

## تاثیر آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش علایم لجبازی-نافرمانی و اختلال سلوک در کودکان سنین ۷ تا ۱۰ سال

تکتم سادات جعفر طباطبایی<sup>۱</sup>

سمانه سادات جعفر طباطبایی<sup>۲</sup>

خدابخش خارایی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۴

### چکیده

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی فرزندپروری مثبت به مادران بر کاهش نشانه‌های لجبازی-نافرمانی و اختلال سلوک در کودکان انجام گرفت. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان مقطع ابتدایی پسرانه مدارس شهر کهنوج ۹۸۰ دانش‌آموز به همراه مادران آنها بود. ۴۰ نفر از کودکان که براساس پرسشنامه درجه بندی اسنپ چهار فرم والدین (۱۹۸۰) از لجبازی-نافرمانی بالا و براساس مقیاس پرسشنامه علائم مرضی تشخیص اختلال سلوک داده شده بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، به عنوان حجم نمونه انتخاب و به دو گروه آزمایش (نفر ۲۰) و کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمون در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای فرزندپروری مثبت شرکت کردند. نتایج تحلیل‌ها نشان داد که آموزش گروهی فرزند پروری مثبت بر کاهش لجبازی-نافرمانی و اختلال سلوک آزمودنی‌های گروه آزمایش موثر بوده و در مورد لجبازی - نافرمانی دارای ماندگاری تاثیر است. می‌توان نتیجه گرفت آموزش گروهی فرزند پروری مثبت به مادران بر نشانه‌های لجبازی-نافرمانی و اختلال سلوک تاثیر دارد و باعث کاهش علایم آنها می‌شود.

کلیدواژه‌ها: فرزندپروری مثبت، لجبازی - نافرمانی، اختلال سلوک، کودکان

<sup>۱</sup> - استادیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> - استادیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

<sup>۳</sup> - دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

**مقدمه:**

خانواده نخستین پایگاه تربیتی و قطعاً اولین و مهمترین کانون پرورش صحیح، احیاء و شکوفایی استعداد‌های کودکان است. بخش عمده‌های از پرورش صحیح عقل و عاطفه که پایه‌اساسی سعادت انسان را تشکیل می‌دهد بر عهده والدین می‌باشد که باید از کودکی شروع شود (میرزایی، چهرزاد و یعقوبی، ۲۰۰۹: ۲۷). جریان تربیت کودک برای والدین لذت بخش و در عین حال با مشقت‌ها و ناراحتی - های فراوان همراه است. اگر کانون خانواده در برگیرنده محیط سالم و سازنده همراه با روابط گرم و صمیمی تعامل بین فردی باشد، موجب رشد و پیشرفت همه جانبه اعضای خانواده می‌شود (شمائی زاده و احمدی، ۲۰۰۸: ۱۸۳). پدر یا مادر شدن، واقعه‌ای جسمی، روانی و اجتماعی است که اساساً روش زندگی زوجین را دگرگون می‌کند. وارد شدن فرزند به جمع خانواده بر نحوه زندگی زوجین (مثلاً محل زندگی و منزل)، روابط زناشویی (نظیر تماس‌های جنسی) و تنش‌های پدران و مادران (مانند تقاضای جدید) تأثیرگذار خواهد بود (صادقی حسن آبادی، ۲۰۰۶؛ به نقل از حاجی غلامی یزدی و علاقبند، ۱۳۹۲: ۱۳۶)

یکی از مهمترین و موثرترین دوران‌های زندگی فرد، دوران کودکی است؛ زیرا شخصیت فرد در همین دوران شکل می‌گیرد (عنبری، مهدویان و نادری، ۲۰۱۳: ۱۳). در همین راستا، خانواده نیز به عنوان اولین و بادوام ترین عامل در سازندگی شخصیت و رفتارهای آتی کودک، محسوب می‌شود. بنا بر نظر بسیاری از روانشناسان، منشا بسیاری از اختلالات شخصیتی و مشکلات روانی در پرورش اولیه کودک در خانواده است (پوراحمدی، چالالی، شاعیری، تهماسیان، ۲۰۰۹؛ به نقل از ناظمیان و شمس، ۱۳۹۵: ۱۲۵).

تعدادی از کودکان در فرایند رشد خود با مشکلات هیجانی و رفتاری خاص روبرو می‌شوند که معلول عوامل متعددی از جمله فشارهای رشد و انطباق با انتظارات خانواده و اجتماع است. رشد کودکان دارای مراحل و ویژگی‌های مشخصی است و در هر مرحله انتظارات و تکالیف رشدی خاصی برای آنان وجود دارد. برخی از کودکان بنابر دلایل مختلف قادر به گذراندن این مراحل و تامین انتظارات و تکالیف رشدی نیستند و نمی‌توانند رفتارهای مناسب با سطح رشدی خود را نشان دهند و در رفتارهای اجتماعی و تحصیلی با مشکل مواجه می‌شوند. چنین به نظر می‌رسد که داشتن مشکل

در هر یک از حوزه‌های اصلی رشد بر تحول کودک در آینده تاثیر می‌گذارد (شرودر و گوردون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ به نقل از گودرزی، هاشمی و تقوی، ۱۳۹۷: ۲).

با توجه به اهمیت و جایگاه کودکان، بررسی مشکلات و رفع آنها شایان توجه است. یکی از مشکلاتی که دامن گیر کودکان است، طیف اختلالات موسوم به اختلالات رفتار ایذائی می‌باشد. اختلالات رفتار ایذائی شامل دو مجموعه علائم ایذائی مستمر است که به طبقات اختلال لجبازی - نافرمانی و اختلال سلوک تقسیم می‌شوند (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳: ۴۶). اختلال لجبازی - نافرمانی اختلال نسبتاً جدید در کودکانی است که ملاک‌های کاملاً اختلال سلوک را ندارند. این اختلال، اولین بار به عنوان یک اختلال رفتاری پیشنهاد شد و یکی از رایجترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان به شمار می‌رود (استینر و رمزینگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷: ۴۶). اختلال لجبازی - نافرمانی (بی‌اعتنایی مقابله‌ای) که در کودکان ۳ الی ۱۷ ساله به دفعات گزارش شده است (هفلینگر و هامفریس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸: ۵). با یک الگوی درحال پیشرفتاز عدم همکاری، مشاجره، حاضر جوابی، نافرمانیو رفتار خصمانه در مقابل مظهرهای قدرت (والدین، معلم وسایر بزرگسالان) شکل می‌گیرد که به طور جدی با عملکرد روزانه کودک تداخل دارد و این علائم ممکن است در خانه یا مدرسه بسیار قابل توجه‌تر باشد (آکادمی روان پزشکی کودک و نوجوان آمریکا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). صرف نظر از تأثیری که این اختلال بر مسائل اجتماعی و تحصیلی و ارتباط با اعضای خانواده می‌گذارد، چنان چه بدون درمان رها شود در بیش از ۷۵ درصد موارد به اختلال سلوک و اختلال ضد اجتماعی و دیگر آسیب‌های روانی بزرگسالان که مرتبط با پرخاشگری وخشونت هستند، تبدیل می‌شود (هارادا، سائتوه، ایدا، ساکوما، ایواساکا، ایمای، اتال<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ به نقل از مرشد، داوودی و بابامیری، ۱۳۹۴: ۱۳).

اختلال سلوک<sup>۷</sup> نیز که یکی از اختلالهای رفتاری دوران کودکی را تشکیل می‌دهد، با مشکلات متعدد رفتاری، تحصیلی، اجتماعی و هیجانی همراه است که فرآیند سازگاری والدین با کودک را در خانواده با مشکل روبه رو می‌کند. این مشکلات همراه با هممی توانند تأثیر زیادی بر عملکرد روانی - اجتماعی والدین وفرزندانش داشته باشد (ماش و ولف<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰).

<sup>۱</sup>Schroeder & Gordon

<sup>۲</sup>American Psychiatric Association

<sup>۳</sup>Steiner, Remsing

<sup>۴</sup>Heflinger, Humphreys

<sup>۵</sup>American Academy of Child & Adolescent Psychiatry

<sup>۶</sup>Harada Y, Saitoh K, Iida J, Sakuma A, Iwasaka H, Imai J, et al.

<sup>۷</sup>Conduct Disorder

<sup>۸</sup>Mash & Wolfe

درواقع، مشکلات رفتاری کودکان به دلیل نمود ظاهریشان، بیشتر مورد توجه والدین و افرادی که با کودکان کار می‌کنند (مانند معلمان) قرار می‌گیرند. یکی از شایع‌ترین مشکلات رفتاری، «اختلال سلوک» است که در زمرهٔ «اختلالات رفتار آشوبگر<sup>۱</sup>» قرار می‌گیرد و یکی از مهمترین دلایل ارجاع کودکان به کلینیک‌های روانپزشکی است (استراتوپولو، جانسون و سیمونز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند دومین بیماری روانپزشکی رایج در دختران ارجاع داده‌شده به کلینیک‌های روانپزشکی، اختلال سلوک است (زوکولیو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳: ۶۵). اختلال سلوکنه تنها برای فرد مبتلای در دوران کودکی پیامدهای منفیبه همراه دارد، بلکه بر زندگی آینده وی نیز اثرات نامطلوبی می‌گذارد. مثلاً بزرگسالانی که در کودک مبتلا به اختلال سلوک تشخیص داده شده بودند، از سلامت جسمانی و روانی کمتری برخوردار و در زمینهٔ فرزندپروری نیز با مشکلات بیشتری روبه‌رو بودند (پجر، آستین، تریست، چینج و وانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸: ۹). این اختلال علاوه بر پیامدهایی که برای خود فرد دارد، هزینه‌های زیادی را نیز بر جامعه تحمیل می‌کند. از اینرو، شناسایی و انجام مداخلات درمانی برای کودکانی که در معرض مشکلات رفتاری هستند امری لازم و ضروری است، زیرا این امر باعث کمک هر چه بیشتر به والدین جهت کنار آمدن با فشارروانی حاصل از فرزند دارای مشکلات رفتاری خواهد شد (دانفورث، هاروی، اولزک و امسی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از گودرزی، هاشمی و تقوی، ۱۳۹۷: ۳).

یکی از مداخلات موثر بر شیوه‌های فرزندپروری و ارتباط والدین با فرزندان، برنامه فرزندپروری مثبت است که توسط ساندرسو همکارانش برنامه ریزی شده و گسترش یافته است (ساندرز، ۱۹۹۹ به نقل از زینالی و خانجانی، ۱۳۹۴: ۴۵).

برنامه فرزند پروری مثبت، از جمله مداخلاتی است که در سال‌های اخیر توجه برخی از پژوهشگران را به خود جلب کرده است و به‌نظر میرسد که در بهبود مشکلات رفتاری کودکان مؤثر باشد. هدف از این برنامه، پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری، رشدی، عاطفی در کودکان از طریق بالا بردن سطح دانش، مهارتها و اعتماد به نفس والدین است (ساندرس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳: ۶۸). برنامه فرزند پروری مثبت همانند سایر برنامه‌های آموزش والدین بر اساس اصول یادگیری اجتماعی بنا شده است و پایه‌های تجربی آن در مجامع علمی متعدد ذکر شده است (ساندرس، ۲۰۰۲). به‌طوری‌که، روشن بین

<sup>1</sup> disruptive behavior disorder

<sup>2</sup> Efstratopoulou, Janssen & Simons

<sup>3</sup> Zoccolillo

<sup>4</sup> Pajer, Stein, Tritt, Chang & Wang

<sup>5</sup> Danforth, Harvey, Ulaszek & Mckee

<sup>6</sup> Sanders

و همکاران (۲۰۰۷: ۱۵۸)، تأثیر آموزش برنامه فرزند پروری مثبت را بر کاهش تنیدگی والدگری و افزایش خودکارآمدی والدین نشان دادند و هانا و همکاران (۲۰۰۲)، تأثیر آموزش مهارت والدگری، ارتباط و حمایت اجتماعی را بر افزایش اعتماد و خودکارآمدی والدگری نشان دادند. همچنین، عاشوری و همکاران (۲۰۱۵)، اثربخشی برنامه آموزشی والدگری مثبت را بر ارتقای خودکارآمدی والدگری نشان دادند (دهقان منشادی، غلامرضایی و غضنفری ۱۳۹۵: ۲۵).

برنامه‌ی فرزندپروری مثبت<sup>۱</sup> برنامه‌ای است که در شرایط متفاوت به طور مؤثر قابل استفاده است (ساندرز، ۲۰۰۵). این برنامه، برنامه‌ای تربیتی است که با راهکار پیشگیری، سرپرستی کردن و داشتن توقعات واقعی، بر مراقبت از خویشتن برای والدین تأکید دارد (ساندرز، ۱۹۹۹: ۷۳). یافته‌ها نشان داده این برنامه قلمرو احترام را افزایش داده است و باعث رشد خانواده شده است (ساندرز و همکاران، ۲۰۱۴: ۳۳۹). نتایج نشان داده است که فرزند پروری مثبت ارتباط خاصی با سلامت جسمی و روانی کودک (لیپولد، داویس، لاسون و مک هال<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶: ۳۵۸۹)، کاهش نافرمانی، تخلف از قانون و پرخاشگری کودکان دارد (دیتمن و فاروگیا، کوون، ساندرس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶: ۱۰۷)، و باعث کاهش مشکلات رفتاری درونی و برونی در فرزندان شده است (بارلو، مالی، ناولت، گاکلیش و بیلی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). و همچنین موجب سازگاری رفتاری هیجانی کودکان شده است (بارلو، برگمن، کرنر، وای و بنت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶؛ به نقل از عیسی نژاد و خندان، ۱۳۹۶: ۱۰۳).

آموزش فرزندپروری مثبت راهکار مؤثر و قابل استفاده در درمان کودکان دچار رفتارهای ناسازگارانه می‌باشد.

در این روش به والدین آموزش داده می‌شود که چگونه تعاملات مثبت با کودکانشان را افزایش داده و از تعارضات بکاهند و از روش‌های نامناسب فرزندپروری بپرهیزند. والدینی که این آموزش‌ها را دریافت می‌کنند، خودکفایی بیشتری حساس نموده، به روش مناسب‌تری دستور می‌دهند و توانایی اطاعتپذیری کودک را به صورت پایدار تقویت می‌کنند؛ در عوض خودباوری اندک والدین باعث می‌شود که آنان در تربیت فرزندان به روش‌های سختگیرانه، قهر آمیز و آزاردهنده متوسل شوند که

<sup>۱</sup>Tripl P

<sup>۲</sup>Lippold, M., Davis, K., Lawson, K., & McHale, S

<sup>۳</sup>Dittman, C., Farruggia, S., Keown, L., & Sanders

<sup>۴</sup>Barlow, A., Mullany, B., Neault, N., Goklish, N., Billy, T., Hastings, R., Walkup, J.

<sup>۵</sup>Barlow, J., Bergman, H., Kornør, H., Wei, Y., & Bennett, C

این خودبه تداوم مشکل رفتاری کودک منجر میگردد (علی اکبری دهکردی، علی پور، اسماعیل زاده کیابانی و محتشمی، ۱۳۹۲: ۲۷).

این برنامه والدین را برای برخورد بهتر با کودکانشان آماده میسازد و توسط محققین در بررسی و بهبود ارتباط والد-فرزند به کار گرفته شده و حتی بر ارتباط کودکان دارای مشکلات و ناتوانی‌های هوشیبا مادرانشان تاثیر مناسبی داشته است (گلازمارکر و دبووت، ۲۰۱۲؛ آبراشی و همکاران، ۲۰۰۹؛ عاشوری و همکاران، ۲۰۱۵: ۱۲۷) این برنامه، والدین را در پنج سطح درگیر می سازد و به آنان کمک می کند تا توانایی‌های خود را در تعامل با کودک نوزاد تا ۱۲ ساله تقویت کنند. در سطح اول دانسته‌های والدین در مورد نقش والدینی از طریق مکتوبات یا دیگر اشکال رسانه ایافزایش می یابد و تشویق می شوند تا در برنامه شرکت کنند. در سطح دوم، به والدین در خصوص کودکان با مشکلات رفتاری آموزش داده می شود. در سطح سوم راهکارهای والدینی در خصوص کودکان با مشکلات رفتاری خفیف تا متوسط، در سطح چهارم در مورد کودکان با مشکلات جدی تر و در سطح پنجم، مداخلات خانواده در مورد کودکان با مشکلات شدید (به عنوان مثال، تعارض در روابط، افسردگی یا استرس والدینی)، آموزش داده می شود. بر این اساس والدین بنابر نیازها و تمایلات خود و سطح مشکلاتی که با آن روبرو هستند، آموزش دریافت می کنند (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از ناظمیان و شمس، ۱۳۹۵: ۱۲۸).

برنامه فرزند پروری مثبت یکی از ۵ سطح مداخله درمانی خانواده برای والدین کودکانی است که هم اکنون دچار یا در معرض خطر ابتلا به اختلالات رفتاری و عاطفی هستند. اهداف تمامی سطوح درمانی این روش بر افزایش خودکفایی و خودکارآمدی والدین در کنترل رفتار کودکان مبتنی است که از طریق آموزش‌های والدین به منظور ارتقای تحول کودک، حس صلاحیت اجتماعی و خودکنترلی میسر میشود (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۰: ۱۳۰). هنگامی که خانواده‌ها دوره اصلاح رفتار را پشت سر بگذارند، تغییرات مهمی را در موفقیت کنترل رفتار کودکانشان که ناسازگاریدارند، به دست می‌آورند (حاجی غلامی یزدی و علاقی‌بند، ۱۳۹۲: ۱۳۷).

با توجه به این مطالب و کمبود مطالعات موجود در کشور ما بر تاثیر برنامه فرزندپروری مثبت به خصوص بر مبنای فرهنگ ایرانی، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش والدین مبتنی بر

فرزندپروری مثبت بر علایم لجبازی و کاهش اختلال سلوک در کودکان سنین ۶ تا ۱۰ سال با توجه به فرهنگ ایرانی برپیشرفت تحصیلی و ارتباط والدین-کودک انجام شد.

### روش پژوهش:

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع طرح‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه است.

۳-۲ جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری پژوهش

جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل ۹۸۰ دانش‌آموز پسر مقطع ابتدایی سنین ۷ تا ۱۰ سال مدارس شهرستان کهنوج بود.

حجم نمونه: در این مطالعه پرسشنامه روی تعداد ۳۷۰ نفر اجرا گردید که در نهایت ۴۰ نفر از کودکان که براساس پرسشنامه‌های مطالعه از لجبازی/نافرمانی و اختلال سلوک برخوردارند به همراه مادران شان وارد تحقیق شدند.

روش نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری در مطالعه حاضر به صورت نمونه در دسترس بود. پس از مشخص شدن دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک هر کدام به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جاگیری شدند. پیگیری نیز پس از مدت ۲ ماهه بعد صورت پذیرفت.

### ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی  
پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی یک پرسشنامه محقق ساخته است که در آن سؤالاتی در مورد سن مادران و فرزندان، وضعیت درآمدی، وضعیت اشتغال مادران، میزان تحصیلات مادران و سطح تحصیلات آزمودنی‌ها و ابتلا و یا عدم ابتلای آنها به اختلالات طبی و روان پزشکی مزمن وجود داشت.

پرسشنامه لجبازی و نافرمانی (SNAP-IV)

یک مقیاس درجه بندی در امر تشخیص اختلال نارسا توجه/ فزونکنشی است که اولین بار در سال 1980 به کوشش سوانسون، نولان، و پلهام براساس توصیف‌های رفتاری اختلال نارسایی توجه در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماریاختلالات روانی ساخته شد. این پرسشنامه دارای یک مقیاس 18 سوالی است که والدین یا معلمان میتوانند آن را پاسخ دهند. شیوه نمره‌گذاری آن به این

صورت است که نه سوال اول نشانه‌های رفتاری غالباً بیتوجه و نه سوال دوم نشانه‌های رفتاری غالباً لجبازی و نافرمانی را می‌سنجند. این پرسشنامه از یک طیف چهار امتیازی تشکیل شده است که به ترتیب با کد، صفر، یک، دو و سه نمره گذاری می‌شوند. ضریب اعتبار این آزمون بر اساس روش بازآزمایی، ۰/۸۸ بر اساس روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۵ بر اساس روش دو نیمه کردن ۰/۷۳ و روایی ملاکی آن ۰/۵۵ گزارش شده است. (صدرالسادات، هوشیاری، صدرالسادات، محمدی، روزبهانی و شیرمردی، ۱۳۸۹). آلفای کرونباخ این پرسش نامه در مطالعه حاضر ۰/۸۵ محاسبه شد.

#### پرسش نامه علایم مرضی (فرم والدین) CSI-4

این پرسشنامه، ابزار غربالگری برای شایعترین اختلالات روانی کودکان بوده که بر اساس DSM تنظیم شده و شامل دو چک لیست والدین و معلمان است. در این تحقیق از فرم مخصوص والدین استفاده شده است. اولین فرم آن در سال 1984 توسط اسپرافکینو دانفورد، هارووی<sup>۱</sup> براساس طبقه بندی DSM-III تهیه گردید. بعدها در سال 1987 فرم CSI-3R به دنبال انتشار طبقه بندی DSM-III-R تهیه شد و با چاپ DSM-IV در سال 1994 فرم CSI-4 توسط اسپرافکین تجدیدنظر شد. این فهرست علامتگذاری شامل 112 ماده است که ۱۲ ماده آن مربوط به اختلال سلوک است. هر عبارت در چک لیست، در یک مقیاس 4 درجه‌ای (هرگز، گاهی، اغلب و بیشتر اوقات) پاسخ داده میشود. محققین مختلف از این وسیله به عنوان ابزاری مناسب در شناسایی و غربالگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک یاد میکنند. پرسشنامه CSI-4 به دو روش متفاوت نمره‌گذاری میشود: ۱) روش برش غربالکننده، ۲) روش نمره‌گذاری شدت. برای اکثر اختلالات، از روش غربالکننده استفاده میشود که در این روش، عبارات «هرگز» و «گاهی اوقات» صفر و عبارات «اغلب» و «بیشتر اوقات» یک، نمره گذاری می‌شوند. بنابراین، روش برش غربالگری، حاصل عبارات «اغلب» و «بیشتر اوقات» است. سپس نمره حاصله بانمره معیار این علامت، که منبع آن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV می‌باشد، مقایسه می‌گردد. چنانچه نتایج، مساوی یا بیشتر از نمره معیار علامت باشد؛ نمره غربال کننده، بلی خواهد بود. در این صورت فرد، اختلال دارد و در صورتی که نتایج، پایینتر از نمره معیار علامت باشد، نمره برش غربال کننده، خیر است. در مطالعات مختلف روایی و پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است. در این راستا، گرو و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۳۶ کودک مبتلا به اختلالات هیجانی، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آزمون مجدد، حدود 0/7 تا 0/8 گزارش کرده‌اند.

<sup>1</sup>Sprafkin, Danforth, Harvey



لازم به ذکر است ارزیابی‌های تشخیصی توسط پژوهشگر دوم مطالعه و ارائه روش‌های درمانی توسط پژوهشگر اول مطالعه انجام شده است. در مطالعه توکلی زاده (۱۳۷۵)، پایایی چک لیست والدین و معلمان از طریق بازآزمایی به ترتیب ۰.۹۰ و ۰.۹۲ تعیین گردیده است. در پژوهشی توسط ابراهیمی (۱۳۷۷) بعد از تایید اعتبار صوری پرسشنامه، نمرات پایایی چک لیست والدین نیز از طریق بازآزمایی به ترتیب ۰.۸۹ بود

### خلاصه پروتکل فرزندپروری مثبت

بعد از مراحل تشخیص و نمونه گیری، از مادران دانش آموزانی که شرایط لازم جهت انجام پژوهش را دارا بودند، جلسه معارفه‌ای برگزار گردید و طی آن رضایت مادران برای شرکت در جلسات مداخله جلب گردید. محتوای جلسات آموزش فرزندپروری به شرح زیر می‌باشد:

جلسه	عنوان	توضیحات
جلسه اول	(فرزندپروری مثبت گروهی)	جلسه معارفه-آشنایی با اهداف و محتوای برنامه ها- قوانین گروه-توضیح علت مشکلات رفتاری کودکان- مشاهده رفتارهای کودکان- یافتن روش‌های تغییر رفتاری کودکان
جلسه دوم	(ارتقاء رشد کودک ۱)	آموزش استراتژی‌های افزایش رفتار مثبت به مادران -تحسین توصیفی، فراهم کردن فعالیت‌های سرگرم کننده- نحوه و زمان کاربرد این استراتژی‌ها.
جلسه سوم	(ارتقاء رشد کودک ۲)	آموزش استراتژی‌های افزایش رفتار مثبت به مادران -تحسین توصیفی، فراهم کردن فعالیت‌های سرگرم کننده- نحوه و زمان کاربرد این استراتژی‌ها.
جلسه چهارم	(ارتقاء رشد کودک ۳)	استراتژی‌هایی جهت یاددهی رفتارها و مهارت‌های جدید در کودکان-آموزش استراتژی‌های تکنیک پرسیدن، گفتن، انجام دادن، آموزش انقادی
جلسه پنجم	(مدیریت رفتار ناکارآمد ۱)	صحبت درباره پیامدهای منفی تنبیه- ارائه استراتژی‌هایی برای مقابله با سوء رفتار کودک -روش‌های قانون گذاشتن، بحث مستقیم، دستور دادن مستقیم، و نادیده گرفتن آموزش داده می‌شود.
جلسه ششم	(مدیریت رفتار ناکارآمد ۲)	آموزش استراتژی‌های جایگزین تنبیه- پیامد منطقی- محروم سازی-زمان ساکت.
جلسه هفتم	(مدیریت رفتار ناکارآمد ۳)	ارائه سه برنامه کاربردی به والدین شامل برنامه روزانه پیروی، برنامه تصحیح رفتار، چارت رفتاری -آموزش در زمین کاربرد سه برنامه کاربردی.
جلسه هشتم	(از پیش برنامه ریزی 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 برنامه ریزی شده در موقعیت‌های پرخطر به کار گیرند.

### یافته‌های پژوهش:

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که در بین کودکان ۱۵ درصد سن ۷ سالگی، ۲۷.۵ درصد سن ۸ سالگی، ۳۲.۵ درصد سن ۹ سالگی و ۲۵ درصد سن ۱۰ سالگی داشتند. بیشترین فراوانی سن مربوط به فرزندان در ۹ سالگی و کمترین آن سن ۷ سالگی بود. همچنین میانگین سنی والدین نیز ۳۸ سال بود. از بین مادران شرکت کننده ۱۳ درصد زیر دیپلم، ۲۲ درصد دیپلم، ۳۱ درصد فوق دیپلم و ۳۴ درصد لیسانس به بالا بودند. از لحاظ وضعیت اشتغال نیز ۶۳ درصد آنها خانه دار و ۳۷ درصد نیز شاغل بودند. از لحاظ میزان شیوع اختلالات روانی در بین والدین نیز تنها ۰.۱ درصد از آنها پرونده ارجاع به روانشناس و تحت درمان بودند، از لحاظ مشکلات جسمانی نیز ۷ درصد از آنها یکی از والدینشان (یا پدر یا مادر) دارای مشکل مزمن پزشکی بود.

جدول ۱. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های علایم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک در مراحل پیش آزمون و

پس آزمون				
گروه اختلال	نوع آزمون	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
نافرمانی - مقابله‌ای	پیش آزمون	آزمایش	۱۸ / ۳۱	۸ / ۷
		شاهد	۵ / ۲۸	۷
	پس آزمون	آزمایش	۷۸ / ۲۲	۶۲ / ۲۴
		شاهد	۴۳ / ۲۷	۶ / ۶
سلوک	پیش آزمون	آزمایش	۷۸ / ۲۶	۸ / ۲
		شاهد	۲۵	۷۲ / ۳
	پس آزمون	آزمایش	۵۶ / ۱۸	۳ / ۵
		شاهد	۱۲ / ۲۴	۵ / ۳

یافته‌ای توصیفی نشان می‌دهند که شرکت در برنامه آموزش والدین به کاهش میانگین گروه در مقیاس نافرمانی -مقابله‌ای و علایم اختلال سلوک منجر شده است. تحلیل آزمون چندگانه اثرات اصلی و تعامل عامل‌ها را با معیار لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که متغیر مستقل در مدل تفاوت معناداری ایجاد کرده است ( $F = 9.5$ ،  $P = 0.001$ ). به منظور تحلیل داده‌های ارایه شده در جدول ۳ از روش تحلیل کوواریانس پس از تعدیل نمرات پیش آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارایه شده است.

## مفروضه‌های تحلیل کوواریانس

جهت بررسی پیش فرضه‌ای تحلیلی کوواریانس ابتدا نرمال بودن داده‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت شود آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای گروه‌های لجبازی-نافرمانی در تمام پیش آزمون (۰.۰۶۸) و پس آزمون (۰.۰۷۷)، اختلال سلوک در تمام پیش آزمون (۰.۰۵۳) و پس آزمون (۰.۰۸۱) معنی دار نیست و بنابراین نمرات دارای توزیع نرمالی هستند و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. همچنین از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌ها استفاده شد که مقدار sig برای لجبازی-نافرمانی و اختلال سلوک، در همه گروه‌های پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل و آزمایش بالای ۰.۰۵ است بنابراین واریانس خطاهای آنها با هم برابر هستند. از تحلیل کوواریانس چند متغیری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش فرض های آن بررسی شد. بدین منظور، چهار مفروضه تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن، همخطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۲-تحلیل کوواریانس تک متغیری در مورد لجبازی-نافرمانی و علایم اختلال سلوک در دو گروه آزمایش و

کنترل پس از تعدیل نمرات پیش آزمون

توان آزمون	میزان تاثیر	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	DF	مجموع مجذورات	
۰۰۰ / ۱	۶۹۳ / ۰	۰۰۱ / ۰	۰۲۳ / ۴۹	۳۱۱ / ۵۷	۱	۳۱۱ / ۶۷	نافرمانی-مقابله ای
۰۰۰ / ۱	۴۲۳ / ۰	۰۰۱ / ۰	۲۳ / ۱۹	۲۱۴ / ۴۳	۱	۲۱۴ / ۴۳	سلوک

جدول بالا نشان می‌دهد که با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، بین نمرات برآورد شده لجبازی-نافرمانی و اختلال سلوک بر حسب عضویت گروهی تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش فرزندپروری مثبت به مادران بر کاهش نشانه‌های لجبازی-نافرمانی و کاهش علایم اختلال سلوک موثر است. اندازه تاثیر مداخله ۰.۰۶۹۳ و ۰.۰۴۲۳ نشان می‌دهد که ۶۹٪ و ۴۲٪ از تغییرات ایجاد شده در ترکیب متغیرهای وابسته ناشی از متغیر مستقل بوده است و توان آماری ۰.۰۰۱ بوده است.

برای بررسی پایداری (ماندگاری) آموزش گروهی فرزند پروری مثبت بر کاهش نشانه‌های لجبازی-نافرمانی و سلوک در طول زمان از تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر استفاده شد. پیش از انجام تحلیل واریانس برای بررسی مفروضه طبیعی بودن توزیع چند متغیری از آزمون کرویت موخلی استفاده شد. نتایج نشان داد که شاخص W موخلی ۰.۰۸۰۵ و شاخص مجذور خی ۰.۵۸۶۱،

اپسیلون گرین هاوس-گریسر ۰.۰۸۳۷ است. با توجه به برقراری مفروضه کرویت که نشان از طبیعی بودن داده‌ها است تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر انجام شد.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس مکرر برای لجبازی نافرمانی و علایم اختلال سلوک

منبع	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
نافرمانی-مقابله ای	۰۶/۲۱۵	۱	۰۶/۲۱۵	۲۲/۸۲۷	۰۰۱/۰
خطا	۲۳/۲۸۷	۱۹	۹۶۰/۷		
سلوک	۳۲/۱۰۵	۱	۳۲/۱۰۵	۲۳/۱۹	۰۰۱/۰
خطا	۲۰۱/۱۳۰	۱۹	۲۰۱/۱۳۰		

نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه گیری‌های مکرر گزارش شده در جدول بالا نشان می‌دهد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آزمودنی‌ها در متغیر لجبازی-نافرمانی و علایم اختلال سلوک تفاوت معنی داری وجود دارد. نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر معنی دار بود و این نشان می‌دهد که تاثیر مطلوب آموزش گروهی فرزندپروری مثبت به مادران بر کاهش نشانه‌های لجبازی - نافرمانی و نقص توجه آزمودنی‌های گروه آزمایش در دوره پیگیری معنادار می‌باشد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش روش‌های فرزندپروری والدین موجب کاهش علایم نافرمانی - مقابله‌ای و کاهش علایم اختلال سلوک در کودکان ۷ تا ۱۰ سال می‌گردد. می‌توان بیان کرد که شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد والدین تحت تاثیر مداخله مبتنی بر آموزش فرزندپروری مثبت کاهش می‌یابد. برای تبیین این امر باید توجه داشت که شرکت مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی - مقابله‌ای و اختلال سلوک در جلسات آموزشی، همراه با توضیح در مورد ماهیت و علت اختلالات رفتاری، دانش، مهارت، اعتماد به نفس، خودکارآمدی و خوش فکری والدین در تربیت کودکانشان را افزایش داده و شناخت‌های نادرست آنان را نسبت به خود و فرزندانشان اصلاح می‌کند. از سویی دیگر اهداف تمامی سطوح درمانی این روش، افزایش خودکفایی و خودکارآمدی والدین در کنترل رفتار کودکان مبتنی است که از طریق آموزش‌های والدین به منظور ارتقاء تحول کودک، حس صلاحیت اجتماعی و خودکنترلی میسر می‌شود. بدین ترتیب یادگیری شیوه‌های تعامل درست با کودکان و پیدایش ظرفیت خودتنظیمی در والدین، به ایجاد روابط بهتر با کودکان و تغییر شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد مادران کمک می‌کند. از طرف دیگر یافته‌های این پژوهش با دیگر یافته‌ها در

شرایط فرهنگی متفاوت نزدیک بوده است. برای تبیین این امر باید توجه داشت اصولی که برنامه فرزندپروری مثبت بر آن بنا شده، تئوری هایی است که نقش آنها در تبیین بخشی از رفتارهای آدمی غیرقابل انکار است.

نتایج این مطالعه با پژوهش های معتمدی (۲۰۰۷) و زوبریک (۲۰۰۴) همسو است. همچنین نتایج به دست آمده آموزش فرزندپروری گروهی بر کاهش نشانه های لجاجی و نافرمانی موثر بوده و تاثیر ماندگاری دارد. این نتیجه همسو با نتایج تحقیقاتی اصلانی و همکاران (۱۳۹۵) و مرشد و همکاران (۱۳۹۴)، طاهری نیا (۱۳۹۲)، نودرمیر و همکاران (۲۰۱۶)، ساندر و همکاران (۲۰۰۴)، ساندر (۲۰۰۰) می باشد.

در رابطه با فرزندپروری و اختلال سلوک می توان گفت که والدین کودکان مبتلا به اختلال سلوک، معمولاً در تربیت فرزندان از قوانین بی ثبات، مهارت های ضعیف حل مساله و مسوولیت پذیری ضعیف برخوردارند و تعاملاتشان با فرزندان اغلب سرد و طرد کننده است. میزان پاسخدهی این والدین به نیازهای فرزندان و همراهی کردن با آنها در فعالیت ها عموماً در سطح پایینی است. همچنین وضع قوانین شفاف و به شکل موثری برای فرزندان اغلب در این خانواده ها دیده نمی شود. بنابر شواهد موجود، آموزش والدین در جهت ارتقا سبک فرزندپروری و به کارگیری شیوه های صحیح تربیتی، بسیاری از مشکلات رفتاری فرزندان که در واقع بازتابی از الگوهای غلط رفتاری خود والدین است را برطرف نموده و باعث کاهش رفتارهای لگام گسیخته و قانون شکنی ها در کودکان مبتلا به اختلال سلوک می شود. (بایرامی، ۲۰۰۹).

اصلانی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه ای نشان دادند که برنامه آموزشی والدگری مثبت سبب بهبود تعامل مادر با کودک شده است. مرشد و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه ای نشان دادند که علایم اختلال لجاجی - نافرمانی به گزارش والد و به گزارش معلم در گروه آزمون بازی درمانی گروهی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون کاهش معنی داری داشت. همچنین بعد از دو ماه پیگیری نتایج همچنان پابرجا بود.

آموزش مدیریت والد، باعث افزایش رفتارهای مثبت آنان می گردد. به طوری که روش های انضباطی غیرخشن جایگزین شیوه های خشن شده و از روش های حل مسئله بهره مند می گردد. این تغییرات مهارت های ارتباطی والدین با فرزندان از مهم ترین ویژگی های کاهنده رفتارهای مخرب در نوجوانان است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم بودن تعداد نمونه اشاره کرد از دیگر محدودیت‌های آن اینکه بعضی از مادران اعتقادی به انجام تکنیک‌ها نداشته و در جلسات به طور نامنظم شرکت می‌کردند. پیشنهاد می‌گردد شیوه‌های فرزندپروری مثبت برای والدین به صورت یک ضرورت پذیرفته شود، همچنین پیشنهاد می‌گردد این آموزش‌ها به طور اختصاصی برای والدین کودکان دارای اختلالات رفتاری صورت پذیرد. نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله مبتنی بر آموزش فرزندپروری مثبت منجر به کاهش معنی داری در علایم لجبازی و نافرمانی و کاهش علایم اختلال سلوک در کودکان ۷ تا ۱۰ سال می‌شود و به دنبال آن موجب بهبود سبک تعاملی میان والدین و کودکان می‌گردد. از نوآوری‌های این پژوهش می‌توان به تمرکززدایی نقش سنتی کودکان در ایجاد و افزایش اختلالات رفتاریشان و تاکید بر افزایش دانش والدین در بهبود روش‌های فرزندپروری و کاهش این اختلالات می‌توان اشاره کرد.



## منابع:

۱. ابارشی، زهره؛ طهماسیان، کارینه؛ مظاهری، محمدعلی؛ پناغی، لیلی. (۱۳۸۹). تاثیر آموزش برنامه ارتقای رشد روانی - اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر - کودک بر خوداثرمندی والدگری و رابطه مادر و کودک زیر سه سال، فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره ۳، شماره ۳، صص ۴۹-۵۷.
۲. پوراعتماد، حمیدرضا؛ روشن بین، مهدیه؛ کتایون، خوشابی. (۱۳۸۶). تاثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر اساس والدگری مادران کودکان ۱۰-۴ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی کمبود توجه، نشریه خانواده پژوهی، دوره ۳، شماره ۱، صص: ۵۵۵-۵۷۲.
۳. حاجی غلامی یزدی، مهدیه؛ علاقیند، مریم. (۱۳۹۲). تاثیر آموزش مهارت فرزند پروری بر نگرانی، اضطراب و باورهای خودکارآمد والدین، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، سال ۲ دوره ۲۱، صص: ۱۳۶-۱۴۷.
۴. جلالی، محسن؛ شعیری، محمدرضا؛ طهماسیان، کارینه؛ پوراحمدی، الناز. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر کاهش علایم کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله ای، دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد، سال ۱۶، دوره ۳۴، صص: ۲۹-۳۸.
۵. شمائی زاده، پروین؛ احمدی، سید احمد. (۱۳۸۷). تاثیر آموزش منظم به والدین بر روابط خانوادگی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان فلاورجان، فصلنامه دانش و پژوهش در علوم تربیتی، شماره ۱۷ و ۱۸، صص: ۱۸۶-۱۶۵.
۶. میرزایی، مهشید؛ میترا چهارزاد، مینو؛ یعقوبی، یاسمن. (۱۳۸۸). سبکهای فرزند پروری والدین شهر یزد، دو فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی استان گیلان، سال ۱۹، شماره ۶۱، صص: ۳۱-۲۷.
۷. عاشوری، محمد؛ پورمحمد رضا تجرشی، معصومه؛ افروز، غلامعلی؛ ارجمندینیا، علی اکبر؛ غباری بناب، باقر. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر تعامل مادر با کودک کم توان ذهنی، دوره ۱۶، شماره ۲، صص: ۱۲۸-۱۳۶.

۸. عبری، خاطره؛ مهدویان، عباس؛ ندری، ستار. (۱۳۹۱). عوامل پیشگویی کننده الگوهای ارتباطی مادر و کودک در مراجعین به بیمارستان شهید مدنی شهر خرم آباد، فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دوره ۱۵، شماره ۵، صص: ۱۳-۲۲.
۹. دهقان منشادی، سیدمسعود؛ غلامرضایی، سیمین و غضنفری، فیروزه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری مثبت بر خودکارآمدی والدگری و مشکلات رفتاری کودکان در زنان سرپرست خانوار شهر یزد، فصلنامه مددکاری اجتماعی، سال ۲ دوره ۵، صص: ۲۰-۲۷.
۱۰. علی اکبری دهکردی، مهناز؛ علی پور، احمد؛ اسماعیل زاده کیابانی، مریم و محتشمی، طیبه. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت بر تنیدگی مادران کودکان دارای اختلال بیش فعالی / نقص توجه در شهر کرج، فصلنامه کودکان استثنایی، سال ۴ دوره ۱۳، صص: ۲۳-۳۱.
۱۱. عیسی نژاد، امید و خندان، فریده. (۱۳۹۶). مقایسه ی اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت و مدیریت والدین بر سبک‌های والدگری مثبت و مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان، پژوهش‌های مشاوره، سال ۱۶ دوره ۱۶، صص: ۹۸-۱۲۵.
۱۲. عبری، خاطره؛ مهدویان، عباس و ندری، ستاره. (۱۳۹۱). عوامل پیش بینی کننده الگوهای ارتباطی مادر و کودک در مراجعین به بیمارستان شهید مدنی شهر خرم آباد، فصلنامه یافته، سال ۱۵، شماره ۵، دوره ۵۸، صص: ۱۳-۲۲.
۱۳. گودرزی، محمدعلی؛ هاشمی، راضیه و تقوی، محمدرضا. (۱۳۹۷). تاثیر برنامه آموزش رفتاری والدین بارکلی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی با اختلال سلوک، دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، سال ۱ دوره ۱۹، صص: ۱-۹.
۱۴. مرشد، نرگس؛ داوودی، ایران و بابامیری، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علائم لجبازی-نافرمانی کودکان، مجله آموزش و سلامت جامعه، سال ۳ دوره ۲، صص: ۱۲-۱۸.
۱۵. ناظمیان، عباس، شمس، زهرا (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش گروهی والدین مبتنی بر فرزند پروری مثبت با توجه به فرهنگ ایرانی بر پیشرفت تحصیلی و ارتباط مادر- کودک، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال ۲ دوره ۵۹، صص: ۱۲۴-۱۳۱.

16. Arlington, V. A. (2013). American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Publishing.

17. Barlow, J.; Bergman, H.; Kornør, H.; Wei, Y.; & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. England: John Wiley & Sons, Ltd.



18. Barlow, A. ; Mullany, B. ; Neault, N. ; Goklish, N. ; Billy, T. ; Hastings, R. ; Walkup, J. (2015). Paraprofessional-delivered home-visiting intervention for American Indian teen mothers and children: 3-year outcomes from a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 172 (2), 154-162.

19. Dittman, C. ; Farruggia, S. ; Keown, L. ; & Sanders, M. (2016). Dealing with disobedience: An evaluation of a brief parenting intervention for young children showing noncompliant behavior problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 47 (1), 102-112.

20. Danforth, J. S. ; Harvey, E. ; Ulaszek, W. R. ; Mckee, T. E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention deficit hyperactivity disorder and defiant aggression behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 188-205.

21. Efstratopoulou, M. ; Janssen, R. ; & Simons, J. (2012). Agreement among physical educators, teachers and parents on children's behaviors: A multitrait-multimethod design approach. *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), 1343-1351.

22. Glazemakers, I. ; Deboutte, D. (2012). Modifying the positive parenting program for parents with intellectual disabilities. *Intellect Disabil Res*; 1:11.

23. Helfing, C. A. ; Humphreys, K. L. (2008). Identification and treatment of children with oppositional defiant disorder: A case study of one state's public service system. *Psychological Services*:139-52. DOI: 10. 1037/1541-1559. 5. 2. 139

24. Harada, Y. ; Saitoh, K. ; Iida, J. ; Sakuma, A. ; Iwasaka, H. ; Imai, J. ; et al. (2004). The reliability and validity of the Oppositional Defiant Behavior Inventory. *Eur Child Adolesc Psychiatry*;13(3):185-90. DOI: 10. 1007/s00787-004-0376-0 PMID:15254847.

25. Hanna, B. ; Edgecombe, G. ; Jackson, C. A. ; Newman, S. (2002). The importance of first-time parent groups for new parents. *Nurs Health* ; 4(4): 209-14.

26. Lippold, M. ; Davis, K. ; Lawson, K. ; McHale, S. (2016). Day-to-day consistency in positive parent-child interactions and youth well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 25 (12), 3584-3592.

27. Mash, E. J. ; & Wolfe, D. A. (2010). *Abnormal Child Psychology*. Wadsworth, Cengage Learning.

28. Pajer, K. ; Stein, S. ; Tritt, K. ; Chang, CN. ; Wang, W. ; Gardner, W. (2008). Conduct disorder in girls: neighborhoods, family characteristics and parenting behaviors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 28, 1-11.

29. Sanders, M. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71-90.
30. Sanders, M. R. ; Markie-Dadds, C. ; Turner, K. M. T. (2000). *Practitioners' manual for standard Triple-P*. Brisbane, Australia: Families International.
31. Sanders, M. ; Kirby, J. ; Tellegen, C. ; Day, 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.
32. Sanders, M. (2005). *Triple P: A multi-level system of parenting intervention: Workshop participant notes*. the university of queensland. Brisbane Australia.
33. Steiner, H. ; Remsing, L. (2007). Work Group on Quality I. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 46(1):126-41. DOI:10.1097/01.chi.0000246060.62706.af PMID: 17195736
34. Schroeder, C. S. ; Gordon, B. N. (2002). *Assessment and treatment of childhood problems: A clinician's guide*. Guilford press.
35. Sanders, M. R. ; Markie-Dadds, C. ; Tully, L. A. ; Bor, W. (2000). The triple p-positive parenting program: a comparison of enhanced standard and self-directive behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *J Consult Clin Psychol* ; 68(2): 624-40.
36. Sanders, M. R. (2003). *Triple p-positive parenting program: Professional Training* the University of Queensland.
37. Sanders, M. R. ; Turner, K. M. T. (2002). The role of media and primary care in the dissemination of evidence based parent intervention: Our experience with the Triple p program. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*; 10(4), 158-169.
38. Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Development Psychopathology*, 65, 65-78.