و حضور کودک ناتوان هوشی در زندگی‌شان باعث شده که اعضای خانواده بیش‌تر به هم نزدیک شوند و به هم کمک کنند.

در کل بر اساس یافته‌های این تحقیق، آنچه در زمینه تجربه زندگی مادران کودک ناتوان هوشی درک می‌شود، به این موضوع اشاره دارد که مادران درگیر بسیاری از فشارها، نگرانی‌ها و برخی دل‌خوشی‌ها در زمینه‌های مختلف روانی - اجتماعی و خانوادگی در زندگی با کودک خود می‌باشند. بسیاری از این نگرانی‌ها و ناامیدی‌ها به عدم آگاهی و شناخت کامل از چگونگی ارتباط و آموزش به فرد ناتوان هوشی و کنار آمدن با افکار و احساسات خویش، ویژگی‌های شخصیتی و نگرشی مادر، فشارها و رفتارهای ناسازگارانه کودک ناتوان هوشی و همچنین عدم وجود پشتیبان‌های اجتماعی و خدمات آموزشی دولتی برمی‌گردد. در این میان نباید از فرهنگ عمومی و جامعه‌ای که این افراد در آن زندگی می‌کنند نیز به سادگی گذشت. تصورات، نگرش‌ها و بازخوردهایی که افراد جامعه، فامیل و حتی سیستم آموزش و پرورش استثنایی به مادران این افراد تحمیل می‌کنند نیز می‌تواند بسیار در تجربه زندگی با فرد ناتوان مؤثر باشد. در نتیجه شناخت وضعیت روانی مادران، توجه به نیازها و مشکلات آنها، همکاری و همیاری بیش‌تر متخصصان و والدین و تلاش در جهت درک دنیای مادران افراد مبتلا به ناتوانی هوشی و فراهم نمودن منابع حمایتی و آموزشی برای این افراد در جهت تأمین سلامت روان آنها بسیار ضروری به نظر می‌رسد. لذا کاوش بیشتر مشکلات، نیازها و همچنین توانمندی‌های مادران در حل مشکلات و مسائل خانواده‌های افراد ناتوان هوشی، نتایج حائز اهمیت را در جهت رویارویی علمی‌تر با این موضوع فراهم می‌نماید. در این پژوهش با کشف تجارب زیسته مادران که در بالا به اختصار توضیح داده شده و در جدول شماره ۱ معرفی شده است، مرحله اول تحقیق به پایان رسید. یافته‌های این مرحله به صورت داده‌های خام برای طراحی برنامه فرزندپروری در نظر گرفته شد که در ذیل مورد بحث قرار خواهد گرفت.

برای طراحی جلسات برنامه فرزند پروری مطالعات مروری گسترده‌ای انجام گرفته شد و در نهایت استفاده از مؤلفه‌های شفقت درمانی و فرزندپروری مثبت به صورت ترکیبی مورد استفاده قرار گرفته‌اند چراکه این دو برنامه از پیشینه نظری و تجربی گسترده‌ای برخوردار بودند و برای مضامین اصلی تجربه شده توسط مادران که در مرحله اول تحقیق کشف شدند از کارایی بالایی برخوردار بودند به طور مثال: ساندرز و همکاران (۲۰۰۳) ادعا می‌کنند برنامه فرزندپروری مثبت واکنش‌های عاطفی و ناخوشایند والدین که شامل افسردگی، خشم، اضطراب و سطوح بالایی از استرس خصوصاً در هنگام ایفای نقش والدگری است را هدف قرار می‌دهد و

باعث کاهش این نشانه‌ها خواهد شد. همچنین اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. گفتنی است که این برنامه از پشتوانه تجربی وسیعی در درمان اختلالات رفتاری (سندرز و همکاران، ۲۰۰۳؛ لئونگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ کن و همکاران، ۲۰۰۳؛ سندرز و همکاران، ۲۰۰۴؛ سندرز، ۲۰۰۵) برخوردار است. در نتیجه برای مضامین مشکلات رفتاری و تعاملی کودکان برنامه فرزندپروری مثبت در نظر گرفته شد. از سویی شفقت به معنای قضاوت مهربورانه شخص از خود و دیگران است و به نگرش فرد از خود و دیگران دلالت می‌کند. شفقت چگونگی احساس خود درباره خود و دیگران است و بر همه افکار، ادراکات، هیجانات، آرزوها، لرش‌ها و اهداف شخصی نفوذ دارد (بیر^{۳۷}، ۲۰۱۰). بخشی از برنامه شفقت ذهن‌آگاهی است که در کاهش استرس، ترویج همدلی، حضور، ثبات شناختی و افزایش روابط نقش داشته است (دیویس و دیمیدجین^{۳۸}، ۲۰۱۲). بر اساس ویژگی‌های درمان مبتنی بر شفقت که به اختصار توضیح داده شد و مضامین اصلی کشف شده در مرحله اول تحقیق که شامل «تجربه سرزنش»، «نگرانی از آینده»، «داغ و انزوای اجتماعی» و «افکار و احساسات منفی» بودند برخی از مؤلفه‌های این درمان به عنوان جلسات برنامه فرزندپروری در نظر گرفته شدند در نهایت این بسته آموزشی با استفاده از گروه‌هایی کانونی متشکل از مشاوران تخصصی مدارس استثنایی یزد مورد بحث و بررسی قرار گرفته و روایی صوری و محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت. امید است این پژوهش چراغ راهی برای توجه عمیق‌تر پژوهشگران به مسائل خانواده‌های افراد با معلولیت و همچنین استفاده از روش تحقیق کیفی برای درک و فهم عمیق‌تر مشکلات و ارائه راه‌حل‌های مفید علمی و آموزشی برای این خانواده‌ها باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نبود پیشینه پژوهشی کیفی داخلی در زمینه تجارب مادران کودک ناتوان هوشی اشاره کرد که می‌توانست در مقایسه و بررسی میزان همسویی نتایج این پژوهش با سایر پژوهش‌های مرتبط، مفید باشد. پژوهش‌های کمی داخلی نیز در این زمینه تکراری و محدود به برخی متغیرهای کمی بود و کار را برای مقایسه و بررسی دشوار می‌کرد. از سوی دیگر مادران دچار نوعی ناامیدی از دستگاه‌ها و مراکز آموزشی بودند و تمایلی به شرکت و همکاری داوطلبانه در تحقیق نداشتند. همچنین به دلیل استفاده از روش کیفی و نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس بابت تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط را رعایت نمود.

در نهایت پیشنهاد می‌شود محققان در آینده اثربخشی برنامه فرزندپروری طراحی شده در این پژوهش را با سایر برنامه‌های فرزندپروری مورد مقایسه و بررسی قرار دهند، و همچنین می‌توانند تجارب زیسته مادران کودکان ناتوان هوشی را در دیگر استان‌ها بررسی کنند.

تشکر و قدردانی

در اینجا لازم است از کارشناس محترم مشاوره اداره آموزش و پرورش استثنایی یزد سرکار خانم فاطمی بابت تمامی هماهنگی‌ها و همکاری‌های گسترده در تشکیل گروه‌های کانونی تخصصی مشاوران تشکر ویژه شود، همچنین از مدیران محترم مدارس استثنایی کم‌توان ذهنی (تلاش، شفق، نشاط، رشد، شهید موسوی) که علیرغم مشکلات فراوان در اجرای این پژوهش کمال همکاری را داشته‌اند تشکر می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|--|---|
| 1. Intellectual Disability | 20. Danaeifard |
| 2. American Psychiatric Association | 21. Emami |
| 3. Luckasson & Reeve | 22. Sanders, Turner & Markie-Dadds |
| 4. Kauffman & Hallahan | 23. Kazdien |
| 5. Olsson & Hwang | 24. Leung |
| 6. Saloviita, Itälina & Leinonen | 25. ken |
| 7. Hassall, Rose & McDonald | 26. Bor |
| 8. Murphy, Christian, Caplin & Young | 27. Neff |
| 9. Gallagher, Phillips, Oliver & Carroll | 28. Irons & Lad |
| 10. Martorell, Gutierrez-Recacha, Irazabal, Marsa & Garcia | 29. Gilbert |
| 11. Irazabal | 30. Hayes |
| 12. Oshodi | 31. Roemer, Orsillo & Salters-Pedneault |
| 13. Miller & Chan | 32. Bennett- Goleman |
| 14. Baker | 33. Britten |
| 15. Herring | 34. Damrosch & Perry |
| 16. McConkey | 35. Crnic |
| 17. Mohammadkhan-Kermanshahi | 36. Gupta |
| 18. Moosavy Khatat | 37. Baer |
| 19. Narimani | 38. Davis & Dimidjian |

منابع

- امامی‌سیگارودی، ع.، دهقان‌نیری، ن.، رهنورد، ز. و نوری، س. (۱۳۹۱). روش‌شناسی تحقیق کیفی: پدیدارشناسی. پرستاری و مامایی جامع‌نگر. فصل‌نامه دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان، ۲(۲۲)، ۶۳-۵۶.
- دانایی‌فرد، ح.، خالف‌الهی، ا.، و خدانشناس، ل. (۱۳۹۱). فهم جوهره تجربه بازنشستگی کارکنان در بخش دولتی؛ پژوهشی پدیدار شناسانه. اندیشه مدیریت راهبردی، ۶(۲)، ۱۷۶-۱۵۳.
- رضایی‌دهنوی، ص.، نوری، ا.، جعفری، م.، و فرامرزی، س. (۱۳۸۸). بررسی پدیده استیگما (داغ اجتماعی) در مادران دارای فرزند با نشانگان داون در شهر اصفهان: رویکردی روانی-اجتماعی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۵(۳)، ۴۱۶-۴۰۱.
- محمدخان کرمانشاهی، س.، ونکی، ز.، احمدی، ف.، آزادفلاح، پ.، و کاظم‌نژاد، ا. (۱۳۸۵). تجربیات مادران از داشتن کودک عقب‌مانده ذهنی. نشریه توان‌بخشی، ۷(۳)، ۳۳-۲۶.
- موسوی‌خطاط، م.، سلیمانی، م.، عیدی، ک.، (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی‌های شناختی، روانی و اجتماعی والدین بیش از یک فرزند استثنایی با والدین کودکان عادی. نشریه توان‌بخشی، ۱۲(۳)، ۶۳-۵۳.
- نریمانی، م.، آقامحمدیان‌شعرباف، ح.، رجبی، س. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. اصول بهداشت روانی، ۹(۳۳)، ۲۴-۱۵.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub.

Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a Mechanism of Change in Mindfulness-and Acceptance-based Treatments. In A. R. Baer (Ed.). *Assessing mindfulness and*

- acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, California: Harbinger.
- Baker, B. L., Blacher, J., Cnic, K. A., & Edelbrock, C. (2002.) Behavior Problems and Parenting Stress in Families of Three-year-old Children with and without Developmental Delays. *American Journal on Mental Retardation*, 107(6), 433-444.
- Bennett- Goleman, T. (2001.) *Emotional Alchemy: How the Mind can Heal the Heart*. New York: Three Rivers Press.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The Effects of the Triple P-Positive Parenting Program on Preschool Children with Co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of abnormal child psychology*, 30(6), 571-587.
- Britten, N. (1995.) Qualitative Research: Qualitative Interviews in Medical Research. *British Medical Journal*, 311(6999), 251-253.
- Cann, W., Rogers, 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*, 2(3), 201-207.
- Cnic, K., Hoffman, C., Gaze, C., & Edelbrock, C. (2004.) Understanding the Emergence of Behavior Problems in Young Children with Developmental Delays. *Infants & Young Children*, 17(3), 223-235.
- Damrosch, S. P., & Perry, L. A. (1989.) Self-Reported Adjustment, Chronic Sorrow, and Coping of Parents of Children with Down syndrome. *Nursing Research*, 38(1), 25-30.
- Danaeifard, H., Khaef Elahi, A., & Khodashenas, L. (2012.) [Understanding the Essence of Retirement Experience of Employees in the Public Sector: A Phenomenological Research]. *Strategic Management Thought*, 6(2), 153-176. [In Persian].
- Davis, K., & Dimidjian, S. (2012.) The Relationship between Physical Activity and Mood Across the Perinatal Period: A Review of Naturalistic and Clinical Research to Guide Future Investigation of Physical Activity-based Interventions for Perinatal Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(1), 27-48.
- Emami, S. A., Dehghan, N., Rahnavard, Z., Noori Saeed, A.(2012.) [Qualitative Research Methodology: phenomenology]. *Holist Nurs Midwifery*, 22(2), 56-63. [In Persian].
- Gallagher, S., Phillips, A. C., Oliver, C., & Carroll, D. (2008.) Predictors of Psychological Morbidity in Parents of Children with Intellectual Disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(10), 1129-1136.
- Gilbert, P. (2014.) The Origins and Nature of Compassion Focused Therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gupta, A., & Singhal, N. (2004.) Positive Perceptions in Parents of Children with Disabilities. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 15(1), 22-35.
- Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005.) Parenting Stress in Mothers of Children with an Intellectual Disability: The Effects of Parental Cognitions in Relation to Child Characteristics and Family Support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(6), 405-418.
- Hayes, S. C. (2008.) *The Roots of Compassion, Keynote address presented at the fourth Acceptance and Commitment Therapy Summer Institute*. Chicago: Illinois University Press.
- Herring, S., Gray, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D., & Einfeld, S. (2006). Behaviour and Emotional Problems in Toddlers with Pervasive Developmental Disorders and Developmental Delay: Associations with Parental Mental Health and Family Functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 874-882.

- Irazábal, M., Marsà, F., García, M., Gutiérrez-Recacha, P., Martorell, A., Salvador-Carulla, L., & Ochoa, S. (2012). Family Burden Related to Clinical and Functional Variables of People with Intellectual Disability with and without a Mental Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 33(3), 796-803.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47-54.
- Kauffman, J. M., Hallahan, D. P. (2011). *Handbook of special education*. London: Routledge.
- 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
- Luckasson, R., & Reeve, A. (2001). Naming, Defining, and Classifying in Mental Retardation. *Mental retardation*, 39(1), 47-52.
- Martorell, A., Gutiérrez-Recacha, P., Irazábal, M., Marsà, F., & García, M. (2011). Family Impact in Intellectual Disability, Severe Mental Health Disorders and Mental Health Disorders in ID. A comparison. *Research in developmental disabilities*, 32(6), 2847-2852.
- McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M. Y., Jarrah, S., & Shukri, R. (2008). The Impact on Mothers of Bringing up a Child with Intellectual Disabilities: A Cross-Cultural Study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 65-74.
- Miller, S. M., & Chan, F. (2008). Predictors of Life Satisfaction in Individuals with Intellectual Disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1039-1047.
- Mohammadkhan-Kermanshahi, S., Vanki, Z., Ahmadi, F., Azad-Fallah, P., & Kazem-Nezhad, A. (2006). [Mother's Experiences of Having Mental Retarded Child]. *Journal of Rehabilitation*, 7(3), 26-33. [In Persian].
- Moosavy Khatat, M., Soleimani, M., & Abdi, K. (2011). [Comparison of Cognitive, Psychological and Social Characteristics, between Parents who have more than One Exceptional Child with Parents of Normal Child]. *Journal of Rehabilitation*, 12(3), 53-64. [In Persian].
- Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A., & Young, P. C. (2007). The Health of Caregivers for Children with Disabilities: Caregiver Perspectives. *Child: care, health and development*, 33(2), 180-187.
- Narimani, M., Aghamohammadian, H. R., & Rajabi, S. (2007). [A Comparison between the Mental Health of Mothers of Exceptional Children and Mothers of Normal Children]. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*, 9(33), 15-24. [In Persian].
- Neff, K. D. (2009). The Role of Self-Compassion in Development: A Healthier Way to Relate to Oneself. *Human development*, 52(4), 211-214.
- Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). Depression in Mothers and Fathers of Children with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 535-543.
- Oshodi, Y., M Simoyan, O., EA Lesi, F., & I Ibeziako, P. (2013). Health Care Providers' Need for Child and Adolescent Mental Health (CAMH) Training in South Western Nigeria. *Adolescent Psychiatry*, 3(1), 95-101.
- Rezaie Dehnavi, S. Nori, A., Jafari, M., & Faramarzi, S. (2008). [Investigating Stigma Phenomenon among Mothers with Down syndrome Children in Isfahan: A Psycho-Social Approach]. *Journal of Family Research*, 5(3), 401-416. [In Persian].
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of An Acceptance-based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a Randomized Controlled Trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1083-1089.

- Saloviita, T., Itälina, M., & Leinonen, E. (2003). Explaining the Parental Stress of Fathers and Mothers Caring for a Child with Intellectual Disability: A double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4-5), 300-312.
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an Empirically Validated Multilevel Parenting and Family Support Strategy for the Prevention of Behavior and Emotional Problems in Children. *Clinical child and family psychology review*, 2(2), 71-90.
- Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2005). The Relationship between Maternal Self-Efficacy and Parenting Practices: Implications for Parent Training. *Child: care, health and development*, 31(1), 65-73.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. (2003). *Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population Approach to the Promotion of Parenting Competence*. Queensland: Parenting and Family Support Centre.
- Sanders, M. R., Ralph, A., Thompson, R., Sofronoff, K., Gardiner, P., Bidwell, K., & Dwyer, S. (2005). *Every Family: A Public Health Approach to Promoting Children's Wellbeing*. Brisbane: University of Queensland.
- Sanders, M. R., Turner, K. M., & Markie-Dadds, C. (2002). The Development and Dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program: A Multilevel, Evidence-Based System of Parenting and Family Support. *Prevention Science*, 3(3), 173-189.
- Sanders, M. R., & McFarland, M. C. (2006). Treatment of Depressed Mothers with Disordered Children. *Cognitive behavioral therapy*, 31(1), 86-112
- Sanders, M. R., Pidgeon, A. M., Gravesock, F., Connors, D., Brown, S., & Young, R. W. (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.