

# اثر بخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر استرس فرزندپروری مادران کودکان کم توان ذهنی

تاریخ پذیرش مقاله : ۹۲/۶/۱۲

تاریخ دریافت مقاله : ۹۲/۵/۲۹

محبوبه رفیعی \*

دکتر علی فتحی آشتیانی \*\*

دکتر علی اکبر سلیمانی \*\*\*

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش فرزندپروری مثبت بر استرس فرزندپروری مادران کودکان کم توان ذهنی اجرا شد. با استفاده از روش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل مادران ۳۰ کودک کم توان ذهنی دختر که در مقطع پیش دبستانی، اول و دوم ابتدایی مدارس استثنایی شهر تهران مشغول به تحصیل بودند، به صورت در دسترس از دو مدرسه انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت قرار گرفتند و شرکت کنندگان به وسیله ی مقیاس استرس فرزندپروری آیدین در دو مرحله ( قبل از مداخله و بعد از مداخله ) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان دادند که اجرای برنامه ی آموزشی منجر به کاهش معنادار استرس فرزندپروری مادران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. با توجه به نتیجه به دست آمده پیشنهاد می شود درمانگران با انجام این مداخلات، گام موثری در جهت کاهش استرس مادران کودکان کم توان ذهنی بردارند.

**واژه های کلیدی:** برنامه فرزندپروری مثبت، استرس فرزندپروری، مادر، کودکان کم توان ذهنی

E-mail:

\* دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ

[rafiei.ma@yahoo.com](mailto:rafiei.ma@yahoo.com)

E-mail:

\*\* مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)

[afa1337@gmail.com](mailto:afa1337@gmail.com)

E-mail: [solaymani64@yahoo.com](mailto:solaymani64@yahoo.com)

\*\*\* گروه روانشناسی، دانشگاه علم و فرهنگ

## مقدمه

نارسایی های رشدی<sup>۴</sup> به مفهوم وجود نقصان در مهارت های طبیعی و توالی رشدی است که می تواند مانع استقلال و رشد عادی کودک شود (ماتسون، فودستاد و بویسجولی، ۲۰۰۸). کودکان با نارسایی های رشدی از جهات مختلف در گروه های ناهمگون قرار می گیرند (ماتسون، ماهان و لولو، ۲۰۰۹). با این حال، ویژگی های مشترکی بین آنها وجود دارد که شامل اشکالاتی در ادراک، زبان، مهارت های اجتماعی، حافظه و مهارت های حرکتی است. همچنین ممکن است این کودکان دارای مشکلات هیجانی، نشانه های فزون کنشی کم توجهی (لیندبلاد، گیلبرگ و فرنل، ۲۰۱۱) و نقص در توانمندی های شناختی و رفتار سازشی باشند (ترمبلای، ریچر، لچنس و کوت، ۲۰۱۰).

همراه با رشد این کودکان، مشکلات رفتاری زودتر آغاز می گردد و با گذشت زم آن توسعه می یابد (گرین، اوریلی، ایتچون و سیگافوس، ۲۰۰۵). بعلاوه این کودکان در معرض خطر بیشتری برای بروز آسیب های روانشناختی (هورویتر و همکاران، ۲۰۱۱)، اختلالات رفتار ایدائی و اختلالات روانپزشکی قرار دارند (اینفلد و همکاران، ۲۰۰۶).

ازجمله شایع ترین و شدید ترین نارسایی های رشدی کم توانی های ذهنی<sup>۵</sup> است (میرباک و تترچنر، ۲۰۰۸). تولد کودک کم توان ذهنی مستلزم بازبینی نقش ها، فعالیت ها، وظایف همسری، تخصیص منابع مالی و دامنه وسیعی از رفتار های جدید برای برآورده کردن نیازهای آنهاست (بلاچر و بیکر، ۲۰۰۷).

در این دوره از زندگی پدر و مادر کودکان کم توان بیشتر از کودکان عادی با موقعیت های پیچیده و دشوار رو به رو می شوند (سورسی، نوتا و فراری، ۲۰۰۶). نارسایی ها، تاخیرهای رشدی، بیماری های مزمن و دیگر نیازهای ویژه کودکان، سطح استرس تجربه شده والدین را تحت تاثیر قرار می دهد و منجر به بروز واکنش های نامطلوب روانی و فیزیولوژیکی ناشی از تلاش برای انطباق با شرایط جدید می شود (جینینگز و دیتس، ۲۰۰۷).

هاسال، رز و مک دونالد (۲۰۰۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که والدین کودکان استثنایی بیشتر از والدین کودکان عادی استرس افراطی، روابط اجتماعی محدود و افسردگی نشان می دهند. یکی از عوامل ایجاد کننده استرس آنها احساس درماندگی یا احساس عدم کنترل است (لیولین، مک کانل، گتینگ، کنت و کندینگ، ۲۰۱۰).

در مقایسه با زمانی که پدران، مراقبت کننده کودک کم توان هستند مادران حساسیت بیشتری نسبت به گسترش مشکلات در سلامت جسمی و بهزیستی عمومی نشان می ده ند، از استرس فرزندپروری<sup>۶</sup> بیشتری رنج می برند (الیک، لارسون و اسمچ، ۲۰۰۶) و از سلامت روانشناختی پایین تری برخوردار هستند (نریمانی، آقا محمدیان و رجبی، ۱۳۸۶؛ کیمیایی، محرابی و میرزائی، ۱۳۸۹).

یکی از مسایلی که منجر به افزایش سطح اضطراب و استرس مادران کودکان کم توان ذهنی می شود، مشکلات رفتاری و خواب کودکان آنهاست (چو و ریچدال، ۲۰۰۹). مسئله دیگری که مادران این کودکان تجربه می کنند عدم توانمندی در مدیریت خود و کودک، عدم توانمندی در برقراری ارتباط اثربخش با کودک و دیگران (تنبیه بدنی، ملاحظه بیش از حد دیگران و ایزوله کردن خود و کودک)، عدم استفاده از مکانیزم های حل مساله در برخورد با

<sup>۴</sup> Developmental disabilities

<sup>۵</sup> Mentally disabled

<sup>۶</sup> Parenting stress

مشکلات است (محمدخان کرمانشاهی، ونکی، احمدی، آزاد فلاح و کاظم نژاد، ۱۳۸۵).

همچنین تعاملات خافوادگی ضعیف، شامل فرزندپروری بی ثبات و مبتنی بر تنبیه، نگرش فرزندپروری طرد کننده یا سرد، قوانین سخت و ناپایدار، نظارت ناکافی والدین، دلبستگی نا ایمن و فقدان ارتباط مثبت با او به عنوان عوامل پیش بینی کننده خطر در نظر گرفته می شوند (لنگوا، هونرادو و باش، ۲۰۰۷) و به طور کلی کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای پر خاشگرانه قرار می دهند (وبستر، ۲۰۰۵).

بر اساس پژوهش های انجام شده اولین اولویت خدمت رسانی به این والدین، اطلاع رسانی و آموزش است (هویر، دیتریچ، گوجینی و بارک، ۲۰۰۵). آنها از افراد متخصص می خواهند تا در جهت افزایش مهارت هایشان به آنها کمک کنند تا قادر به مدیریت شرایط دشوار باشند (جیمز، ۲۰۱۳).

یکی از انواع مداخلاتی که می تواند در این راستا گام بردارد آموزش والدین است. آموزش والدین سهم بسیاری در افزایش تعاملات مثبت والدین و کودک و کاهش رفتارهای مخرب دارد (ای برگ، نلسون و بوگز، ۲۰۰۸) و کیفیت زندگی خانواده های با کودک کم توان را بهبود بخشیده و باعث افزایش دانش اصول آموزشی، رضایت و بهزیستی آنها شده است (سورسی و نوتا، ۲۰۰۷). یکی از انواع برنامه های آموزش والدین برنامه فرزندپروری مثبت<sup>۷</sup> (Triple p) است، که برنامه ای چند سطحی با جهت گیری پیشگیرانه و راهبرد حمایتی خانواده است. این برنامه توسط ساندرز و همکاران در دانشگاه کویزلند دربریسبان استرالیا ایجاد شده است (ساندرز، مارکی ددز و ترنر، ۲۰۰۳). هدف این برنامه افزایش اعتماد به نفس والدین، مهارت ها و دانش آنهاست و به منظور کاهش شیوع مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان و نوجوانان طراحی شده است (ساندرز، ۲۰۰۸). مادرانی که تحت آموزش برنامه فرزندپروری مثبت قرار گرفته اند پیشرفت های قابل توجهی در فرزندپروری، اعتماد به نفس والدینی و کاهش استرس فرزندپروری نشان داده اند. همچنین پیگیری یکساله مشخص کرده که تاثیرات این برنامه بر تقویت شایستگی های فرزندپروری مادران و بهبود رفتار کودکان پایدار بوده است (بودنمن، کینا، لیدرمن و ساندرز، ۲۰۰۸). همچنین این برنامه در کاهش رفتارهای منفی کودکان پیش دبستانی با نارسایی های رشدی، بهبود حس صلاحیت و رضایت از نقش فرزندپروری والدین آنها، به موفقیت های قابل توجهی دست یافته است (پلنت و ساندرز، ۲۰۰۷).

در نهایت با توجه به تحقیقات مطرح شده در مورد بروز و پیشرفت مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی و تاثیر آن بر افزایش استرس فرزندپروری مادران پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال بود که برنامه فرزندپروری مثبت چه تاثیری بر کاهش استرس فرزندپروری مادران کودکان کم توان ذهنی دارد؟

## روش

پژوهش حاضر جزء پژوهش های شبه آزمایشی است. طرح به کار رفته در این مطالعه از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه پژوهش در بپ گیرنده ی تمامی مادران کودکان کم توان ذهنی است که در مقطع اول، دوم و سوم ابتدایی در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ در شهر تهران مشغول به تحصیل بودند. از این جامعه به روش نمونه گیری در دسترس، نمونه ای مشتمل از مادران ۳۰ کودک کم توان ذهنی که ملاک های ورود به پژوهش را دارا بودند از دو مدرسه انتخاب و پس از اعلام رضایت برای شرکت داوطلبانه در طرح پژوهشی به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. لازم به ذکر است از گروه آزمایشی یک نفر از مادران به دلیل مشکلات شخصی از ادامه جلسات بازماند، دو نفر از مادران بیش از یک جلسه غیبت داشتند در نتیجه

<sup>۷</sup> Positive Parenting Program

داده‌های حاصل از آنها وارد تحلیل نشد. از بین ۱۵ نفر گروه کنترل ۳ نفر به دلایل شخصی از ادامه همکاری با پژوهش منصرف شدند و در مرحله پس از آزمون شرکت نکردند.

ابزار پژوهش: در این پژوهش، از ابزار و برنامه آموزشی زیر استفاده شده است:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: شامل برخی مشخصه‌های فردی مادران مانند سن، تحصیلات و شغل بود. مشخصه‌های فردی کودکان نیز سن و مقطع تحصیلی بود که توسط پژوهشگران تدوین شد.

شاخص استرس فرزندپروری: شاخص استرس فرزندپروری توسط آبهین ساخته شده است. پرسشنامه ای است که بر اساس آن می‌توان اهمیت استرس در نظام والدین - کودک را ارزشیابی کرد و براین اصل مبتنی است که استرس والدین می‌تواند از پاره‌ای از ویژگی‌های کودک، برخی خصیصه‌های والدین و یا موقعیت‌های متنوعی که با ایفای نقش والدگری به طور مستقیم مرتبط هستند ناشی شود. شکل شاخص استرس فرزندپروری در پژوهش حاضر به عنوان شکل بازنگری شده پیشین است که تصحیح آن آسان تر و مواد آن کمتر است. این بازنگری مواد شاخص استرس فرزندپروری را از ۱۵۰ ماده به ۱۰۱ ماده کاهش داده و ۱۹ ماده اختیاری نیز به عنوان ((مقیاس استرس زندگی)) به آن افزوده شده است. شیوه نمره‌گذاری به روش لیکرت بر حسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ انجام می‌شود. پرسشنامه دارای دو قلمرو کودکی (۴۷ ماده) و قلمرو والدینی (۵۴ ماده) است، که قلمرو کودکی شامل زیرمقیاس - های سازش‌پذیری<sup>۱</sup> (۱۱ ماده)، پذیرندگی<sup>۲</sup> (۷ ماده)، فزون‌طلبی<sup>۳</sup> (۹ ماده)، خلق<sup>۴</sup> (۵ ماده)، کم‌توجهی فزون‌کنشی<sup>۵</sup> (۹ ماده) و تقویت‌گری<sup>۶</sup> (۶ ماده) می‌شود و قلمرو والدین شامل زیرمقیاس‌های افسردگی<sup>۷</sup> (۹ ماده)، دلبستگی<sup>۸</sup> (۷ ماده)، محدودیت‌های نقش<sup>۹</sup> (۷ ماده)، حس‌صلاحیت<sup>۱۰</sup> (۱۳ ماده)، انزوای اجتماعی<sup>۱۱</sup> (۶ ماده)، روابط با همسر<sup>۱۲</sup> (۷ ماده)، سلامت والد<sup>۱۳</sup> (۵ ماده) و مقیاس اختیاری استرس زندگی<sup>۱۴</sup> (۱۹ ماده) می‌شود (دادستان، ۱۳۸۶). نتایج الفای کرونباخ در تحقیق خرم‌آبادی، پوراعتماد، طهماسبیان و چیمه (۱۳۸۸) برای پدران و مادران مورد مطالعه برای نمره کلی در قلمرو والدینی به ترتیب از ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ و برای نمره کلی در قلمرو کودکی از ۰/۸ تا ۰/۸۴ به دست آمد. پایایی آزمون - بازآزمون استرس فرزندپروری در فاصله زمانی ۳ ماه در نمونه بالینی متشکل از ۳۰ مادر ۰/۹۱ برای نمره کلی قلمرو والدینی و ۰/۶۳ برای نمره کلی قلمرو کودکی بود.

## محتوای برنامه آموزشی

<sup>۱</sup> Adaptability

<sup>۲</sup> Acceptability

<sup>۳</sup> Demandingness

<sup>۴</sup> Mood

<sup>۵</sup> Hyperactivity /distractibility

<sup>۶</sup> Child reinforces the parent

<sup>۷</sup> Depression

<sup>۸</sup> Attachment

<sup>۹</sup> Restrictions of role

<sup>۱۰</sup> Sense of competence

<sup>۱۱</sup> Social isolation

<sup>۱۲</sup> Relationship with spouse

<sup>۱۳</sup> Parental health

<sup>۱۴</sup> Life Stress Scale

یکی از انواع برنامه های آموزش والدین برلحه فرزندپروری مثبت (Triple p) است، که برنامه ای چند سطحی با جهت گیری پیشگیرانه و راهبرد حمایتی خانواده است. این برنامه توسط ساندرز و همکاران در دانشگاه کوپلند دربریسبان استرالیا ایجاد شده است (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۳). این برنامه یک مدل توانمند سازی است که خود تنظیمی والدین و پذیرش مسئولیت های فرزندپروری را تشویق می نماید (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۸). در این برنامه با استفاده از اصول تقویت و پرداختن به پیوند عاطفی والد-کودک و به وسیله بالا بردن دانش و اعتماد به نفس والدین (ویگینز و سوفرونوف و ساندرز، ۲۰۰۹)، کاهش قابل توجهی در مشکلات رفتاری کودکان و بهبود قابل توجهی در سبک های فرزندپروری والدین ایجاد کرده است (ویتینگهام، سوفرونوف، شفیلد و ساندرز، ۲۰۰۹). همچنین در کاهش نقایص عملکردی والدین در اجرای نظم و انضباط، کاهش پریشانی والدین، استرس، خشم و تعارضات والدین در تربیت فرزند به موفقیت های قابل توجهی دست یافته است (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۸). این برنامه شامل ۸ جلسه است که از ۴ جلسه گروهی ۲ ساعته و ۳ یا ۴ جلسه تلفنی پیگیری ۱۵ تا ۳۰ دقیقه ای تشکیل شده است، جلسه آخر می تواند جلسه تلفنی یا جلسه گروهی باشد (ترنر، مارکی ددز و ساندرز، ۲۰۰۲). محتوای جلسات برنامه فرزندپروری مثبت به شرح زیر است:

جلسه اول (فرزندپروری مثبت): در این جلسه شرکت کنندگان با یکدیگر آشنا می شوند، از اهداف و محتوای برنامه آگاهی می یابند، همچنین قوانین گروه مورد بحث قرار می گیرد، در مورد ماهیت و ویژگی های کم توانی ذهنی توضیح داده می شود و علت های مشکلات رفتاری کودکان برای مادران تشریح می شود. هم چنین مادران تشویق می شوند که به مشاهده و ردیابی یک یا دو رفتار مشکل دار کودک خود پرداخته و اهدافی برای تغییر رفتار کودکشان تعیین کنند.

جلسه دوم (ارتقاء رشد کودک): در این جلسه راهبرد هایی برای ایجاد ارتباط مثبت با کودک (زمان کیفی، صحبت کردن با کودک و نشان دادن محبت به کودک)، راهبرد هایی برای افزایش رفتار های مورد انتظار (تحسین، توجه کردن و انتخاب فعالیت های مناسب سن و سرگرم کننده برای کودک) و راهبرد هایی جهت یاددهی رفتارها و مهارت های جدید به کودک (آموزش اتفافی، تکنیک پرس، بگو، انجام بده) به مادران آموزش داده می شود. جلسه سوم (مدیریت رفتارناکارآمد): در این جلسه درباره ی راهبرد هایی برای مدیریت رفتار دشوار و مشکل دار کودک (قانون گذاشتن، بحث جهت دار، دستور دادن مستقیم و روشن، نادیده گرفتن برنامه ریزی شده، پیامد منطقی، محروم سازی و زمان سکوت) به مادران آموزش داده می شود.

جلسه چهارم (برنامه ریزی): در این جلسه درباره ی اصول بقای خانواده و شناسایی موقعیت های پرخطر خانه و بیرون از خانه به مادران آموزش داده می شود.

جلسه پنجم، ششم، هفتم (جلسات تلفنی): در این سه جلسه که به صورت تلفنی برگزار شد به مرور موضوعات و تکالیف جلسات قبل پرداخته می شود، مادران تشویق می شوند تا در صورت نیاز از خانواده، دوستان یا اعضای گروه درخواست کمک داشته باشند همچنین مشکلات فرزندپروری را با دریافت کمک از رهبر گروه بر طرف سازند. جلسه هشتم (چگونگی حفظ تغییرات مثبت): در این جلسه درباره ی تغییرات مثبتی که از زمان شروع برنامه فرزندپروری مثبت ایجاد شده است تبادل نظر می شود و درباره موانع نگهداری تغییر و چگونگی حفظ تغییرات مثبت به مادران آموزش داده می شود.

لازم به ذکر است که در ابتدای هر جلسه در مورد تکالیف منزل و مشکلاتی که در اجرای تمرینات با آن مواجه شده بودند، بحث شده و با رفع مشکلات و سوالات احتمالی به موضوعات جدید پرداخته می شد. در پایان هر جلسه تکالیف لازم مربوط به آن جلسه و مطالب جلسه به صورت تایپ شده، جهت تمرین در منزل به مادران داده

می شد. در مورد مادران گروه کنترل هیچ گونه مداخله آموزشی - درمانی انجام نشد و فقط در پیش آزمون و پس آزمون شرکت کردند. پس از اتمام جلسات آموزشی، پرسشنامه استرس فرزندپروری مجدداً توسط مادران هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. در نهایت داده های قبل و بعد از آموزش به کمک برنامه کامپیوتری اس پی اس اس و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته ها

داده های جمعیت شناختی حاصل نشان داد، مادران شرکت کننده در این پژوهش همگی خانه دار و دارای تحصیلات سیکل تا لیسانس بودند. میانگین سن آنها ۳۷/۸۳ با انحراف استاندارد ۴/۲۱ (میانگین گروه آزمایش ۳۶/۹۱ با انحراف استاندارد ۴/۶ و میانگین گروه کنترل ۳۸/۷۵ با انحراف استاندارد ۳/۷۶) و میانگین سن کودکان آنها ۱۰/۷۵ با انحراف استاندارد ۲/۵۴ (میانگین سن کودکان مادران گروه آزمایش ۱۰/۵ با انحراف استاندارد ۲/۲۷ و میانگین سن کودکان مادران گروه کنترل ۱۱ با انحراف استاندارد ۲/۸۶) بود. آزمون t مستقل نشان داد، تفاوت معناداری بین میانگین سن مادران گروه کنترل و گروه آزمایش همچنین بین میانگین سن کودکان گروه کنترل و گروه آزمایش وجود نداشت. داده های توصیفی حاصل از مقیاس استرس فرزندپروری در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص های توصیفی گروه آزمایش و کنترل در مقیاس استرس فرزندپروری

م‌تغییر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
استرس فرزندپروری	آزمایش	پیش آزمون	۲۹۵/۸۳	۲۷/۵۷
		پس آزمون	۲۸۳/۳۳	۳۲/۹۹
	کنترل	پیش آزمون	۲۹۲/۸۳	۴۵/۴۴
		پس آزمون	۳۱۶/۶۶	۴۴/۲۲

به منظور بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر استرس فرزندپروری مادران کودکان کم توان ذهنی و خرده مقیاس های آن از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد، به این دلیل که این آزمون می تواند اثر احتمالی پیش آزمون را بر نتایج خنثی کند قبل از استفاده از این روش، بایستی از وجود همگنی واریانس درون گروهی اطمینان حاصل کرد. به همین منظور برای بررسی همگنی واریانس درون گروهی از آزمون لون استفاده شد. به این که مقدار F لون (طبق داده های جدول شماره ۲) در سطح  $p < 0/05$  معنادار نبود، بنابراین مفروضه همگنی واریانس داده ها تایید می شود، در نتیجه می توان از تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده نمود.

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس درون گروهی داده ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
استرس فرزندپروری	۰/۱۶۹	۱	۲۲	۰/۶۶۲
قلمرو کودک	۳/۸۳۲	۱	۲۲	۰/۰۶۳
قلمرو والد	۰/۸۷۱	۱	۲۲	۰/۳۶۱

۰/۳۸۸	۲۲	۱	۰/۷۷۴	بی توجهی - فزون کنشی
۰/۳۹	۲۲	۱	۰/۷۷	تقویت گری
۰/۵۷۹	۲۲	۱	۰/۳۱۷	خلق کودک
۰/۹۵۸	۲۲	۱	۰/۰۰۳	پذیرندگی
۰/۴۲۷	۲۲	۱	۰/۶۵۴	سازش پذیری
۰/۲۳۵	۲۲	۱	۱/۴۹	فزون طلبی
۰/۱۸۷	۲۲	۱	۱/۸۵۵	حس صلاحیت
۰/۲۲۲	۲۲	۱	۱/۵۸۲	دل بستگی
۰/۶۲۷	۲۲	۱	۰/۲۴۳	محدودیت های نقش
۰/۱۱۳	۲۲	۱	۲/۷۱۸	افسردگی
۰/۴۰۲	۲۲	۱	۰/۷۳	روابط با همسر
۰/۰۹۳	۲۲	۱	۳/۰۸۶	انزوای اجتماعی
۰/۱۱۳	۲۲	۱	۲/۷۲۱	سلامت والد

نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که میزان استرس فرزندپروری مادران گروه آزمایش بعد از شرکت در دوره آموزشی فرزندپروری مثبت نسبت به مادران گروه کنترل کاهش معناداری نشان داده است ( $p < 0/05$ )،  $F(1, 21) = 83/224$ . همچنین مقایسه میزان استرس فرزندپروری در دو گروه آزمایش و کنترل کاهش معناداری در خرده مقیاس های قلمرو کودک ( $p < 0/05$ )،  $F(1, 21) = 42/02$  و قلمرو والد ( $p < 0/05$ )،  $F(1, 21) = 30/634$  نشان داد. لذا می توان نتیجه گرفت که آموزش فرزندپروری مثبت در کاهش استرس فرزندپروری، قلمرو کودک و قلمرو والد موثر بوده است (جدول شماره ۳).

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر استرس فرزندپروری

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
استرس فرزندپروری	۷۹۱۵/۴۸۸	۱	۸۳/۲۲۴	۰/۰۰۰۱
قلمرو کودک	۱۲۸۴/۴۹۶	۱	۴۲/۰۲	۰/۰۰۰۱
قلمرو والد	۲۳۵۳/۱۷۹	۱	۳۰/۶۳۴	۰/۰۰۰۱

با توجه به داده های جدول شماره ۵، مقایسه ی میزان استرس فرزندپروری در دو گروه آزمایش و کنترل کاهش معناداری در خرده مقیاس های خلق کودک ( $p < 0/05$ )،  $F(1, 21) = 5/338$ ، فزون طلبی ( $p < 0/05$ )،  $F(1, 21) = 24/324$ ، حس صلاحیت ( $p < 0/05$ )،  $F(1, 21) = 15/967$  و افسردگی ( $p < 0/05$ )،  $F(1, 21) = 15/312$  نشان می دهد. در حالی که در خرده مقیاس های بی توجهی - فزون کنشی، تقویت گری، پذیرندگی، سازش پذیری، دل بستگی، محدودیت های نقش، روابط با همسر، انزوای اجتماعی و سلامت والد تفاوت معناداری به وجود نیامده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر خرده مقیاس های استرس فرزندپروری

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
--------------------	---------------	------------	---	--------------

بی توجهی - فزون کنشی	۴۵/۳۳۳	۱	۳/۶۷	۰/۰۶۹
تقویت گری	۲/۷۷۹	۱	۰/۵۲۱	۰/۴۷۸
خلق کودک	۲۷/۱۰۳	۱	۵/۳۶۸	۰/۰۳۱
پذیرندگی	۶/۰۱۸	۱	۲/۹۰۶	۰/۱۰۳
سازش پذیری	۴۵/۷۰۵	۱	۳/۰۷۳	۰/۰۹۴
فزون طلبی	۸۲/۱۳۴	۱	۲۴/۳۲۴	۰/۰۰۰۱
حس صلاحیت	۲۱۳/۵۵۱	۱	۱۵/۹۶۷	۰/۰۰۱
دلبستگی	۴۵/۵۸	۱	۳/۳۳۱	۰/۰۸۲
محدودیت های نقش	۳۶/۰۴۳	۱	۳/۱۴۸	۰/۰۹۱
افسردگی	۲۳۹/۶۹۸	۱	۱۵/۳۱۲	۰/۰۰۱
روابط با همسر	۱۰/۸۷۵	۱	۳/۶۲۶	۰/۰۷۱
انزوای اجتماعی	۹/۶۶۷	۱	۱/۲۳۷	۰/۲۷۹
سلامت والد	۳/۲۵۹	۱	۱/۳۸۴	۰/۲۵۳

#### بحث

نتایج پژوهش نشان داد که شرکت در برنامه آموزش فرزندپروری مثبت، استرس فرزندپروری مادران کودکان کم توان ذهنی را کاهش می دهد. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش های ترنر و ساندرز (۲۰۰۶)، بودنمن و همکاران (۲۰۰۸) که برنامه آموزش فرزندپروری مثبت را در کاهش استرس فرزندپروری موثر دانسته اند منطبق است و نیز با نتایج پژوهش های فرزند فرد و هومن (۱۳۸۷)، آجیل چی، برجعلی و جان بزرگی (۱۳۹۰) که آموزش مهارت های فرزندپروری را در کاهش استرس فرزندپروری تاثیر گذار دانسته اند هماهنگ است.

در تبیین اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر کاهش استرس فرزندپروری مادران کودکان کم توان ذهنی در پژوهش حاضر می توان به عوامل زیر اشاره کرد:

مادران کودکان کم توان ذهنی با تقبل مسئولیت بیش از اندازه در طول زندگی از جان مایه می گذارند که نتیجه آن تحمل استرس زیاد، احساس ناامیدی و غم و اندوه است (محمد خان کرمانشاهی و همکاران، ۱۳۸۵). در این برنامه آموزشی آنان با فراگیری شیوه های مطلوب مراقبت از خود (جلب حمایت خانواده و دوستان، پرداختن به امور مورد علاقه به تنهایی، با همراهی همسر و یا دوستان، اختصاص زمان استراحت) که یکی از اصول اساسی برنامه فرزندپروری مثبت است، در جهت برآوردن نیازهای خود اقدام می نمایند. به نظر می رسد این امر آرامش و توانمندی مادران را در برخورد با مشکلات رفتاری کودکان افزایش داده و منجر به کاهش استرس فرزندپروری آنها شده باشد.

طبق نظر لازاروس (۲۰۰۰) مداخله آموزشی می تواند با تصحیح بازخوردها و ادراک هایی که مادران نسبت به رفتارهای دشوار فرزندان داشته اند کاهش استرس و مشکلات رفتاری کودک را به دنبال داشته باشد. همسو با نظر وی در برنامه فرزندپروری مثبت والدین تشویق می شوند افکار منفی خود را در مورد فرزندشان تغییر دهند به عنوان مثال به جای این فکر که فرزندشان هرگز یاد نمی گیرد فکر کنند که آنها به زمان بیشتری برای یادگیری نیاز دارند و این گونه به انتظارات واقع بینانه تری نسبت به توانمندی های فرزندشان دست یابند (سوفرونوف و همکاران، ۲۰۱۱). به نظر می رسد ایجاد تغییر در نگرش، باورها و افکار مادران نسبت به فرزند کم توان ذهنی منجر



به تصحیح ادراک ها و واکنش های آنها شده ارتباط مطلوب تری را میان مادر و فرزند ایجاد کرده است. که این مهم خود زمینه‌ی کاهش استرس فرزندپروری مادران را فراهم نموده است.

بیکر و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند مشکل رفتاری کودک بیشتر از ناتوانی کودک برای مادر استرس زا است. به نظر می‌رسد برنامه فرزندپروری مثبت با ترغیب مادران به کاربرد قوانین و ساختارهای قاطعانه، استفاده از روش‌های تصحیح رفتار و به کارگیری اصول کنترل رفتار توانسته است مشکلات رفتاری کودکان را کاهش داده و در نهایت کاهش استرس فرزندپروری مادران را در پی داشته باشد.

از نظر پری (۲۰۰۵) سطح وابستگی کودک مبتلا به اختلالات رشدی در زمینه مهارت های خودیاری به طور بالقوه می‌تواند عامل ایجاد استرس در خانواده باشد. با توجه به این مهم به نظر می‌رسد مادران با استفاده از راهبردهای شکل دهی رفتارهای جدید (استفاده از یک مثال خوب، آموزش اتفافی، تکنیک پرس، بگو، انجام بده و چارت رفتار) که یکی از راهبردهای مهم در برنامه فرزندپروری مثبت است توانسته اند در جهت تحول مهارت و استقلال کودکان گام بردارند.

عامل دیگر، برگزاری گروهی جلسات آموزشی است. در جلسات آموزشی گروهی، مادران با مطرح ساختن مشکلات، تجربیات، پیشنهادات سازنده و راه کارها، احساس همدلی، حمایت و پذیرش گروه و درمانگر را دریافت می‌کنند. از نظر آقا یوسفی و دهستانی (۱۳۹۰) حمایت اجتماعی برای افراد تحت استرس سودمند است و مانند سپری مانع نفوذ استرس بر فرد می‌شود. با توجه به این امر، به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی نیز توانسته است در کاهش استرس فرزندپروری موثر باشد.

همچنین نتایج تحلیل خرده مقیاس های شاخص استرس فرزندپروری نشان داد که کاهش نمرات در قلمرو کودک در خرده مقیاس های فزون طلبی و خلق کودک و در قلمرو والد خرده مقیاس های افسردگی و احساس صلاحیت معنادار است. به عبارت دیگر برنامه فرزندپروری مثبت توانسته است کاهش معنا داری در دو ویژگی استرس زای کودک شامل: فزون طلبی و خلق همچنین در دو ویژگی استرس زای مادر شامل: افسردگی و احساس صلاحیت ایجاد نماید و منجر به کاهش استرس فرزندپروری مادران شود.

فزون طلبی به فشاری اشاره دارد که کودک به طور مستقیم بر والدین خود، اعمال می‌کند. این رفتارها بیشتر به صورت ارتکاب عمل بروز می‌کنند و مقابله‌ی یکی از والدین با چنین رفتارهای استرس زایی با مخالفت آشکار، پرخاشگری، سلطه جویی و طلب توجه و خدمت از سوی کودک مواجه می‌شود. اگر این ویژگی کودک با پاره ای از حالات خلقی همراه باشد، به صورت گریه‌ی مفرط، کنار کشیدن خود و افسردگی آشکار می‌شود. والدین معمولاً چنین رفتارهایی را در چارچوب اضطراب یا برانگیختگی خشم تجربه می‌کنند (دادستان، ۱۳۸۶). بالا بودن نمره فزون طلبی نشان دهنده آن است که والدین خواسته های کودک را افراطی می‌دانند. این خواسته ها ممکن است به گونه های متفاوت مانند نق زدن، درآویختن جسمانی به والدین، کمک طلبی مکرر و یا فراوانی مسائل رفتاری کم اهمیتیت آشکار شوند (راس، ۱۹۸۹). به نقل از دادستان، (۱۳۸۶). با توجه به این که رویکرد برنامه مداخله ای مورد استفاده در این پژوهش مرکب از مدیریت استرس، آموزش والدین و تغییر رفتار است، می‌توان گفت که کاهش استرس در این خرده مقیاس می‌تواند ناشی از آشنایی مادران با روش های متنوع مدیریت رفتار و کنترل صحیح رفتار فزون طلبی کودک باشد.

در تبیین اثربخشی این برنامه بر کاهش نمرات خرده مقیاس خلق کودک می‌توان گفت که نمرات بالا در این خرده مقیاس معمولاً با نارسانگی و ری عاطفی کودک مرتبط است و در بیشتر موارد با کودکان افسرده و مایوسی سر و کار داریم که اغلب گریه می‌کنند و نشانه های خوشبختی در آنها دیده نمی‌شود (دادستان، ۱۳۸۶). به نظر

می‌رسد این برنامه با ارائه ی راهبرد هایی برای ایجاد ارتباط مثبت بین مادر و کودک (زمان کیفی، صحبت کردن با کودک و نشان دادن محبت به کودک) همچنین راهبرد هایی افزایش رفتار های مورد انتظار (تحسین، توجه کردن و انتخاب فعالیت های مناسب سن و سرگرم کننده) توانسته است خلق کودک را بهبود بخشیده و استرس های ناشی از خلق منفی کودک را در مادران کاهش دهد.

از نظر دادستان (۱۳۸۶) افسردگی و احساس صلاحیت در ایفای نقش فرزندپروری با یکدیگر مرتبط هستند و فرض بر این است که این متغیرها به طور مستقیم بر سطح استرس والدین اثر می گذارند و نمرات بالا در آنها مبین احساس ناتوانی در انجام وظیفه ی والدینی است.

همچنین به عقیده ی فدایی و همکاران (۱۳۸۹) حالات خلقی مادر مثل افسردگی، اضطراب و حتی سبک های مقابله ای او نقش اساسی در میزان ادراک استرس زا بودن نقش فرزند پروری دارد.

به طور کلی آنچه بر اساس وجود نمرات بالا در زیر مقیاس افسردگی مشخص می شود این است که والدین در بسیج نیروی روانی و جسمانی خود برای برعهده گرفتن مسئولیت های فرزندپروری با مشکلاتی مواجه هستند و نمی توانند وظایف خود را با قاطعیت و اقتدار انجام دهند. بهترین شیوه درمانگری در این موارد شیوه ای است که با هدف افزایش حرمت خود در آنان به کار بسته می شود (دادستان، ۱۳۸۶).

برنامه فرزندپروری مثبتیک مدل توانمند سازی است که والدین را در جهت خود تنظیمی و پذیرش مسئولیت های فرزندپروری تشویق می کند در کاهش نقایص عملکردی والدین در اجرای نظم و انضباط (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۸) و افزایش اعتماد به نفس فرزندپروری به موفقیت های قابل توجهی دست یافته است (همکاران ۲۰۰۸). به نظر می رسد این برنامه با کاهش نقایص عملکردی مادران در ارتباط با کودک، بهبود مهارت های فرزندپروری و افزایش اعتماد بنفس فرزندپروری در کاهش افسردگی و در نهایت کاهش استرس فرزندپروری مادران موثر واقع شده است احساس صلاحیت خرده مقیاس دیگری است که تحت تاثیر این برنامه کاهش معناداری نشان می دهد. از نظر دادستان (۱۳۸۶) نمرات بالا در آن مبین احساس ناتوانی در انجام وظیفه ی والدینی است و بهترین شیوه ای که می توان برای کمک به این والدین اتخاذ کرد، ایجاد کلاس های آموزشی و گروه های مباحثه است که ضمن ارائه ی اطلاعاتی به والدین درباره شیوه اداره کودک، آنها را از حمایت عاطفی گروه برخوردار سازد. ارزنده سازی و حمایت عاطفی در سطح فردی، به خصوص در والدین جوان، الزامی به نظر می رسد. طبق نتایج به دست آمده به نظر می رسد در اثر برنامه آموزشی، مهارت و اطلاعات مادران در زمینه مدیریت کودک افزایش یافته و احساس صلاحیت آنها را در نقش والدینی تحت تاثیر قرار داده است. همچنین آنان با برخورداری از حمایت عاطفی و اجتماعی گروه و درمانگر صلاحیت بیشتری در خود احساس کرده و استرس کمتری گزارش نموده اند. با توجه به نتایج پژوهش، به نظر می رسد، برنامه آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش استرس فرزندپروری مادران کودکان کم توان ذهنی موثر واقع شده است. بنابراین پیشنهاد می شود درمانگران با انجام این مداخلات، گام موثری در جهت کاهش استرس فرزندپروری مادران کودکان کم توان ذهنی بردارند.

با توجه به نتایج پژوهش، به نظر می رسد، برنامه آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش استرس فرزندپروری مادران کودکان کم توان ذهنی موثر واقع شده است. بنابراین پیشنهاد می شود درمانگران با انجام این گونه مداخلات، گام موثری در جهت کاهش استرس فرزندپروری مادران کودکان کم توان ذهنی بردارند.

### سپاس گذاری

از همکاری مسئولین محترم مدرسه شهید اصلانی و شهید صیاد شیرازی به ویژه سرکار خانم توفیقی و نیز مادران شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه سپاس گزاریم.

## منابع

- آجیل چی، ب. برجعلی، ا. جان بزرگی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت های فرزندپروری در کاهش تنیدگی مادران. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، سال اول، شماره ۴، صص ۱-۱۷.
- دادستان، پ. (۱۳۸۶). تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن. تهران: رشد.
- آقایوسفی، ع دهستانی، م (۱۳۹۰). آیا مقابله درمانگری بهزیستی مادران دارای فرزند استثنایی را بهبود می بخشد؟ مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۲، شماره ۵، صص ۳۹۹-۴۰۹.
- خرم آبادی، ر. پوراعتقاد، ح.ر. طهماسیان، ک. چیمه، ن. (۱۳۸۸). مقایسه استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با مادران کودکان بهنجار. فصلنامه خانواده پژوهی، سال پنجم، شماره ۱۹، صص ۳۸۷-۳۹۹.
- فرزاد فرد، س.ز. هومن، ح.ع. (۱۳۸۷). نقش آموزش مهارت های فرزندپروری بر کاهش تنیدگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان. فصلنامه روانشناسان ایرانی. سال چهارم، شماره ۱۵، صص ۲۷۷-۲۹۲.
- فدایی، ز. دهقانی، م. طهماسیان، ک. فرهادی، ف. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم کوتاه - شاخص استرس فرزندپروری مادران کودکان عادی ۱۲-۷ سال. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۸، شماره ۲، صص ۸۱-۹۱.
- کیمیایی، س.ع. محرابی، ح. میرزائی، ز. (۱۳۸۹). مقایسه وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر شهر مشهد. مطالعات تربیتی و روان شناسی، ۱۱، (۱)، صص ۲۶۱-۲۷۸.
- محد خان کرمانشاهی، س. ونکی، ز. احمدی، ف. ا. آزادفلاح، پ. کاظم نژاد، ا. (۱۳۸۵). تجربیات مادران از داشتن کودک عقب مانده ذهنی. مجله توانبخشی، دوره هشتم، شماره ۳، صص ۲۶-۳۳.
- نریمانی، م. آقا محمدیان، ح. ر. رجبی، س. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال ۹، شماره ۳۳ و ۳۴، صص ۱۵-۲۴.
- **Allik, H., Larsson, J.O., & Smedje, H. (2006).** Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high functioning autism. *Health Qual Life Outcomes*; 4:1- 8.
- **Baker, B.L., Blancher, J., & Olsson, M.B. (2005).** Preschool children with and without developmental delay behavior problems, parents, optimism and well-being. *J Intellect Disable*. 49(8): 575-90.
- **Blacher, J., & Baker, B. L. (2007).** Positive Impact of Intellectual Deficiency on families. *American Journal of Mental Retardation*. Vol,112 ,No5 ,p330-348.
- **Bodenmanna, G., Cinaa, A., Ledermann, T., & Sanders, M. R. (2008).** The efficacy of the Triple P- Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions. *Behavior Research and Therapy*, 46, 411-427.
- **Chu, J., & Richdale, L.A. (2009).** Sleep quality and psychological wellbeing in mothers of children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*,30,1512-1522.
- **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.
- **Einfeld, S. L., Piccinin, A. M., Mackinon, A., Hofer, S. M., Taffe, J., & Gray, K. M. (2006).** Psychopathology in young people with intellectual disability. *Journal of the American Medical Association*, 296(16), 1981-1989.
- **Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008).** Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behaviors.

Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37, 215–237.

-**Green, V. A., O'Reilly, M. O., Itchon, J., & Sigafos, J. (2005).** Persistence of early emerging aberrant behavior in children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 26, 47– 55.

-**Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005).** Parenting Stress in Mothers of children with an Intellectual Disability: The Effects of parental Cognition in Relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*. v,49 n6 p,405-418.

-**Huber, J.T., Dietrich, J.D., Cugini, E., & Burke, Sh. (2005).** A community health information needs assessment of Texas families who have children with chronic illnesses and /or disabilities and their care providers. *Medical Library Association*.; 93 (2) :278-PMCID:281Myers DG. *Psychology*. 9th ed. New York: Worth Publishers; 2009.

-**Horovitz, M., Matson, J.L., Sipes, M., Shoemaker, M., Belva, B., & Bamburg, J.W. (2011).** Incidence and trends in psychopathology symptoms over time in adults with severe to profound intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, Volume 32, Issue 2, Pages 685-692.

-**James, N. (2013).** The formal support experiences of family carers of people with an intellectual disability who also display challenging behavior and/or mental health issues: What do carers say? *Journal of Intellectual Disabilities* published .17(1):6-23.

-**Jennings, K. D., & Dietz, L.J. (2007).** *Parenting, Stress of*. Elsevier Inc. All rights reserved, 79-83.

-**Lazarus, R. S. (2000).** Evolution of model of stress, coping, and discrete emotions. In V. Rice (Ed), *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing theory research, theory and practice*, (pp. 195-222). Thousand Oaks, CA: Sage.

-**Lengua, L.J., Honorado, E., & Bush, N.R. (2007).** Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. *Journal of Applied Developmental Psychology*.28(1):40-55.

-**Lindblad, I., Gillberg, C., & Fernell, E. (2011).** ADHD and other associated developmental problems in children with mild mental retardation. The use of the “Five-To-Fifteen” questionnaire in a population-based sample. *Research in Developmental Disabilities*, Volume 32, Issue 6, Pages 2805-2809.

-**Llewellyn, G., McConnell, D., Gething, L., Cant, R., & Kendig, H. (2010).** Health status and coping strategies among older parent-carers of adults with intellectual disabilities in an Australian sample. *Research in Developmental Disabilities*, Volume 31, Issue 6, Pages 1176-1186.

-**Matson, J. L., Fodstad, J. C., & Boisjoli, J. A. (2008).** Cutoff scores, norms and patterns of feeding problems for the Screening Tool of feeding Problems (STEP) for adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 363–372.

-**Matson, J. L., Mahan, S., & LoVullo, S. V. (2009).** Parent training: A review of methods for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 961–968.

-**Myrbakk, E., & Tetzchner, S.V. (2008).** Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 316–332.

-**Perry, A. (2005).** A Model of stress in Families of children with developmental disabilities clinical and research applications. *Journal on developmental disabilities*.vol.11(1),1-16.

-**Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007).** Reducing problem behavior during care-giving in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, Volume 28, Issue 4, July–September, Pages 362-385.

-**Sanders, M. R. (2008).** Triple P-Positive Parenting Program as a Public Health Approach to Strengthening Parenting. *Journal of Family Psychology* Copyright 2008

by the American Psychological Association, Vol. 22, No. 3, 506–517.

-**Sanders, M.R., & Morawska, A. (2005)**. Can changing parental knowledge, dysfunctional expectations and attributions, and emotion regulation improve outcomes for children. In *The Encyclopedia on Early Childhood Development*, Published online December 21, 1-12, (Online).

-**Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M.T. (2003)**. Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A Population Approach to the Promotion of Parenting Competence. The Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland Parenting Research and Practice Monograph.1-24.

-**Sanders, M. R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S. & Bidwell, K. (2008)**. Every Family: A Population Approach to Reducing Behavioral and Emotional Problems in Children Making the Transition to School. *Journal Primary Prevent* 29:197–222 DOI 10.1007/s10935-008- 0139-7.

-**Sofronoff, K., Jahnel, Da., & Sanders, M. R. (2011)**. The Stepping Stones Triple P Seminars for parents of a child with a developmental disability: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, Volume 32, Issue 6, November-December, Pages 2253-2262.

-**Soresi, S., Nota, L., & Ferrari, L. (2006)**. Family setting in Down syndrome. In J. A. Rondal, & J. Perera (Eds.), *Down syndrome: Neurobehavioral specificity* (pp. 191–211).

-**Soresi, S., & Nota, L.L. (2007)**. Considerations on Supports That Can Increase the Quality of Life of Parents of Children with Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, Volume 4, Number 4, pp 248–251.

-**Tremblay, K.N., Richer, L., Lachance, L., & Côté, A. (2010)**. Psychopathological manifestations of children with intellectual disabilities according to their cognitive and adaptive behavior profile. *Research in Developmental Disabilities*, Volume 31, Issue 1, Pages 57-69.

-**Turner, K. M. T., & 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*, Volume 37, Issue 2, June, Pages 131-142.

-**Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C., & Sanders, M.R. (2002)**. Facilitator's manual for Group Triple P (rev. ed.). Brisbane, QLD, Australia: Triple P International.

-**Webster, S, C. (2005)**. Aggression in young children: Services proven to be effective in reducing aggression. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2005:1-6.

-**Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders, M. R. (2009)**. Behavioral Family Intervention with parents of children with ASD: What do they find useful in the parenting program Stepping Stones Triple P. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 702–713.

-**Wiggins, T., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (2009)**. Pathways Triple P-Positive Parenting Program: Effects on Parent-Child Relationships and Child Behavior Problems. *Family Process*, Vol. 48, No.4.