

اثربخشی آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر ارتباط والد - فرزند و تنیدگی والدینی دانش آموزان دارای نارسایی توجه

خدامراد مؤمنی^۱

طیبه تازیکی^۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر ارتباط والد - فرزند و تنیدگی والدینی دانش آموزان دارای نارسایی توجه انجام گرفت. **روش:** در یک طرح تحقیق شبه آزمایشی با گروه گواه و از نوع طرح دوگروهی ناهمسان با پیش آزمون و پس آزمون، ۲۴ نفر از مادران دارای فرزند با نارسایی توجه داوطلب شرکت در پژوهش، از بین نمونه در دسترس شهرستان علی آباد استاد گلستان، در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. مادران گروه آزمایش طی ۸ جلسه گروهی و به صورت هفتگی و هر هفته یک جلسه ۲ ساعته، برنامه فرزندپروری مثبت را آموزش دیدند. سیاهه ارتباط والد فرزند و مقیاس تنیدگی والدینی به عنوان پیش و پس آزمون استفاده شد و داده ها با روش تحلیل کوواریانس بین گروهی یک طرفه تک متغیری (ANCOVA) تحلیل شدند. **یافته ها:** یافته های حاکی از تفاوت معنادار نمرات پیش و پس آزمون ($P < 0.05$) بود. **نتیجه گیری:** می توان نتیجه گرفت برنامه فرزندپروری مثبت باعث بهبود روابط والد فرزند و کاهش تنیدگی والدینی می شود.

کلیدواژه ها: ارتباط والد - فرزند، برنامه فرزندپروری مثبت، تنیدگی والدینی، دانش آموزان دارای نارسایی توجه.

مقدمه

تهرانی اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی را تجربه می کنند. هم چنین یافته های پژوهش غباری بناب، پرنده، موللی و حسین خاززاده (۱۳۸۷) در زمینه برآورد میزان شیوع اختلال های رفتاری در دبستان های شهر تهران نشان داده است که ۳/۱ درصد کودکان علائم بیش فعالی و ۶/۶ درصد آنان علائم نارسایی توجه را نشان داده اند. میزان شیوع این اختلال در میان پسران و دختران متفاوت است. برخی پژوهش ها نسبت پسران با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی به دختران مبتلا را ۹ به ۱ و برخی پژوهش ها این نسبت را ۳ به ۱ گزارش کرده اند (ریف، ۲۰۰۶).

گزارش ها در مورد سن شروع متفاوت است. اغلب کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی که ارجاع داده می شوند بین ۶ تا ۱۲ سال دارند. در اکثر موارد ظهور علائم در حدود سن ۳ تا ۴ سالگی است.

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی^۳ یکی از اختلالات دوران تحول است که کارکردهای شناختی، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی کودکان مبتلا را تحت تأثیر قرار می دهد. در توصیف این اختلال اصطلاحها و تعاریف متفاوتی به کار رفته است ولی امروزه اغلب متخصصان از تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی برای شناسایی و تعریف اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی استفاده می کنند. بر اساس این راهنما، ویژگی اساسی و مهم این اختلال، الگوی مداوم بی توجهی یا بیش فعالی - تکانش گری است که نسبت به افراد عادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، با فراوانی و شدت بیشتری رخ می دهد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

این اختلال یکی از شایع ترین اختلال های دوران کودکی به شمار می رود. مطالعه بیدرمن و همکاران^۴ (۲۰۰۲) و مش و بارکلی^۵ (۲۰۰۲) میزان شیوع اختلال فوق را در دنیا بین ۸ تا ۱۲ درصد کودکان مدرسه رو تخمین زده اند. یافته های خوشایبی و پورا اعتماد (۱۳۸۱) بیانگر این است که ۳ تا ۶ درصد کودکان ۷ تا ۱۲ ساله

۱. استادیار روان شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه. ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای تخصصی روان شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه. ایران. ta.hanie@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۲/۱۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۳/۲۴

۳. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

۴. American Psychiatric Association

۵. Biederman, et al.

۶. Mash & Barkley

۷. Rief

محیط و کم‌خوابی تقسیم کرده‌اند. در بررسی ارتباط متقابل عوامل ژنتیکی و محیط خانواده به‌عنوان عامل نگهدارنده یا تشدیدکننده نشانگان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری همراه آن باید توجه داشت (بارکلی، ۲۰۰۶؛ ترنر و ساندرز^{۱۸}، ۲۰۰۶؛ کرنیک، گیز و هافمن^{۱۹}، ۲۰۰۵؛ مؤسسه ملی سلامت روانی، ۲۰۰۸؛ نیکلاس و برت^{۲۰}، ۲۰۱۰).

اغلب مطالعات و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مشکلات روان‌شناختی والدین دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، در مقایسه با والدین کودکان عادی از فراوانی و شدت بیشتری برخوردار است. بررسی سپهرمنش^{۲۱} (۲۰۱۷) نشان داد ۵۸٪ از این مادران دچار مشکل سلامت روانی هستند و شایع‌ترین مشکل سلامت روان در این مادران مشکلات اضطرابی است. چن و همکاران^{۲۲} (۲۰۱۴) نیز اذعان می‌دارند اختلال فوق بر کیفیت زندگی مادران، افسردگی، رابطه والد - کودک تأثیر نامطلوبی برجای می‌گذارد. از طرفی می‌دانیم عوامل خانوادگی با بروز و نگهداری اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و اختلال‌های رفتاری همراه آن ارتباط دارد (اسپرات، سیلور و ماسیاس^{۲۳}، ۲۰۰۷؛ بارکلی، ۲۰۰۶؛ مک‌برنت و پفیفنر^{۲۴}، ۲۰۰۸). بعلاوه والدین این کودکان سبک فرزندپروری مناسبی را دنبال نمی‌کنند و در فرایند فرزندپروری از اقتدار لازم برخوردار نیستند (بارکلی، ۲۰۰۶؛ شلتون، ۲۰۰۳)؛ بنابراین آموزش برنامه‌های فرزندپروری به والدین لازم و ضروری است. برنامه فرزندپروری مثبت از جمله این برنامه‌ها است.

از لحاظ پیشینه پژوهشی نیز اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت در مطالعات مختلفی مورد تأیید قرار گرفته است. این برنامه از پشتوانه تجربی خوبی در اختلال‌های رفتاری در کودکان (استونمن و گاویدا - بین^{۲۵}، ۲۰۰۶؛ جلالی، شعیری، طهماسیان و پوراحمدی، ۱۳۸۸؛ ساندرز، ۲۰۰۳ الف و ب و ۲۰۰۵)، شایستگی والدینی، تعارضات

البته می‌تواند در طول نوزادی و یا سنین ورود به مدرسه نیز ظاهر شود (شلتون^۱، ۲۰۰۳؛ لویس^۲، ۲۰۰۳).

در منابع علمی متعدد سه نوع برای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، ۱. نوع غلبه با بی‌توجهی، ۲. نوع غلبه با بیش‌فعالی - تکانش‌گری، ۳. نوع مختلط مطرح شده است (بارکلی^۳، ۲۰۰۶؛ ترنبال، ترنبال، شانک، اسمیت و لیال^۴، ۲۰۰۲؛ مؤسسه ملی سلامت روانی^۵، ۲۰۰۸). پژوهش‌های متعددی به نقص در بازداری رفتاری^۶ افراد با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اشاره کرده‌اند (بارکلی، ۲۰۰۶). نقص در بازداری رفتاری باعث اشکالاتی در کارکرد اجرایی می‌شود و در نتیجه فرد در به‌کارگیری فعالیت‌های هدفمند مداوم^۷ دچار اشکال می‌شود. از طرفی این افراد به‌رغم میل زیاد به دوست داشته شدن دوستان بسیار کمی داشته و در برقراری روابط اجتماعی مشکل دارند که این وضعیت مشکلاتی را در زندگی اجتماعی آنان ایجاد می‌کند (بارکلی و مورفی^۸، ۲۰۱۰؛ راجرز، وانگ، تاپلاک، ویس و تانوک^۹، ۲۰۱۱؛ شیمونی، انگل-یگر و تیروش^{۱۰}، ۲۰۱۲؛ کانو، نیومن، مورو و پویی^{۱۱}، ۲۰۰۸؛ هالی و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۱).

علاوه بر موارد فوق در حدود دو سوم کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دست‌کم علائم یک اختلال دیگر را نیز نشان می‌دهند. اختلال‌های رفتاری مخرب (اختلال سلوک و لجبازی و نافرمانی) از رایج‌ترین اختلال‌های همبود آن به شمار می‌روند. اختلال‌های خلقی، اختلال‌های اضطرابی، نشانگان تورت و تیک و مشکلات یادگیری، سوء‌مصرف مواد نیز از مشکلات کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به شمار می‌رود (بارکلی، ۲۰۰۶؛ مرکز منابع ملی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^{۱۳}، ۲۰۰۵؛ مک‌کی، هاروی، دانفورس، یولازیک و فریدمن^{۱۴}، ۲۰۰۴؛ ویلنس، بیدرمن، برون، مانوتاکس، پرینس و اسپینسر^{۱۵}، ۲۰۰۲).

مطالعات علمی علل بروز این اختلال را در دودسته کلی (۱) علل زیست‌شناختی^{۱۶} شامل عوامل ژنتیکی، عوامل عصب زیست‌شناختی، عوامل عصب‌شیمیایی و (۲) علل محیطی^{۱۷} از جمله ضعف در مهارت‌های فرزندپروری، وجود استرس در یک خانواده یا

^{۱۴}. McKee, Harvey, Danforth, Ulaszek & Firedman

15. Wilens, Biederman, Brown, Monuteaux, Prince, & Spencer

^{۱۶}. Biological Causes

^{۱۷}. Environmental Causes

^{۱۸}. Turner & Sanders

^{۱۹}. Crnic, Gaze & Hoffman

^{۲۰}. Nikolas & Burt

^{۲۱}. Sepehrmanesh

^{۲۲}. Chen, et al.

^{۲۳}. Spratt, Saylor & Macias

^{۲۴}. McBurnett & Pffifner

^{۲۵}. Stoneman, & Gavidia-Payne

^۱. Shelton

^۲. Lewis

^۳. Barkley

^۴. Turnbull, Turnbull, Shank, Smith & Leal

^۵. National Institute of Mental Health

^۶. Behavioral Inhibition

^۷. Persistent Goal - Directed behavior

^۸. Barkley, & Murphy

^۹. Rogers, Hwang, Toplak, Weiss & Tannock

^{۱۰}. Shimoni, Engol-Yeger & Tirosh

^{۱۱}. Canu, Newman, Morrow & Pope

^{۱۲}. Hale, et al.

^{۱۳}. National Resource Center on AD/HD

گام دشواری به‌سوی آموزش برنامه فرزندپروری مثبت به مادران دارای فرزند با نارسایی توجه برداشت و پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر ارتباط والد - فرزند و تنیدگی والدینی دانش‌آموزان دارای نارسایی توجه انجام گرفت.

روش

این پژوهش در قالب طرح تحقیق شبه‌آزمایشی با گروه گواه و از نوع طرح دوگروهی ناهمسان با پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ در دبستان‌های مدارس استثنایی استان گلستان بودند. در این میان، ۲۴ نفر از مادران به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفته و در مدرسه استثنایی شهرستان علی‌آباد آموزش دیدند. ملاک‌های ورود افراد برای شرکت در پژوهش به جهت ایجاد همگنی بیشتر در گروه و متناسب با ویژگی‌های آموزش عبارت‌اند از: مادران دارای فرزند اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و داوطلب شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن، سابقه دریافت برنامه‌های درمانی و آموزشی مشابه.

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شده است.

الف) سیاهه ارتباط والد فرزند^۵: این سیاهه توسط جرارد^۶ (۱۹۹۴) به‌منظور ارزیابی رابطه میان والدین و فرزندان طراحی شده است و شامل ۷۸ آیتم، ۷ خرده‌مقیاس اصلی (حمایت والدینی، رضایت از فرزندپروری^۷، مشارکت^۸ در فرزندپروری، ارتباط^۹ با فرزند، ایجاد محدودیت^{۱۰}، خودمختاری^{۱۱} و جهت‌گیری نقش^{۱۲}) و یک خرده‌مقیاس روایی (مقبولیت اجتماعی^{۱۳}) با لیکرت چهارگزینه‌ای (خیلی موافقم، موافقم، مخالفم و خیلی مخالفم) می‌باشد که به هر آیتم نمره‌ای از ۱ تا ۴ تعلق می‌گیرد. قابلیت اعتماد این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و با روش بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش شده است. ب) مقیاس تنیدگی والدینی^{۱۴}: این مقیاس توسط بری و جونز^{۱۵} (۱۹۹۵) برای سنجش تنیدگی والدینی طراحی شده است. مقیاس فوق دارای ۱۸ گویه با لیکرت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق) است. گویه‌ها خوشایند بودن و جنبه‌های مثبت وظایف والدینی و همچنین جنبه‌های منفی آن را

والدینی، سازگاری والدینی (ساندرز، ۲۰۰۳ الف و ب؛ ساندرز و مک‌فارلند^۱، ۲۰۰۶)، افسردگی، اضطراب و خشم والدین (ساندرز، ۲۰۰۵؛ ساندرز و مک‌فارلند، ۲۰۰۶) و تعارضات زناشویی (ساندرز، ۲۰۰۵؛ لئونگ، ساندرز، لئونگ، مارک و لائو^۲، ۲۰۰۳) برخوردار می‌باشد. نتایج پژوهش اصلانی، وارسته و امان‌الهی (۱۳۹۵) حاکی از آن بود که برنامه آموزش والدگری مثبت به مادران کودکان مدارس ابتدایی شهر اهواز سبب بهبود تعامل مادر با کودک شده است. درواقع پژوهشگران معتقدند برنامه فوق موجب بهبود ارتباط مادر-کودک می‌گردد (ناظمیان و شمس، ۱۳۹۵). شاین^۳ نیز (۲۰۱۳) استفاده از این برنامه را برای بهبود ارتباط والد - کودک و کاهش مشکلات ارتباطی بین والدین و کودکان مناسب شمرد. بعلاوه پیشرفت در مهارت‌های فرزندپروری، بهبود رفتاری کودک و ارتقاء رابطه والد - کودک از نتایج مطالعه هولدینگ، اسچمیدت، استرن، جامسون و بورگ^۴ (۲۰۱۲) بود. همچنین پژوهشگران معتقدند آموزش برنامه فرزندپروری مثبت در کاهش تنیدگی والدینی مادران کودکان آسیب‌دیده شنوایی مؤثر بوده است (علی‌اکبری‌دهکردی، کاکوجویباری، محتشمی و یکدله‌پور، ۱۳۹۳). نتایج مطالعات دیگر در اصفهان نیز حاکی از کاهش استرس والدگری مادران کودکان مبتلابه اختلال اوتیسم بود (صابری، بهرامی‌پور، قمرانی و یارمحمدیان، ۱۳۹۳)؛ بنابراین می‌توان از این برنامه جهت ارتقاء ارتباط والد - فرزند و کاهش تنیدگی والدین استفاده کرد.

درمجموع مسائل یادشده ازجمله شیوع بالای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، وجود مشکلات و نقص‌های متعدد در کودک و تأثیرات منفی عدیده مشکلات فوق بر فرد و خانواده و بروز مشکلاتی در زمینه سازگاری و برقراری روابط با دیگران و طرد اجتماعی طولانی‌مدت آن‌ها، وجود اختلالات همراه مختلف، وقوع هم‌زمان اختلال‌های رفتاری مخرب در این گروه و وجود چالش‌های گوناگون در مهارت‌های فرزندپروری والدین باعث شده است پژوهشگران توجه زیادی را به این اختلال معطوف دارند و مجموعه این عوامل کار در زمینه مداخله درمانی آن را پراهمیت می‌سازد. از طرفی ضمن بررسی‌های کنونی مطالعه‌ای که از برنامه فرزندپروری مثبت برای ارتقاء ارتباط والد - کودک و تنیدگی والدینی مادران دارای فرزند با نارسایی توجه استفاده شود یافت نشد؛ بنابراین مطالعه حاضر با توجه به درک مسئله و به‌منظور پر کردن خلأ پژوهشی،

^۱. Communication

^۲. Limit setting

^۳. Autonomy

^۴. Role orientation

^۵. Social Desirability

^۶. parental stress scale

^۷. Berry, & Jones

^۱. Sanders, & McFarland

^۲. Leung, Sanders, Leung, Mark, & Lau

^۳. Shinn

^۴. Houlding, Schmidt, Stern, Jamieson, & Borg

^۵. Parent-Child Relationship Inventory (PCR)

^۶. Gerard

^۷. Satisfaction with parenting

^۸. Involvement

درباره اختلال، آموزش چگونگی رابطه والد-کودک و مهارت‌های فرزندپروری می‌تواند در راستای کاهش مشکلات شدید رفتاری و هیجانی کودک و ارتقاء کیفیت روابط والد-کودک توصیه و تصریح شود. این برنامه به والدین راهبردهای عملی و مؤثر پرورش مهارت-های اجتماعی و زبانی کودک، خودتنظیمی هیجانی، استقلال و قابلیت حل مسئله را می‌آموزد. دستیابی به این مهارت‌ها نیز سبب ارتقاء هماهنگی خانواده، کاهش تعارض کودک و والدین، توسعه روابط موفقیت‌آمیز با همسالان و آماده‌سازی کودک جهت کامیابی تحصیلی می‌گردد (ساندرز، مک‌فارلند، ۲۰۰۶؛ ساندرز و پرینتز، ۲۰۰۵؛ ساندرز، پیدگان، گراوساک، کانرز، برون و یانگ، ۲۰۰۴). در مطالعه حاضر اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت، با آموزش به مادران موردبررسی قرار گرفت که طی ۸ جلسه گروهی و به‌صورت هفتگی و هر هفته یک جلسه ۲ ساعته برگزار شد.

یافته‌ها

داده‌های حاصل از سیاهه ارتباط والد فرزند و مقیاس تنیدگی والدینی که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط مادران دانش‌آموزان تکمیل شده بودند، با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بین گروهی یک‌طرفه تک متغیری (ANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفت؛ که به‌منظور بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر رابطه والد فرزند و تنیدگی والدینی مادران دانش‌آموزان بیش‌فعال / کمبود توجه، از این آزمون برای هر مقیاس به‌طور جداگانه استفاده شد. بررسی‌های مقدماتی جهت حصول اطمینان در مورد عدم تخطی از مفروضه‌های بهنجاری، خطی بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و پایایی اندازه‌گیری همپراش صورت گرفت و برقراری شرایط استفاده از آزمون فوق‌محرز گردید؛ بنابراین نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس بین گروهی یک‌طرفه در ادامه مطرح می‌گردند

موردتوجه قرار می‌دهند. هفت گویه (۱، ۲، ۵، ۶، ۷، ۱۷ و ۱۸) به-صورت معکوس و بقیه به‌صورت مستقیم نمره داده می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۱۸ و حداکثر نمره آن ۹۰ است، هرچقدر نمره آزمودنی در این مقیاس بالاتر باشد نشانگر تنیدگی بیشتر می‌باشد. بری و جونز (۱۹۹۵) اعتبار درونی^۱ و اعتبار آزمون^۲ پس‌آزمون این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در بررسی مقدماتی که به‌منظور تعیین اعتبار مقیاس ترجمه‌شده به زبان فارسی بر روی ۲۳ مادر انجام شد، اعتبار آزمون - پس‌آزمون با فاصله زمانی یک هفته ۰/۷۸ به دست آمد. مزیت نسبی این مقیاس در مقایسه با سایر ابزارهای مشابه کمتر بودن تعداد گویه‌های آن و در نتیجه کوتاه‌تر بودن آن است که استفاده از آن را برای والدین مطلوب‌تر می‌کند (حسن‌زاده، ۱۳۹۱).

ج) برنامه فرزندپروری مثبت^۳: برنامه فرزندپروری مثبت، یک برنامه راهبردی چند سطحی و درباره فرزندپروری و با رویکرد پیشگیرانه و حمایتی نسبت به خانواده‌ها بوده است. این برنامه بر پایه مدل یادگیری اجتماعی تعامل والد-کودک استوار است و ماهیت دوسویه و دو جانبه تعاملات والد-کودک را مشخص می‌کند که توسط ساندرز و همکاران در دانشگاه کویینزلند^۴ در استرالیا تدوین شده است (ساندرز، ۲۰۰۳الف). هدف از این برنامه پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری، رشدی، عاطفی در کودکان از طریق بالا بردن سطح دانش، مهارت‌ها و اعتمادبه‌نفس والدین است (ساندرز، ۲۰۰۳ب). این برنامه برحسب شدت و قدرت مداخله در ۵ سطح و برای والدین کودکان و نوجوانان و از بدو تولد تا ۱۶ سالگی تدوین شده است. سطح چهارم آن که در این پژوهش اجرا خواهد شد، سطح مداخله‌ای است که معمولاً برای آموزش گروهی والدین کودکان با نارسایی توجه/بیش‌فعالی با اختلالات رفتاری توصیه می‌شود. این سطح معمولاً طی ۸ جلسه و به‌صورت هفتگی و هر هفته یک جلسه ۲ ساعته برگزار می‌شود. برنامه فرزندپروری مثبت با دادن اطلاعاتی

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌ها و مراحل تحت بررسی $n=12$

مقیاس	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
رابطه والد فرزند	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	(۸/۵۷)۹۸/۵۰	(۸/۵۱)۸۵/۴۱	(۶/۸۲)۹۸/۷۵	(۶/۱۹)۹۹/۰۰
تنیدگی والدینی	(۴/۱۴)۵۵/۹۱	(۵/۱۷)۵۰/۲۵	(۳/۵۷)۵۷/۰۸	(۴/۱۵)۵۶/۸۳

^۵. Sanders, & Prinze

^۶. Sanders, Pidgeon, Gravesock, Connors, Brown, & Young

^۱. Internal Validity

^۲. Reliability test

^۳. positive parenting program

^۴. Queensland

به مرحله پیش‌آزمون کاهش یعنی بهبود را نشان می‌دهد. در صورتی که گروه کنترل تفاوت چندانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون نشان نمی‌دهد.

با توجه به جدول ۱ درمی‌یابیم که نمره میانگین گروه آزمایش در سیاهه ارتباط والد فرزند در مرحله پس‌آزمون، نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش محسوس پیدا کرده است، در صورتی که در گروه کنترل تقریباً هیچ تفاوتی در نمرات میانگین مراحل مختلف پیش-آزمون و پس‌آزمون مشاهده نمی‌شود. بعلاوه میانگین نمرات گروه آزمایش در مقیاس تنیدگی والدینی نیز در مرحله پس‌آزمون نسبت

جدول ۲. تحلیل کوواریانس بین گروهی یک‌طرفه تک متغیری برای سیاهه رابطه والد فرزند

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مربع مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۴/۷۳	۱	۱۴/۷۳	۰/۲۶	۰/۶۲	۰/۰۱۲
گروه	۱۱۱۱/۰۳	۱	۱۱۱۱/۰۳	۱۹/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۴۸
خطا	۱۲۰۴/۱۹	۲۱	۵۷/۳۴			
کل	۲۰۶۳۸۳/۰۰	۲۴				

$P < 0.05$

آزمایش است که نشان از تأثیرگذاری درمان با اندازه اثر ۰/۴۸ دارد، در واقع ۴۸٪ تغییر در نمره پس‌آزمون توسط درمان اجرا شده تبیین می‌گردد؛ بنابراین بر اساس سیاهه تکمیل شده توسط مادران، برنامه فرزندپروری مثبت بر رابطه والد فرزند تأثیر مثبت داشته است.

با توجه به جدول ۲ مقدار F مربوط به مؤلفه گروه در سطح $P < 0.05$ نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، بین پس-آزمون‌های دو گروه در سطح $P < 0.05$ از لحاظ نمره کلی آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مراجعه به مقادیر میانگین‌ها نشان می‌دهد که این تفاوت به علت کاهش نمره در پس‌آزمون گروه

جدول ۳. تحلیل کوواریانس بین گروهی یک‌طرفه تک متغیری برای مقیاس تنیدگی والدینی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مربع مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۶۱/۴۹	۱	۶۱/۴۹	۳/۰۶	۰/۰۹	۰/۱۳
گروه	۲۱۶/۴۱	۱	۲۱۶/۴۱	۱۰/۷۶	۰/۰۰۴	۰/۳۴
خطا	۴۲۲/۴۲	۲۱	۲۰/۱۱			
کل	۶۹۵۴۵/۰۰	۲۴				

$P < 0.05$

والد - فرزند و تنیدگی والدینی آن‌ها انجام گرفت. یافته‌های به‌دست آمده نشان داد آموزش برنامه فرزندپروری مثبت به مادران دانش‌آموزان دارای نارسایی توجه/بیش‌فعالی، بر بهبود ارتباط والد - فرزند مؤثر است. نتیجه فوق با نتایج هولدینگ و همکاران (۲۰۱۲) که نشان دادند فرزندپروری مثبت باعث پیشرفت در مهارت‌های فرزندپروری، بهبود رفتاری کودک و ارتقاء رابطه والد-کودک می‌شود و نتایج پژوهش ارت، بالستر، الیور، پاسکال و ویوز (۲۰۱۳) که نشان دادند استفاده از برنامه فرزندپروری مثبت نقش مؤثری در روابط خانوادگی، مهارت‌های والدگری و توانایی‌های اجتماعی کودکان دارد، همسو است. همچنین پژوهش شاین (۲۰۱۳) نیز بر روی والدین کودکان ناشنوا و کم‌شنوا نشان داد که برنامه‌های فرزندپروری برای بهبود ارتباط والد - کودک و کاهش مشکلات

با توجه به جدول ۳ و معنادار بودن مقدار F مربوط به مؤلفه گروه در سطح $P < 0.05$ نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش-آزمون، بین پس‌آزمون‌های دو گروه در سطح $P < 0.05$ از لحاظ نمره کلی آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مراجعه به مقادیر میانگین-ها نشان می‌دهد که این تفاوت به علت کاهش نمره در پس‌آزمون گروه آزمایش است که نشان از تأثیرگذاری درمان با اندازه اثر ۰/۳۴ دارد، در واقع ۳۴٪ تغییر در نمره پس‌آزمون توسط درمان اجرا شده تبیین می‌گردد؛ بنابراین بر اساس مقیاس تکمیل شده توسط مادران، برنامه فرزندپروری مثبت بر تنیدگی والدینی تأثیر مثبت داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامه فرزندپروری مثبت به مادران دارای فرزند با نارسایی توجه/بیش‌فعالی، بر ارتباط

بوده است (بارلو، پاول و گیل هریست^۵، ۲۰۰۶؛ ترنز و ساندرز، ۲۰۰۶؛ ساندرز، ۲۰۰۵؛ ساندرز و مک فارلند، ۲۰۰۶؛ مورواسکا، تامترکی و ساندرز^۶، ۲۰۱۴؛ مورواسکا، رامادوی و ساندرز^۷، ۲۰۱۴؛ ناظمی، ۱۳۸۶). موارد یادشده همگی مؤید پیشینه قوی هم‌راستا و همسو با یافته‌های حاصل از پژوهش اخیر است.

پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که ارتباط تنگاتنگی بین شیوه‌های فرزندپروری، ویژگی‌های والدین و خانواده با مشکلات رفتاری دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی وجود دارد (مک برنت و پفینر، ۲۰۰۸). چراکه به اعتقاد بارکلی (۲۰۰۶) مشکلات رفتاری دانش‌آموزان به ایجاد مشکلاتی در پاسخگویی والدین به نیازهای دانش‌آموزان و شیوه‌های فرزندپروری آن‌ها منجر می‌شود. به عبارت دقیق‌تر، رفتار کودک بر خانواده و کارکرد آن و رفتار اعضای خانواده به‌ویژه والدین و شیوه‌های فرزندپروری آن‌ها بر رفتار کودک تأثیر می‌گذارد.

از طرفی دیگر متخصصان معتقدند بیشتر این کودکان نمی‌توانند با محیط پیرامون خود انطباق حاصل کنند؛ در چنین شرایطی والدین در توانایی خود در فرزندپروری و خودکارآمدی دچار شک و تردید می‌شوند و وقت و انرژی بسیاری را جهت توضیح رفتار کودک به سایرین و دفاع از کودک صرف می‌کنند. در نتیجه این درگیری بیش‌ازحد والدین با مشکلات کودک، سلامت روان آنان آسیب‌دیده، استرس و تنیدگی آن‌ها افزایش یافته و ناگزیر به اتخاذ شیوه‌ها و رفتارهای آمرانه و کنترل‌کننده در فرزندپروری می‌شوند که این خود بر مشکلات خلقی و رفتاری این کودکان می‌افزاید. بدین ترتیب والدین و کودکان در چرخه‌ای منفی گرفتار می‌شوند. با آموزش فرزندپروری و شیوه‌های مدیریت رفتار، می‌توان آن‌ها را از درگیری در این چرخه منفی نجات داد (استرودا، داربین، سیگال و کنوبلاچ - فیدر^۸، ۲۰۱۰؛ استونمن و گلویدیا - پین، ۲۰۰۶؛ جورج^۹، ۲۰۰۴؛ جیمپ و هالند^{۱۰}، ۲۰۰۲؛ سوسا و لیبومیرکی^{۱۱}، ۲۰۰۱؛ هیمن و برگر^{۱۲}، ۲۰۰۸) و در جهت بهبود تنیدگی و استرس والدین گام برداشت و روابط والد فرزند را بهبود بخشید. در واقع در مطالعه کنونی ضمن آموزش برنامه فرزندپروری مادران یاد می‌گیرند در موقعیت‌های مختلف با فرزند خود چگونه رفتار کنند بنابراین توانایی خود را در فرزندپروری دیده، خودکارآمدی‌شان قوی‌تر شده در نتیجه درگیری آن‌ها با مشکلات کودکان کمتر شده، از استرس و تنیدگی - شان کاسته شد و با اتخاذ شیوه‌های مناسب‌تر فرزندپروری رابطه

ارتباطی بین والدین و کودکان مؤثر است. نتایج پژوهش با یافته‌های اصلی و همکاران (۱۳۹۵) و ناظمیان و شمس (۱۳۹۵) نیز همسو است. مطالعه تلگن و ساندرز^۱ (۲۰۱۳) نیز نشان داد برنامه فرزندپروری مثبت در سبک زندگی والدین، خودکارآمدی، رضایت - مندی والدین، سازگاری والدین، روابط والدین و مراقبت از کودک مؤثر است. همچنین نتایج فراتحلیل مرتبط حاکی از آن است که فرزندپروری مثبت اثرات قابل توجهی بر رابطه والد - کودک و ارتقاء سلامت کودک، والدین و خانواده دارد (ساندرز، کربا، تلگن و دای^۲، ۲۰۱۴). نتایج یادشده همگی با مؤید اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر ارتقاء رابطه والد-کودک می‌باشد.

نتیجه دیگر این پژوهش این است که آموزش این برنامه موجب کاهش تنیدگی والدینی مادران مورد می‌شود. همسو با یافته مذکور مطالعه دنفورث، هاروی، بولاسزک و مک‌کی^۳ (۲۰۰۶) نشان داد آموزش برنامه فرزندپروری مثبت به والدین کودکان مبتلا به بیش - فعالی / نقص توجه منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بهبود شیوه‌های فرزندپروری و کاهش استرس والدین می‌شود. همچنین مطالعه روشن‌بین، پوراعتماد و خوشابی (۱۳۸۶) نیز نشان دادند برنامه فوق منجر به بهبود تنیدگی والدینی می‌شود که نتایج فوق تا ۲ ماه پیگیری نیز همچنان باقی‌مانده بود. پژوهش تهرانی - دوست، شهرپور، علاقبندراد، محمودی قرائی (۱۳۸۷)، نیز به نتایج فوق را تأیید و نشان داد برنامه فرزندپروری مثبت توانایی والدین را در به کارگیری شیوه‌های تربیت فرزند بهبود داد و باعث کاهش افسردگی، اضطراب و تنیدگی والدین گردید. همچنین آموزش برنامه فرزندپروری مثبت در کاهش تنیدگی والدینی مادران کودکان آسیب‌دیدهٔ شنوایی مؤثر بوده است (علی‌اکبری‌دهکردی و همکاران، ۱۳۹۳). سایر پژوهش‌ها نیز حاکی از تأثیر این برنامه بر کاهش استرس والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم در اصفهان بود (صابری و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین مطالعه هاهلوگ، هنریچز و ناتومن^۴ (۲۰۱۰) نشان داد برنامه فرزندپروری مثبت در کاهش استرس والدگری و مشکلات رفتاری کودکان مؤثر است. بعلاوه جعفری، موسوی، فتحی‌آشتیانی و خوشابی (۱۳۸۹) نیز نشان دادند این برنامه به کاهش استرس والدگری مادران کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه منجر شده است. یافته‌های مطالعات سایر پژوهشگران نیز حاکی از کاهش تنیدگی والدینی در اثر بهره‌گیری از برنامه فرزندپروری مثبت و بهبود رابطه والد فرزند

^۷. Morawska, & Ramadewi, & Sanders

^۸. Strouda, Durbin, Saigal & Knobloch- Fedders

^۹. George

^{۱۰}. Gimpe & Holland

^{۱۱}. Sousa & Lyubomirky

^{۱۲}. Heiman & Berger

^۱. Tellegen, & Sanders

^۲. Sanders, Kirby, Tellegen, & Day

^۳. Danforth, Harvey, Ulaszcek & Mckee

^۴. Hahlweg, Heinrichs, & Naumann

^۵. Bar low, Powell, & Gilehrst

^۶. Morawska, Tometzki, & sanders

صابری، جواد و بهرامی‌پور، منصوره و قمرانی، امیر و یارمحمدیان، احمد (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر کاهش استرس والدگری مادران دارای کودکان مبتلابه اختلال اوتیسم. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵(۲)، ۶۹-۷۷.

علی‌اکبری‌دهکردی، مهناز و کاکوجویباری، علی‌اصغر و محتشمی، طیبه و یکدله‌پور، نرگس (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر تنیدگی والدینی در مادران کودکان با آسیب شنوایی. *دوماهنامه شنوایی‌شناسی*، ۲۳، ۱۱-۶.

غباری‌بناب، باقر و پرند، اکرم و موللی، گیتا و حسین‌خانزاده، عباس (۱۳۸۷). *بررسی میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در دبستان‌های شهر تهران*. گزارش تحقیقاتی، دانشگاه تهران، تهران.

ناظمی، فاطمه (۱۳۸۶). *اثربخشی آموزش برنامه مدیریت والدین بر روابط آزارنده والد - فرزندی و استرس مادران کودکان مبتلابه ADHD*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی. تهران.

ناظریان، عباس و شمس، زهرا (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش گروهی والدین مبتنی بر فرزندپروری مثبت با توجه به فرهنگ ایرانی بر پیشرفت تحصیلی و ارتباط مادر-کودک. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۵۹(۲)، ۱۲۴-۱۳۱.

American Psychiatric Association. (2013). *Highlights of Changes from DSM- to DSM-5*. American Psychiatric Publishing. 1-19.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: The predictive utility of executive function (EF) ratings versus EFtests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25(3), 157-173.

Bar low, J., Powell, L. Gilehrst, M. (2006) the influence of the training and support programme on the self- efficacy and psychological well-being of parents of children with disabilities : A controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 12(1), 55-63.

Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472.

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T. E., Frazier, E., & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am Journal Psychiatry*, 159, 36- 42.

والد-کودک نیز بهبود یافت. همچنین طی برنامه و آگاهی از ویژگی‌های کودکان، مادران ویژگی‌های فوق را کمتر استرس‌آور دانسته و در نتیجه منجر به کاهش تنیدگی والدینی و ارتقاء رابطه والد-کودک گردید؛ بنابراین در مجموع از یافته‌های فوق این‌گونه نتیجه‌گیری می‌شود که برنامه فرزندپروری مثبت می‌تواند باعث بهبود روابط والد-کودک و کاهش تنیدگی والدینی شود.

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که در پژوهش حاضر امکان آموزش هر دو والد فراهم نبود، لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر هر دو والد بررسی گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد روانشناسان و متخصصان از جمله روانشناسان و مشاوران مدارس استفاده از برنامه فرزندپروری مثبت را جزء برنامه‌های اصلی آموزش والدین قرار دهند.

منابع

اصلائی، خالد و وارسته، مرضیه و امان‌الهی، عباس (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد-کودک. *فهرنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۸)، ۱۸۳-۲۰۱.

تهرانی‌دوست، مهدی و شهریور، زهرا و محمودی‌قزائی، جواد و علاقبندراد، جواد. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش تربیت سازنده فرزندان به والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال چهاردهم، ۴، ۳۷۹-۳۷۱.

جعفری، بهناز السادات و موسوی، رقیه و فتحی‌آشتیانی، علی و خوشابی، کنایون (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲۴، ۴۹۷-۵۱۰.

جلالی، محسن و شعیری، محمدرضا و طهماسبیان، کارینه و پوراحمدی، الناز (۱۳۸۸). تأثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت (3P) بر کاهش علائم کودکان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)*، ۳۴، ۲۹-۳۸.

حسن‌زاده، سعید (۱۳۹۱). استرس والدینی در مادران دارای فرزند ناشنوا: نقش استفاده از کاشت حلزون شنوایی و سمعک. *روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۴۲(۱)، ۵۱-۶۲.

خوشابی، کنایون و پوراعتقاد، حمیدرضا (۱۳۸۱). بررسی میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و اختلال‌های همراه آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. گزارش تحقیقاتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران.

روشن‌بین، مهدیه و پوراعتقاد، حمیدرضا و خوشابی، کنایون (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۴-۱۰ ساله مبتلابه اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳(۱۰)، ۵۷۲-۵۵۵.

- Parenting Program for Aboriginal parents in Canada. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2287-2294.
- 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.
- Lewis, M. (2003). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook (3 ed)* Philadelphia: Lippincott & Willkins.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2002). Child psychopathology-New York: The guild ford press based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3(3), 183-189.
- McBurnett, K., & Pfiffner, L. (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder*. New York & London: Informa Healthcare.
- McKee, T. E., Harvey, E., Danforth, J. S., Ulaszek, W. R., & Firedman, J. L. (2004). The relation between parental coping styles & parent-child interactions before and after treatment with ADHD & oppositional behavior. *Journal of child & Adolescent Psychology*, 33(1), 158-168.
- Morawska, A., & Ramadewi, M., & Sanders, M. (2014). Using Epidemiological survey Data of Examine factors in fluencing participation in paxent-Training programs available. <http://www.pfsc.uq.edu.au>.
- Morawska, A., Tometzki, H., & sanders, M. (2014). An Evaluation of the Efficacy of a Triple p-positive parenting program podcast series. *Journal of Developmental and behavioral pediatrics*:10/1097.
- National Institute of Mental Health. (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder*. <http://www.nimh.nih.gov>.
- National Resource Center on AD/HD. (2005). *Children and adult with attention deficit/hyperactivity disorder*. www.help4adhd.org.
- Nikolas, M. A., & Burt, S. A. (2010). Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 1-17.
- Orte, C., Ballester, L. I., Oliver, J. L., Pascual, B., & Vives, M. (2013). Preventing Child Abuse: Results From the Application of a Positive Parenting Program. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84(9), 259-263.
- Rief, S. F. (2006). *How to reach and teach children with ADD/ ADHD. Practical techniques, strategies and intervention*, San Francisco: Wiley.
- Rogers, M., Hwang, H., Toplak, M., Weiss, M., & Tannock, R. (2011). Inattention, working memory, and academic achievement in
- Canu, W. H., Newman, M. L., Morrow, T. L., & Pope, D. L. (2008). Social appraisal of adult ADHD: Stigma and influences of the beholder's big five personality traits; adults; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; social bias; undergraduate Students; predictor variables personality traits. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 700-710.
- Chen, V. C., Yeh, C., Lee, T. C., Chou, J., Shao, W., Shih, D., Chen, C., & Lee, P. (2014). Symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and quality of life of mothers of school-aged children: The roles of child, mother, and family variables. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 30(12), 631-638.
- Crnicek, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Infant and Child Development*, 14, 117-132.
- Danforth, J. S., Harvey, E., Ulaszek, W. R., & McKee, E. T. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/ aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 188-205.
- George, M. E. (2004). *Relations between Parenting Styles and Children Social Status*. M.D Dissertation, Florida University.
- Gerard, A. B. (1994). *Parent-Child Inventory*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Gimpe, G. A., & Holland, M. L. (2002). *Emotional and behavioral problem of young children: Effective intervention in the preschool and kindergarten years*, New York: Guildford Press.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized Controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? *Child & Adolescent psychiatry & Mental Health*, (4), 4-14.
- Hale, J. B., Reddy, L. A., Semrud-Clikeman, M., Hain, L. A., Whitaker, J., Morley, J., Lawrence, K., Smith, A., & Jones, N. (2011). Executive impairment determines ADHD medication response: Implications for academic achievement. *Journal of Learning Disabilities*, 44, 196-221.
- Heiman, T., & Berger, O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 29(4), 289-300.
- Houlding, C., Schmidt, F, Stern, S. B., Jamieson, J., & Borg, D. (2012). The perceived impact and acceptability of Group Triple P Positive

- Sousa, L., & Lyubomirky, S. (2001). *Life satisfaction*. In J. Worell (Ed), Encyclopedia of women and gender: sex similarities and differences and the impact of society on gender, 2, 667-676. San Diego, Ca. Academic Press.
- Spratt, E. G., Saylor, C. F., & Macias, M. M. (2007). Assessing Parenting Stress in Multiple Samples of children with special needs. *Families Systems, & Health, 25 (4), 435-449*.
- Stoneman, Z., & Gavidia-Payne, S. (2006). Marital adjustment in families of young children with disabilities: Associations with daily hassles and problem-focused coping. *Journal Information, 111(1), 126-138*.
- Strouda, C. B., Durbin, C. E., Saigal, S. D., & Knobloch-Fedders, L. M. (2010). Normal and abnormal personality traits are associated with marital satisfaction for both men and women: An actorpartner interdependence model analysis. *Journal of Research in Personality, 44 (4), 466-477*.
- Tellegen, C. L., & Sanders, M. (2013). Stepping stones Triple p-positive parenting program for children with disability: n systematic Review and Meta- analysis. *Research in developmental Disabilities, 1556-1571*.
- Turner, K. M., & Sanders, M. R. (2006). Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behavior Therapy, 37(2), 131-142*.
- Turnbull, R., Turnbull, A., Shank, M., Smith, S., & Leal, D. (2002). *Exceptional Lives: Special education in today's schools*. NJ: Donelley & Sons Company.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Monuteaux, M., Prince, J., & Spencer, T. J. (2002). Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 23, 531-537*.
- adolescents referred for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychology, 17(5), 444-458*.
- Sanders, M. R. (2003_a). The translation of evidence-based parenting program in to regular clinical services. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2(3), 1-4*.
- Sanders, M. R. (2003_b). Triple p-positive parenting program: A population Approach to promoting competent parenting. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2 (3), 127-143*.
- Sanders, M. R. (2005). *Triple P: A Multi- Level System of Parenting Intervention: a Workshop Participant Notes*. The University of Queensland: Brisbane, Australia.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review, 34(4), 337-357*.
- Sanders, M. R., & McFarland, M. C. (2006). Treatment of depressed mothers with disorder children: A-controlled Elevation of Cognitive Behavior Therapy, *31(1), 89-112*.
- 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*.
- Sanders, M. R., & Prinze, R. J. (2005). "The Triple p system", A multi-level evidence-based, population approach to the prevention and treatment of behavioral and emotional problems in children. *Journal the Register Report, 31, 42-46*.
- Sepehrmanesh, Z. (2017). Mothers mental health of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Psychiatry, 41, S224*.
- Shelton, T. L. (2003). *Attention deficit/hyperactivity disorders*. In M. Roberts (Ed). Handbook of pediatric psychiatry. New York: the Guildford press.
- Shimoni, M., Engel-Yeger, B., & Tirosh, E. (2012). Executive dysfunctions among boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Performance-based test and parents report. *Research in Developmental Disabilities, 33(3), 858-865*.
- Shinn, M. M. (2013). Parent-child interaction therapy with a deaf and hard of hearing family. *Clin Case Stud, 12(6), 411-427*.