

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال چهارم شماره ۱۳ بهار ۱۳۸۸

تأثیر آموزش برنامه‌ی فرزندپروری مثبت بر کاهش اختلالات برونی‌سازی شده در کودکان هفت تا ۱۰ ساله

محسن جلالی - کارشناس ارشد روانشناسی عمومی و مدرس دانشگاه پیام نور
الناز پورا احمدی - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و مدرس دانشگاه پیام نور
دکتر جلیل باباپور خیرالدین - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز
دکتر محمدرضا شعیری - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شاهد

چکیده

پژوهش حاضر جهت بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین براساس برنامه‌ی فرزندپروری مثبت (3P) بر کاهش اختلالات برونی‌سازی شده‌ی دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۰ ساله‌ی شهرستان نهاوند، انجام شده است. این مطالعه از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است و جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی آن دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۰ ساله‌ی دبستان‌های پسرانه‌ی شهرستان نهاوند می‌باشند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام شد و مادران ۲۸ نفر از کودکانی که نمره‌ی مشکلات برونی‌سازی شده‌ی آنها در فهرست رفتاری کودک (CBCL) بالاتر از نقطه‌ی برش ($T=64$) بود، انتخاب شده و به دو گروه آزمایش ($n=14$) و کنترل ($n=14$) تقسیم شدند. سپس برنامه‌ی فرزندپروری مثبت به مدت ۲ ماه در ۸ جلسه‌ی آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. سپس مجدداً فهرست رفتاری کودک توسط مادران هر دو گروه تکمیل شد. در نهایت داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش U من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، پس از پایان جلسات آموزش برنامه‌ی فرزندپروری مثبت، کاهش معناداری در نمرات زیر مقیاس‌های رفتار پرخاشگرانه ($P<0/05$)، رفتارهای قانون‌شکنانه ($P<0/01$) و نیز نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده ($P<0/01$) پیدا کرده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش برنامه‌ی فرزندپروری مثبت سبب کاهش اختلالات برونی‌سازی شده در کودکان مبتلا می‌شود.

واژگان کلیدی: برنامه‌ی فرزندپروری مثبت، اختلالات برونی‌سازی شده، کودک، CBCL، TRF.

طی چند دهه‌ی گذشته، علاقه و توجه به تحول عاطفی - اجتماعی کودکان گسترش یافته است. پیشتر، برخی از پژوهشگران بر این باور بودند که مشکلات کودکان ناشی از نارسایی‌های تحول است که با گذشت زمان، پشت سر گذاشته خواهد شد. واقعیت این است که اگر چه فرایند تحول و تغییرات سریع همراه آن نمی‌تواند پایدار بماند، اما باید توجه داشت که بسیاری از کودکانی که در سال‌های نخستین کودکی واجد مشکلات عاطفی و رفتاری هستند نه تنها به سادگی از آن عبور نمی‌کنند، بلکه ممکن است این امر تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم یابد (گیمپل^۱ و هالند^۲، ۲۰۰۲). مبتنی بر پذیرش این واقعیت که مشکلات عاطفی و رفتاری اغلب به‌طور طبیعی کاهش نخواهد یافت، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان این مشکلات معطوف شده است (کارت راییت - هارتون^۳، ۲۰۰۵).

میزان شیوع اختلالات دوران کودکی بین ۶ تا ۲۵ درصد برآورد شده است (فلوری^۴ و بوچانان^۵، ۲۰۰۰، به نقل از ماش^۶ و بارکلی^۷، ۲۰۰۲). این اختلالات به دو طبقه‌ی اختلالات درونی‌سازی شده^۸ و برونی‌سازی شده^۹ تقسیم می‌شوند. گروه اول مشکلاتی هستند که در «خود»^{۱۰} شخص وجود دارند مانند اضطراب، افسردگی، کناره‌گیری اجتماعی و شکایات جسمانی بدون علت جسمانی، در حالی که گروه دوم بیانگر تعارض‌ها با دیگران و انتظاراتی آنهاست مانند برانگیختگی/فزون‌کنشی، تضادورزی و منفی‌کاری و مشکلات سلوک (آشنباخ و رسکولار، ۲۰۰۱). نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که اختلالات برونی‌سازی شده، بیشتر به کلینیک‌ها ارجاع داده می‌شوند (کازدین^{۱۱}، ۱۹۹۹، تاینان^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از کوستین^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۴؛

1- Gimpel
3- Cartright-Hattont
5- Buchanan
7- Barkley
9- externalizing
11- Kazdin
13- Costin

2- Halland
4- Flouri
6- Mash
8- Internalizing
10- Self
12- Tynan

هیوز^۱، ۱۹۹۳، به نقل از برسلو^۲ و همکاران، ۱۹۹۹). در جمعیت‌های ارجاع شده به کلینیک‌ها، میزان شیوع این اختلالات بالای ۵۰ درصد گزارش شده، لذا بخش وسیعی از موارد بالینی را شامل می‌شوند (کازدین و همکاران، ۱۹۹۰، به نقل از کوستین و همکاران، ۲۰۰۴).

اختلالات برونی‌سازی شده دربرگیرنده‌ی دو گروه رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه است که در قالب سه اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی^۳، اختلال رفتار هنجاری^۴ و اختلال تضادورزی مبارزه‌طلبانه^۵ در DSM-IV-TR^۶ آمده‌اند. این اختلالات تأثیر مخربی بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارند (ماش و بارکلی، ۲۰۰۲). رفتارهای پرخاشگرانه‌ی این کودکان به طرد شدن آنها از گروه همسالان منجر می‌شود. همچنین ترکیب مشکلات کلامی و اختلال‌های یادگیری در آنها به نتایج تحصیلی ضعیف ختم می‌شود. وقتی چنین عواملی با تعارض‌های درون خانوادگی با والدین و دیگر اعضاء همراه می‌شود، حرمت خود در آنها به شدت کاهش می‌یابد. پیش‌آگهی این اختلالات نیز نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر مشکلات دیگری همچون اختلالات یادگیری، خلقی، بیش‌اضطرابی، مصرف مواد و الکلیسم (انگلد^۷ و همکاران، ۱۹۹۹؛ کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲؛ بلوم کوپست، ۱۳۸۳؛ باربارا^۸، ۲۰۰۴؛ مارمورستین^۹، ۲۰۰۶؛ میلین^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۱)، اختلال شخصیت ضداجتماعی (لوبر و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۰؛ ریچارد و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۲؛ کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲؛ بلوم کوپست، ۱۳۸۳؛ لانگ^{۱۳}، ۱۹۹۶، به نقل از میلین و همکاران، ۲۰۰۱) و ناسازگاری‌های مربوط به زندگی زناشویی و شغلی (دیویسون^{۱۴}، ۲۰۰۵) هستند.

1- Hughes

3- Attention Deficit Hyperactivity Disorder

5- Oppositional Defiant Disorder

7- Angold

9- Marmorstin

11- Loeber & et al

13- Long

2- Breslow

4- Conduct Disorder

6- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

8- Barbara

10- Milne & et al

12- Richard & et al

14- Davison

در باب علت‌شناسی این اختلالات عوامل زیادی مطرح شده است که از مهم‌ترین آنها می‌توان به ناتوانی والدین در مدیریت رفتار کودک و تعامل منفی والد-کودک اشاره کرد (بارت و همکاران^۱، ۲۰۰۳؛ برادلی^۲، ۲۰۰۲؛ اسمارت^۳، ۲۰۰۱، به نقل از هالنشنتین^۴، ۲۰۰۴؛ کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲؛ بلوم کویست، ۱۳۸۳). پترسون^۵ (۱۹۹۲، به نقل از برادلی، ۲۰۰۲) معتقد است که اختلالات برون‌سازی شده نتیجه‌ی شکست در اعمال قوانین والدینی هستند که معمولاً دارای سه ویژگی است: قوانین بی‌ثبات، نظارت کم و مهارت‌های ضعیف حل مسأله. این نوع سبک فرزندپروری، کودکان را به سمت نافرمانی سوق می‌دهد. در همین راستا کچلاک و کینان (۲۰۰۱، به نقل از گیمپل و هالند، ۲۰۰۲) بیان کرده‌اند که، ضعف مسئولیت‌پذیری والدین و تنبیه شدید، خطر بروز اختلالات برون‌سازی شده را افزایش می‌دهد. بلوم کویست (۱۳۸۳) نیز بیان می‌کند که والدین کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری غالباً در برخوردهای انضباطی‌شان، والدینی خشن، ناهماهنگ و ناتوان هستند. نتایج مورد اشاره موجب شدند تا روابط متقابل والد-کودک در مرکز توجه آسیب‌شناسی کودک قرار گیرد، چرا که تعامل‌های نامناسب می‌توانند اختلالات عاطفی و رفتاری را در کودکان و نوجوانان ایجاد کنند (بینا^۶، ۲۰۰۲).

ابعاد مختلف اختلالات برون‌سازی شده مبنای نظریه‌پردازی‌ها و پژوهش‌های علمی زیادی قرار گرفته است و به دلیل مشکلات فزاینده‌ای که در زندگی کودک و اطرافیان او ایجاد می‌کنند، توجه بسیاری از پژوهشگران را به روش‌های درمانگری این اختلالات جلب کرده است. به‌طور کلی می‌توان مداخلات مربوط به اختلالات برون‌سازی شده را در سه قلمرو درمانگری‌های کودک محور (اروین^۷ و همکاران، ۲۰۰۰؛ لوچمن^۸ و ولز^۹،

1- Burt.& et al
3- Smart
5- Patterson
7- Ervin
9- Wells

2- Bradly
4- Hostenstein
6- Beena
8- Lochman

۱۹۹۶، به نقل از دیوسیون^۱، ۲۰۰۵؛ برازوال^۲، ۱۹۹۳، بلوم کوپست، ۱۹۹۱؛ کندال^۳ و برازوال، ۱۹۹۳، به نقل از اروین و همکاران، ۲۰۰۰)، درمانگری های مدرسه محور (آرنولد^۴ و همکاران، ۱۹۹۷، بیر من^۵ و همکاران، ۱۹۸۷، کانینگ هام^۶ و کانینگ هام، ۱۹۹۸، پیففر^۷ و بارکلی، ۱۹۹۸، به نقل از تری و همکاران^۸، ۲۰۰۰) و درمانگری های خانواده محور (ساندرز^۹، ۲۰۰۳، ساندرز و همکاران، ۲۰۰۳) قرار داد.

یکی از برجسته ترین مداخلاتی که به طور وسیع در مورد کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری به کار می روند مداخلات خانواده محور می باشند. تحقیقات ثابت کرده است که مداخلات خانوادگی رفتاری^{۱۰} بر مبنای اصول یادگیری اجتماعی در درمان و پیشگیری طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و هیجانی (ساندرز، ۲۰۰۳؛ ساندرز و همکاران، ۲۰۰۲؛ فورهند^{۱۱}، ۱۹۸۸، وبستر- استراتون^{۱۲}، ۱۹۹۹، به نقل از ساندرز، ۲۰۰۰) مؤثر است.

باتوجه به اینکه تحقیقات نشان می دهد که عوامل خطر ساز خانوادگی مثل، فرزند پروری^{۱۳} ضعیف، تعارضات^{۱۴} خانوادگی و جدایی زناشویی^{۱۵} پیش بینی کننده های نیرومندی برای رشد و حفظ مشکلات برونی سازی شده در کودکان و نوجوانان هستند (کامینگز^{۱۶} و داویس^{۱۷}، ۱۹۹۴، دری فوس^{۱۸}، ۱۹۹۰، روبینز^{۱۹} و پرایس^{۲۰}، ۱۹۹۱، ساندرز، ۱۹۹۰، به نقل از ساندرز ۲۰۰۳؛ سیل بارن^{۲۱} و همکاران، ۱۹۹۶، به نقل از دن^{۲۲} و همکاران، ۲۰۰۳)، لذا روش مداخله ای اولیه که شیوهی فرزند پروری والدین را

-
- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| 1- Davison | 2- Braswell |
| 3- Kandall | 4- Arnold |
| 5- Bierman | 6- Cunningham |
| 7- Pffnar | 8- Terri & et al |
| 9- Sanders | 10- Forehand |
| 11- Behavior Family Intervention | 12- Webster-Stratton |
| 13- parenting | 14- Conflict |
| 15- Marital breakdown | 16- Cummings |
| 17- Davies | 18- Dryfoos |
| 19- Robins | 20- Price |
| 21- Silburn | 22- Dean |

مورد هدف قرار دهد، از جمله روش‌های موثر پیشگیری از اختلالات مزمن رفتاری می‌باشد (وبستر - استراتون، ۱۹۹۷، به نقل از دن و همکاران، ۲۰۰۳). بدین منظور سندرز و همکاران براساس مداخلات خانوادگی و فرزندپروری، برنامه‌ی فرزندپروری مثبت (triple-p) را به‌وجود آوردند (سندرز، ۱۹۹۹، به نقل از دن و همکاران، ۲۰۰۳) که در قلمرو درمانگری‌های خانوادگی رفتاری براساس اصول یادگیری اجتماعی قرار دارد (سندرز، ۲۰۰۳). این برنامه یک مداخله‌ی چندسطحی است (سندرز و همکاران، ۲۰۰۳) که عوامل محافظتی کودکان را غنا می‌بخشد و عوامل خطرسازی را که با مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان در ارتباط است کاهش می‌دهد (سندرز، ۲۰۰۳). اهداف تمامی سطوح درمانی این روش، بر افزایش خودکفایی و خودکارآمدی والدین در کنترل رفتار کودکان مبتنی است که از طریق آموزش‌های والدین به‌منظور ارتقاء تحول کودک، حس صلاحیت اجتماعی و خودکنترلی میسر می‌شود (سندرز و همکاران، ۲۰۰۰). برنامه‌ی آموزش مذکور اهداف زیر را دنبال می‌کند:

- افزایش دانش، مهارت اعتماد به نفس، خودکارآمدی و خوش‌فکری والدین در تربیت کودکانشان.
- گسترش سرگرمی و ایمنی و پرورش و ایجاد محیط‌هایی با میزان تعارض کمتر برای کودکان.
- افزایش کارآمدی رفتاری، هوشی، زبانی، عاطفی و اجتماعی کودکان از طریق مهارت‌های والدین مثبت (سندرز، ۲۰۰۳).

اثربخشی برنامه‌ی فرزندپروری مثبت در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. این برنامه از پشتوانه‌ی تجربی خوبی در درمان اختلالات رفتاری (سندرز و همکاران، ۲۰۰۱؛ سندرز و همکاران، ۲۰۰۴؛ سندرز، ۲۰۰۵؛ فورهند، ۱۹۸۸ و وبستر استراتون، ۱۹۹۷، به نقل از سندرز، ۲۰۰۰؛ زوبریک، ۲۰۰۱، به نقل از سندرز، ۲۰۰۵؛

۲۰۰۱، مارکی دادز^۱، به نقل از سندرز، ۲۰۰۵؛ هازل، ۲۰۰۰، به نقل از بار^۲ و همکاران، ۲۰۰۲؛ لئونگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۳؛ کن^۴ و همکاران، ۲۰۰۳)، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد (زوبریک، ۲۰۰۱؛ بار و همکاران، ۲۰۰۲؛ لئونگ و همکاران، ۲۰۰۳)، افسردگی، اضطراب، استرس و خشم والدین (زوبریک، ۲۰۰۱، مارکی دادز، ۲۰۰۱، به نقل از سندرز، ۲۰۰۵؛ سندرز، ۲۰۰۵؛ کن و همکاران، ۲۰۰۳؛ سندرز و فورلند، ۲۰۰۶) و تعارضات زناشویی (سندرز، ۲۰۰۵؛ کن و همکاران، ۲۰۰۳) برخوردار بوده است.

باتوجه به تحقیقات بیان شده در مورد سیر بروز و پیشرفت مشکلات و جنبه‌های شیوع اختلالات برونی‌سازی شده و نیز توجه به جنبه‌های بومی و نیاز به درمانی مؤثر که بتواند مشکلات کودکان مبتلا را کاهش دهد، این پرسش مطرح می‌شود که آیا مداخلات خانوادگی رفتاری به‌شیوهی برنامه‌ی فرزندپروری مثبت می‌تواند اختلالات برونی‌سازی شده را در کودکان ایرانی کاهش دهد؟

روش

طرح تحقیق: مطالعه‌ی حاضر، پژوهشی از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است

جامعه و نمونه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر سال اول تا چهارم دبستان‌های ابتدایی شهرستان نهاوند می‌باشند. به جهت جمع‌آوری نمونه، چهار مدرسه به‌طور تصادفی از میان دبستان‌های پسرانه انتخاب و سپس به این مدارس مراجعه گردید و با مسئولین این مدارس در ارتباط با تحقیق حاضر و ویژگی دانش‌آموزان نمونه گفتگو شد. بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین این مدارس، فهرست رفتاری کودک

1- Markie-Dadds
3- Leung

2- Bor
4- Cann

(CBCL) همراه با توضیحاتی در مورد هدف تحقیق، توسط دانش‌آموزان این مدارس برای والدین ارسال شد. پس از تکمیل فهرست رفتاری کودک توسط والدین و ارجاع مجدد آن به مدرسه، ۳۸ دانش‌آموزی که در شاخص مشکلات برونی‌سازی شده‌ی فهرست رفتاری کودک نمره بالاتر از نمره برش ($T=64$) کسب کردند، انتخاب شدند. همچنین باتوجه به این‌که تحقیقات ثابت کرده‌اند که برنامه‌ی فرزندپروری مثبت بر روی والدینی با سطح اقتصادی - اجتماعی و تحصیلات پایین کارایی کمی دارد (سندرز، ۲۰۰۳)، براساس شواهد جمعیت‌شناختی که در پرسشنامه‌ی والدین وجود داشت، خانواده‌هایی ($n=10$) که از لحاظ اجتماعی - اقتصادی و تحصیلات در سطح پایین بودند، از نمونه اصلی حذف شدند. در نهایت ۲۸ دانش‌آموز انتخاب شده و مادران آنها به‌عنوان نمونه‌ای که آموزش در مورد آنها صورت خواهد گرفت، انتخاب گردیدند. سپس این مادران به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به تعداد ۱۴ نفر در هر گروه قرار گرفتند. در نهایت بعد از شروع جلسات آموزشی، به‌دلیل افت آزمودنی، ۱۱ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه کنترل باقی ماندند.

ابزارهای اندازه‌گیری

فهرست رفتاری کودک (CBCL)^۱: این پرسشنامه، یکی از فرم‌های نظام‌سنجش مبتنی بر تجربه‌ی آخنباخ^۲ است که توسط یکی از والدین، براساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل می‌شود. در این پرسشنامه مقیاس‌هایی براساس اختلالات DSM-IV-TR تنظیم شده است که عبارتند از مشکلات انزوا / افسردگی، اضطراب / افسردگی، مشکلات بدنی، نارسایی توجه/فزون-کنشی، نادیده گرفتن قوانین و رفتارهای پرخاشگرانه. سؤالات مقیاس‌های این پرسشنامه، به‌صورت سه گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً می‌باشد که به‌ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند. از مجموع نمرات مقیاس‌های رفتار پرخاشگرانه و رفتارهای قانون‌شکنانه، نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی

1- Child Behavior Checklist

2- Achenbach of Empirically Based Assessment

شده به دست می آید. برای هنجاریابی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه آخنباخ در ایران، مینایی (۱۳۸۴) پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی، این فهرست را با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بر روی نمونه‌ای به تعداد ۱۴۳۸ نفر شامل ۶۸۹ دختر و ۷۴۹ پسر براساس مقطع و پایه تحصیلی از ۳ بخش شمال، مرکز و جنوب شهر تهران و تعدادی از مراجعه‌کنندگان به بخش‌های روانپزشکی بیمارستان اجرا کرد. همسانی درونی مقیاس‌های شایستگی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه‌ی آخنباخ (ASEBA) در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و دامنه‌ی آن از آلفای ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ برای CBCL است. ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر DSM-IV در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه‌ی آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای CBCL است همچنین ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه نیز در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه‌ی آن از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ برای CBCL گزارش شده است. همچنین پایایی آزمون-آزمون مجدد هر فرم سیاهه‌ی رفتاری کودک با فاصله‌ی زمانی ۵ تا ۸ هفته توسط ۱۲۴ نفر از والدین، دانش‌آموزان و معلمان مجدداً تکمیل شد و داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و آزمون t برای نمونه‌های وابسته مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که کلیه‌ی ضرایب همبستگی در سطح $P < 0/05$ از لحاظ آماری معنادار بوده است. در مورد روایی وابسته به ملاک از فهرست مصاحبه نیمه‌ساخت یافته‌ی اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیای کیدی^۱ برای کودکان سن مدرسه استفاده شد که تمام ضرایب همبستگی در سطح $P < 0/05$ معنادار بوده است. در مورد روایی سازه نیز ابتدا همبستگی درونی مقیاس‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و براساس کل نمونه هنجاریابی مورد بررسی قرار گرفت که تمام ضرایب حاصله در سطح ($P < 0/01$) از لحاظ آماری معنادار بودند و سپس تمایز بین گروه بالینی با گروه بهنجار به وسیله‌ی آزمون t برای گروه‌های مستقل مورد ارزیابی قرار گرفته است که نشان می‌دهد این نظام سنجش از قدرت تمایزگذاری مناسبی بین

1- Kidi

گروه بهنجار و بالینی برخوردار است. نقاط برش برای مشکلات درون‌سازی شده، برون‌سازی شده و مشکلات کلی با آنچه توسط آخنباخ و همکارانش محاسبه شده بود کاملاً برابر بود (مینایی، ۱۳۸۴).

شیوه‌ی انجام تحقیق

بعد از مراحل اولیه تشخیص، از مادران دانش‌آموزانی که شرایط لازم جهت انجام پژوهش را دارا بودند، دعوت شد که در پژوهش حاضر شرکت کنند. سپس این مادران به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در مرحله‌ی بعد مادران گروه آزمایش در جلسات گروهی برنامه‌ی آموزش فرزندپروری مثبت شرکت کردند. این برنامه بر پایه‌ی مدل یادگیری اجتماعی تعامل والد-کودک استوار است و ماهیت دو سویه و دو جانبه‌ی تعاملات والد-کودک را مشخص می‌کند. این مدل آموزش به شناسایی آن دسته از مکانیزم‌های یادگیری در والدین می‌پردازد که الگوهاستبدادی و مختل تعامل خانواده را حفظ می‌کند و رفتار ضداجتماعی آتی را رد کودکان پیش‌بینی می‌کند. در نتیجه، برنامه‌ی مذکور، مهارت‌های مثبت کنترل کودک را به جای والدگری استبدادی به والدین می‌آموزد.

برنامه‌ی مذکور شامل ۸ جلسه آموزشی دو ساعته بود که در فواصل یک هفته‌گی به مدت دو ماه اجرا شد. محتوای جلسات به شرح زیر بوده است:

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

جلسه دوم (ارتقاء رشد کودک 1): در این جلسه استراتژی‌هایی برای ایجاد ارتباط مثبت با کودک (مانند صحبت کردن با کودک، عاطفه به خرج دادن، اختصاص دادن زمان مفید به کودک) آموزش داده می‌شود و از والدین خواسته می‌شود که به تمرین و ایفای نقش آنها در گروه‌های کوچک بپردازند.

جلسه سوم (ارتقای رشد کودک 2): در این جلسه استراتژی‌هایی برای افزایش رفتارهای مثبت (تحصین توصیفی، فراهم کردن فعالیت‌های سرگرم‌کننده، ...) به والدین آموزش داده می‌شود و به آنها آموزش داده می‌شود که چه وقت و چگونه می‌توانند این آموزش‌ها را به کار ببرند.

جلسه چهارم (ارتقاء رشد کودک 3): در این جلسه جهت یاددهی رفتارها و مهارت‌های جدید به کودک استراتژی‌هایی همانند آموزش اتفاقی، تکنیک پرسیدن، گفتن، انجام دادن و ... به والدین آموزش داده می‌شود.

جلسه پنجم (مدیریت رفتار ناکارآمد 1): در این جلسه درباره‌ی پیامدهای منفی تنبیه با والدین صحبت می‌شود و استراتژی‌هایی برای مقابله با سوء رفتار کودک آموزش داده می‌شود. این روش‌ها شامل قانون گذاشتن، بحث مستقیم، دستور دادن مستقیم و روشن، و نادیده گرفتن می‌باشد.

جلسه ششم (مدیریت رفتار ناکارآمد 2): در این مرحله استراتژی‌های جایگزین تنبیه به شکل پیشرفته (شامل پیامد منطقی، محروم‌سازی و زمان ساکت) برای مقابله-ی موثر با رفتارهای نامناسب به والدین آموزش داده می‌شود.

جلسه هفتم (مدیریت رفتار ناکارآمد 3): باتوجه به اینکه روش‌های معرفی شده در جلسات پیشین به تنهایی موثر واقع نمی‌شوند و نیازمند ترکیب شدن با یکدیگر هستند، به والدین سه برنامه‌ی کاربردی شامل برنامه‌ی روزانه‌ی پیروی، برنامه‌ی

تصحیح رفتار و چارت رفتاری آموزش داده می‌شود تا والدین بتوانند به‌صورت روزانه برای مدیریت سوء رفتار کودک خود از آن استفاده کنند.

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

نوعی انجام کار چنین بود که در ابتدا بعد از ایجاد ارتباط با مادران، در هر جلسه موضوعات اصلی با زبانی ساده و قابل فهم برای آنها بازگو شد و از آنها خواسته شد که در صورت احساس مشکل و یا داشتن سؤال آن را مطرح و ایفای نقش نمایند تا درمانگر به اتفاق دیگر اعضای جلسه در این مورد بحث و گفتگو نمایند. در پایان هر جلسه نیز خلاصه رؤس مطالب جلسه به‌صورت تایپ شده به شرکت‌کنندگان ارائه گردید و همچنین تکالیف لازم مربوط به آن جلسه، جهت تمرین در منزل به آنها داده شد. لازم به ذکر است که در ابتدای هر جلسه مطالب جلسات قبل مرور شده و سپس در مورد تکالیف منزل و مشکلاتی که در اجرای تمرینات با آن مواجه شده بودند، بحث شده و با رفع مشکلات و سؤالات احتمالی به موضوع جدید پرداخته می‌شد. در مورد مادران گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله آموزشی - درمانی انجام نشد و تنها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون شرکت کردند. پس از اتمام جلسات آموزشی، مادران گروه آزمایش و کنترل مجدداً فهرست رفتاری کودک را تکمیل کردند. در نهایت داده‌های قبل و بعد از آموزش به کمک برنامه‌ی کامپیوتری SPSS و آزمون U من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

تعداد کل مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر ۲۵ نفر می‌باشد که از این تعداد ۱۱ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه کنترل هستند. جدول شماره ۱ در برگیرنده‌ی ویژگی‌های سن کودکان و مادران دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد.

جدول شماره (۱) مقایسه سن کودکان و مادران دو گروه آزمایش و کنترل

سطح معنادار ی	درجه‌ی آزادی	t مشاهده شده	F	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص	
						گروه	آزمودنی
۰/۲۶	۲۳	۰/۹۲	۴/۱	۱/۹۴	۲۶/۱۸	آزمایش	مادران
						کنترل	۲۶/۷۹
۰/۶۵	۲۳	-۰/۴۵	۰/۰۱	۰/۹۳	۸/۴۵	آزمایش	کودکان
						کنترل	۸/۲۹

نتایج ارائه شده در جدول (۱) نشان می‌دهد که t مشاهده شده‌ی مربوط به مقایسه‌ی میانگین سن مادران گروه آزمایش و گروه کنترل برابر (۰/۹۲) با درجه‌ی آزادی ۲۳ بوده که نشانگر عدم وجود تفاوت معنادار سن مادران دو گروه کنترل و آزمایش می‌باشد. هم‌چنین مقدار t محاسبه شده مربوط به سن کودکان گروه کنترل و آزمایشی برابر (۰/۴۵-) می‌باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی، نشانگر تفاوت معنادار میانگین سنی دو گروه نمی‌باشد.

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده و زیر مقیاس‌های رفتار پرخاشگرانه و رفتارهای قانون‌شکنانه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون آمده است.

جدول شماره (2) شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات زیرمقیاس‌ها و نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و تفاضل آنها

انحراف استاندارد	میانگین	شاخص متغیر	گروه	آزمون
۲/۹۹	۱۱/۷۱	رفتار پرخاشگرانه		
۲/۵۸	۱۰/۹۳	رفتارهای قانون شکنانه	کنترل	
۲/۰۲	۲۲/۶۴	نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده		پیش
۱/۵۰	۱۱/۴۵	رفتار پرخاشگرانه		آزمون
۱/۶۰	۱۰/۱۸	رفتارهای قانون شکنانه	آزمایشی	
۱/۷۴	۲۱/۶۴	نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده		
۲/۹۰	۱۱	رفتار پرخاشگرانه		
۲/۴۵	۱۰/۲۱	رفتارهای قانون شکنانه	کنترل	
۲/۱۵	۲۱/۲۱	نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده		پس
۲/۴۳	۱۰	رفتار پرخاشگرانه		آزمون
۱/۴۰	۸/۸۲	رفتارهای قانون شکنانه	آزمایشی	
۱/۹۴	۱۸/۸۲	نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده		
۰/۷۲	۰/۷۱	رفتار پرخاشگرانه		
۰/۶۴	۰/۵۴	رفتارهای قانون شکنانه	کنترل	تفاضل
۲/۸۲	۱/۴۳	نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده		پیش -
۰/۸۲	۱/۴۵	رفتار پرخاشگرانه		پس
۰/۸۰	۱/۳۶	رفتارهای قانون شکنانه	آزمایشی	آزمون
۱/۱۶	۲/۸۲	نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده		

برای بررسی تأثیر برنامه‌ی فرزندپروری مثبت بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده، تفاضل میانگین پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمره‌ی زیرمقیاس‌های رفتار پرخاشگرانه و

رفتارهای قانون شکنانه و نیز نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده دو گروه آزمایشی و کنترل براساس آزمون U من ویتنی مورد مقایسه قرار گرفت. جدول شماره ۳ در بر گیرنده‌ی نتایج یاد شده می‌باشد.

جدول (3) مقایسه‌ی میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمره‌ی کلی و زیر مقیاس‌های مشکلات برونی‌سازی شده براساس آزمون U من ویتنی

سطح معناداری	Z	U - من ویتنی	میانگین رتبه	شاخص	
				گروه	متغیر
.02	-2/2	39	16/45	آزمایش	رفتار
			10/29	کنترل	پرخاشگرانه
.01	-2/3	36	16/73	آزمایش	رفتارهای
			10/07	کنترل	قانون شکنانه
.003	-3/01	23	17/86	آزمایش	نمره‌ی کلی
			9/18	کنترل	مشکلات برونی سازی شده

نگاهی به نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که Z مشاهده شده‌ی ناشی از آزمون U من ویتنی در مورد نمرات زیر مقیاس‌ها و نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده دو گروه آزمایش و گواه باتوجه به مقادیر بحرانی معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات زیرمقیاس‌ها و نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده دو گروه آزمایش و گواه معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر نمرات رفتار پرخاشگرانه، رفتارهای قانون شکنانه و نمره‌ی کلی مشکلات برونی‌سازی شده در گروه آزمایش باتوجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، کاهش یافته است. پس می‌توان گفت که آموزش برنامه‌ی فرزندپروری مثبت به مادران، باعث کاهش مشکلات برونی‌سازی شده در کودکان هفت تا ۱۰ ساله‌ی مبتلا شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مشکلات برونی‌سازی شده در گروه آزمایش باتوجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. بنابراین با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت که آموزش برنامه‌ی فرزندپروری مثبت به مادران، باعث کاهش مشکلات برونی‌سازی شده در کودکان شده است. این یافته‌ها با یافته‌های سندرز و همکاران، ۲۰۰۱؛ سندرز و همکاران، ۲۰۰۴؛ سندرز و فورلند، ۲۰۰۶؛ بار و همکاران، ۲۰۰۲؛ هازل، ۲۰۰۰، به نقل از بار و همکاران، ۲۰۰۲؛ فورهند، ۱۹۸۸؛ وبستر استراتون، ۱۹۹۷، به نقل از سندرز، ۲۰۰۰؛ زوبریک، ۲۰۰۱، به نقل از سندرز، ۲۰۰۵؛ لئون و همکاران، ۲۰۰۳؛ مارکی دادز، ۲۰۰۱، به نقل از سندرز، ۲۰۰۵، همسویی دارد. این پژوهشگران نیز نشان دادند که مشکلات افراد مبتلا به اختلالات رفتاری، تحت تأثیر مداخله‌ی مبتنی بر آموزش برنامه‌ی فرزندپروری مثبت کاهش می‌یابد. در ایران نیز به‌رغم اینکه تاکنون مطالعه‌ی مبنی بر تأثیر برنامه‌ی فرزندپروری مثبت بر روی کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده انجام نگرفته است، اما شواهد حاکی از آن است که شیوه‌های دیگر آموزش والدین از جمله آموزش والدین^۱ (دنگل^۲ و همکاران، ۱۹۸۹) و آموزش رفتاری والدین^۳ (بارکلی، ۱۹۸۷) در کاهش اختلالات برونی‌سازی شده‌ی کودکان مؤثر می‌باشند (فتحی، ۱۳۷۴؛ زرگری‌نژاد، ۱۳۸۳؛ طهماسیان، ۱۳۷۵؛ احسان‌منش، ۱۳۷۲؛ قنبری، ۱۳۸۵).

باتوجه به یافته‌های مربوط به کاهش مشکلات برونی‌سازی شده در اثر آموزش، می‌توان گفت که مداخله‌ی به‌کار گرفته شده در پژوهش حاضر، روش سودمندی جهت کاهش اختلالات برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان مبتلا بوده است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که بسیاری از مشکلات کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده در

1- Parent Training
3- Behavior Parent Training

2- Dangel,R.F

محیط طبیعی خانواده فرا گرفته می‌شوند و عوامل نگهدارنده‌ی آنها نیز در همین محیط قرار دارند. بنابراین می‌توان پذیرفت که آموزش کسانی که بیشترین زمان را با کودک می‌گذرانند و بیشترین تأثیر را بر او دارند، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در آنها افزایش می‌دهد. پترسون (۱۹۹۸) نیز در توضیح مشکلات برون‌سازی شده در کودکان، چرخه‌ای را توضیح می‌دهد که در آن والدین به اعمال فشار و زور برای مواجهه با کودکان می‌پردازند، کودکان نیز در مقابل این فشار از خود مقاومت نشان می‌دهند، والدین اعمال فشار را بیشتر می‌کنند و کودکان سرسخت‌تر می‌شوند. این چرخه‌ی توأم با فشار متقابل که در اغلب مواقع با پیروزی کودکان در سرپیچی کردن از فرامین والدین همراه است، مبنای بسیاری از مشکلات و رفتارهای برون‌سازی شده می‌شود. به والدین در این جلسات آموزش داده شد که چگونه دستورالعمل‌هایی به کودک بدهند که احتمال سرپیچی کردن را در آنها به حداقل برساند. آنها آموختند که در هنگام درخواست وظایف مختلف از کودکانشان، ابتدا توجه آنها را جلب کنند، قاطعانه از آنها چیزی را بخواهند و خواسته‌ی خود را به‌وسیله‌ی پیامد دنبال کنند. این نوع رفتار والدینی احتمالاً توانسته است چرخه‌ی معیوب روابط بین کودک و والد را تحت تأثیر قرار دهد (به نقل از برادلی، ۲۰۰۲). از طرف دیگر از آنجایی که رفتارهای نامناسب کودکان مبتلا به اختلالات برون‌سازی شده فراوان رخ می‌دهند، اغلب والدین، نگاهی توأم با بدبینی به کودکان خود دارند و آنها را طرد می‌کنند و چون رفتارهای مناسب بسیار اندک رخ می‌دهند، در چنین فضایی نادیده انگاشته می‌شوند (سندرز و همکاران، ۲۰۰۴). برای والدین در جلسات آموزشی توضیح داده شد که یکی از علت‌های رو آوردن به سوی رفتارهای نامناسب جلب توجه والدین است، زیرا در بسیاری از مواقع، والدین وقتی کودک رفتار مناسبی انجام می‌دهد، به او توجه نمی‌کنند و به او پاداش نمی‌دهند. والدین در این جلسات آموختند که چگونه می‌توانند با نادیده انگاشتن رفتارهای نامناسب خفیف، آنها را کاهش دهند و از پاداش دادن تصادفی به آنها جلوگیری کنند و به‌جای آن رفتارهای مناسب فرزند خود را تقویت نمایند.

از سویی، یافته‌های این پژوهش با دیگر یافته‌ها در شرایط فرهنگی متفاوت نزدیک بوده است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که اختلالات برون‌سازی شده به‌طور کلی پدیده‌ای فرافرهنگی است، هرچند ممکن است در محتوای مسائل به‌وجود آمده، شرایط فرهنگی نیز دخالت داشته باشد. از سویی اصولی که برنامه‌ی فرزندپروری مثبت بر آن بنا شده، تئوری‌هایی است که نقش آنها در تبیین بخشی از رفتارهای آدمی غیرقابل‌انکار است. بدین خاطر نتایج این تحقیق شباهت قابل توجهی با دیگر تحقیقات به‌دست آورده است. هر چند باید توجه داشت که این تأثیر در یک محدوده‌ی سنی مشخص و در شهری خاص انجام شده است. بنابراین نباید در تعمیم نتایج اغراق شود. از سوی دیگر در این مطالعه فقط پسران ۱۰-۷ ساله مورد بررسی قرار گرفته‌اند که این امر می‌تواند پرسشی در مورد میزان تأثیر آن در دختران را مطرح سازد. بنابراین آنچه که به‌دست آمده گامی است فرا روی ما، برای پژوهش‌های بعدی، تا گستره‌های تازه‌ای نمایان گردد.

سپاسگذاری

شایسته است در انتها از همکاری صادقانه آموزش و پرورش کل شهرستان نهاوند و مسئولان و معلمین گرامی دبستان‌های پسرانه‌ی این شهرستان و نیز والدین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر نماییم.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه مقاله : ۸۷/۰۱/۲۶

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۸۷/۱۱/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۰۳/۳۰

References

منابع

- احسان منشی، مجتبی (۱۳۷۲). کارورزی والدین کودکان مبتلا به اختلال سلوک، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- اروین، آ.ز، بانکرت، سی. ال. و دوپل، جی. (۱۳۷۹). شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان، ترجمه: جواد علاقبندراد، چاپ اول. تهران: نشر بقیه.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۱). متن تجدیدنظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (محمدرضا نیکخو و هامایاک آزادیس یانگ، مترجم). تهران: انتشارات سخن.
- بلوم‌کوئیست، مایکل. ال. (۱۳۸۳). مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار: راهنمای عملی برای والدین و درمانگران. ترجمه جواد علاقبندراد. تهران: انتشارات سنا.
- سادوک، بنیامین، و سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۲). خلاصه‌ی روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی، جلد سوم (نصرت ا. پورافکاری، مترجم). تهران: نشر آب.
- زرگری‌نژاد، غزاله (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه موردی). پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- طهماسبیان، کارینه. (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- فتحی، نیره (۱۳۷۴). تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم اختلال ADHD، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

مینایی، ا. (۱۳۸۴). *هنجاریابی نظام‌بخشی مبتنی بر تجربه آشناباخ*. تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.

Achenbach, T. M., & Rescolar, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School Age: Form & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Anagold, A.; Costello, E., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-97.

Barbara, M., Richard, R., Julie, M., Robert, G., & Haward, M. (2004). Conduct Disorder and Propositional Defiant Disorder in National Sample: Developmental Epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621.

Beena, J., (2002). Behaviour Problem in Children and Adolescents With Learning Disabilities. *The Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 48-61.

Bor, W., Sanders, M.R., & Markie-Dadds, C. (2002). The Effective S of the Triple P-positive Parenting Program on Preschool Children with Co-Occurring Disruptive Behavior and Antinational / hyperactivity Difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 572-587.

Bradly, S.J., (2002). *Affect Regulation and the Development of Psychology*. New York: The Guild Ford Press.

Breslow, R.E., Klinger, B.I. & Erikson, B.J. (1999). The Disruptive Behavior Disorders in the Psychiatric Emergency Service. *General Hospital Psychiatry*, 21, 214-219.

Burt, S.A., Krueger, R.F., Mc Gue, M., & Iacano, W., (2003). Parent-child Conflict and the Co-morbidity among Childhood Externalizing Disorder. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 60, 505-513.

Cann, W., Roggers, H., Worley, G. (2003). Report on a Program Evaluation of a Telephone Assisted Parenting Support Service for Families Living in Isolated Rural Areas. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AejAm)*, 2(3), 264-276.

Cartwright-Hatton, S., (2005). Parent Skill Training: An Effective Intervention for Internalizing Symptoms in Younger Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 7, 128-139.

- Costin, J., lichte, C., Smith, A.H., Vance, A., & luk, E. (2004). Parent Group Treatments for Children with Oppositional Defiant Disorder. *Australian. E-journal for the Advancement of Mental Health*, 3, 1446-7984.
- Davison, C.G. (2005). *Abnormal psychology*. New York :John Wiley.
- Dean, C.; Myers, K., & Evants, E. (2003). Communicating-wide Implementation of Parenting Program: The South East Sydney Positive Parenting Program. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Helth*, 2(3), 1-12
- Gimpe, G.A., & Holland, M.L. (2002). *Emotional and Behavioral Problem of Young Children: Effective Intervention in the Preschool and Kindergarten Years*, New York: Guild Ford Press.
- 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 Hongkong. *Family Process*, 42(2), 531-544.
- Loeber, R., Burkley, J.D., Lahey, B.B., winters, A., & Zora, M. (2000). Oppositional Defiant and Conduct Disorder :A Review of the Past 10 Years, Part 1 *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry* 39,1468-1484
- Marmorstin, N.R., (2006). Relationship between Anxiety and Exter- nalizing Disorder in Youth: The Influences of Age and Gender, *Journal of Anxiety Disorder* (Article in press).
- Mash, E.J., & Barkley, R.A. (2002). *Child psychopathology*-New York :The Guild Ford Press
- Milen, J.M., & Edwards J.K. (2001). Family Treatment of Oppositional Defiant Disorder: Changing Views and Strength-Based Approaches. *The Family Journal: Counseling and Therapy For Couples and Families*, 1, 17-28.
- Richard, R., Barbara, M., Andrew, P., Jane,c.,& Adrian, A. (2002). The Relation between DSM-IV. Oppositional. Defiant Disorder and Conduct Disorder: Finding From the Great Smoky Maintains Study. *Journal of Child Psychology And Psychiatry*, 43, 39-50.
- Sanders, M.R. (2000). Commuity-based Parenting and Family Support Intervention and Prevention of Drog Abuse. *Addctive Behavior*, 25(6), 929-942

- Sanders, M.R. (2003). The Translation of Evidence-based Parenting Program in to Regular Clinical Services. *Australian e-Journal For The Advancement of Mental Health (AejAMH)*, 2(3), 1-4.
- Sanders ,M.R. (2003). Triple P–positive Parenting Program: A Population Approach to Promoting Competent Parenting. *Australian e–Journal for the Advancement of Mental Health (AejAm)*, 2(3), 1-17.
- Sanders, M.R. (2005). *Triple P: A Multi-Level System of Parenting Intervention: Workshop Participant Notes*. The University of Queensland: Brisbane, Australia.
- Sanders, M.R., & McFarland, M. (2006). Treatment of Depressed Mothers with disorder children: *A-controlled Elevation of 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., Turner, K.M.,& Markei-Dadds, C. (2003). 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), 183-189.
- Schachar, R., & Washmuth, R. (1990). Oppositional Defiant Disorder in Children: A Validation Study Comparing Conduct Disorder, Ppositional Disorder and Normal Control Children. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 31, 1089-1102.
- Terri, L. Shelton., Russell, A. Barkely., Chergl, Crosswait, Maureen, Moorehouse., Kenneth, Fletcher., Susan, Barrett, Lucy, Jenkins., & LoriMetevia. (2000). MuLtimethod, Psycho educational Intervention for Preschool Children with Disruptive Behavior: Two-year Post-Treatment Follow-up. *Journals Abnormal Child Psychology*, 28(3), 253-266.