

## اثربخشی تباردرمانی بر کاهش استرس مادران دارای فرزندان با نشانه‌های اختلال‌های برون‌سو

### The Efficacy of Filial Therapy on Reducing Mothers' Stress with Children with Externalizing Disorder

*M. Atarodi, M.A.*

*A. Dadkhah, Ph.D.*

*B. Dolatshahi, Ph.D.*

مرزیه عطاردی ✉

کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر اصغر دادخواه

استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر بهروز دولتشاهی

استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دریافت مقاله: ۹۰/۵/۲  
دریافت نسخه اصلاح‌شده: ۹۲/۲/۲۳  
پذیرش مقاله: ۹۲/۴/۲۲

#### Abstract

The present study is planned to investigate the efficacy of filial therapy on reducing mother stress with six and seven years old sons with externalizing disorders in Iran. In this single subject study, six mothers whose children according to their scores on the Child Behavior Checklist are above the normal range were selected in judgmental sampling method.

✉ Corresponding author: Kashan, Fazel Naraghi  
St, Shahid Zakeri, Al, N 14  
Tel: +980361-4225150  
Email: [marzie.atarodi@gmail.com](mailto:marzie.atarodi@gmail.com)

#### چکیده

مطالعه حاضر به منظور اثربخشی تباردرمانی بر کاهش استرس مادران دارای فرزندان پسر ۶ و ۷ ساله با نشانه‌های اختلال‌های برون‌سو، با روش آزمایشی تک‌آزمودنی انجام شد. بدین منظور، شش مادر که فرزندان آن‌ها براساس سیاهه رفتاری کودک (CBCL)، علائم و نشانه‌های اختلال‌های برون‌سو را نشان می‌دادند، به روش نمونه‌گیری قضاوتی انتخاب شدند.

✉ نویسنده مسئول: کاشان، خیابان فاضل نراقی، کوچه شهید  
ذاکری، پلاک ۱۴  
تلفن: ۰۳۶۱۴۲۲۵۱۵۰  
پست الکترونیک: [marzie.atarodi@gmail.com](mailto:marzie.atarodi@gmail.com)

Before intervention initiation, parents were evaluated by "Parenting Stress Inventory-Short Form" to establish a baseline three times with a 3-week interval between each session.

Then participant attended nine weekly one-hour and half group session. At third, sixth, and ninth sessions, participant was evaluated once more. At the end of the treatment intervention they were tested again, twice with two weeks interval. Repeated measures were used in order to determine the effectiveness of treatment on the entire descent group member too. Examination of diagrams indicates that all participants expect two subjects, show significant changes in mother's stress. So, an observed percentage recovery between 0.04% to 23% was found with an average to high effect size.

However, results did not reach to significant level for two participants who did not complete the process of intervention. In repeated measure test with Huynh-Felt test, results indicate that filial therapy is effective for reducing mother's stress with six and seven years old sons with externalizing disorder ( $p < 0.012$ ).

**Keywords:** play therapy, filial therapy, parenting stress.

آزمودنی‌ها پیش از شروع جلسات درمان، سه مرتبه به فواصل یک هفته‌ای، با پرسش‌نامه استرس والدینی - فرم کوتاه ارزیابی شدند (خط پایه) و پس از آن، در نُه جلسه گروهی هفتگی یک ساعت و نیمی شرکت کردند. در جلسات سوم و ششم و نهم نیز آزمودنی‌ها به وسیله پرسش‌نامه مذکور ارزیابی شدند.

پس از اتمام جلسات نیز دو مرتبه، با فواصل دو هفته‌ای، نتایج به دست آمده پیگیری شد. بررسی نتایج با تحلیل چشمی نمودار نشان داد که بیشتر آزمودنی‌ها (به جز دو آزمودنی) تغییرات چشمگیری در شاخص استرس والدینی نشان دادند. همچنین درصد بهبودی ۰/۰۴ درصد تا ۲۳ درصد و اندازه اثر متوسط تا بالایی مشاهده شد؛ اما در دو آزمودنی که جلسات درمان را تکمیل نکردند، نتایج، معنادار نبود. در اندازه‌گیری‌های مکرر با استفاده از آزمون هینه فلت نیز مشخص شد که تباردرمانی بر کاهش استرس مادران مؤثر بوده است ( $p < 0.012$ ).

**کلیدواژه‌ها:** بازی‌درمانی، تباردرمانی، استرس والدینی.

## مقدمه

مشاورانی که با کودکان و خانواده‌هایشان کار می‌کنند، از اهمیت چگونگی والدگری آگاهی دارند. والدگری، ترکیبی از ابراز عشق و تأثیرات ساختار و نظم موجود است. سختی کار این مشاوران در یافتن بهترین روش منتقل کردن یافته‌های علمی، در زمینه فرزندپروری، به طریقی معنی‌دار،

به‌گونه‌ای است که فرصتی برای تغییر و رشد سالم برای خانواده‌ها در مواقع پریشانی و مشکلات به‌وجود آورد (والکر،<sup>۱</sup> ۲۰۰۲).

لندرث<sup>۲</sup> (۱۳۷۴) دربارهٔ بیان مشکلات کودکان در فرایند رشد، بیان می‌کند که مشکلات کودکان اغلب به‌دلیل ناتوانی بزرگسالان در ادراک یا پاسخ‌گویی مؤثر به احساسات و کوشش‌های آن‌ها در جهت ارتباط است. این شکاف ارتباطی زمانی عمیق‌تر می‌شود که بزرگسالان اصرار دارند کودکان، آن وسیلهٔ بیانی (بیان کلامی) را بپذیرند که خود آن‌ها (بزرگسالان) استفاده می‌کنند.

همچنین براساس پژوهش‌های دهه‌های اخیر، مشخص شده که استرس از عوامل تأثیرگذار در تحول عاطفی - رفتاری کودکان است. وجود ویژگی‌های استرس‌زای مفرط از عوامل عمدهٔ تحول اختلال‌های رفتاری محسوب می‌شود. از سویی، بر این نکته تأکید شده است که تحول عاطفی - رفتاری کودک و نیز روابط والدین - کودک در خلال سال‌های نخست زندگی، به‌صورت گسترده‌ای تحت تأثیر استرس والدین قرار می‌گیرد (استورا،<sup>۳</sup> ۱۳۷۷). از سوی دیگر، سطح استرس ادراک شدهٔ مادر و احساس‌های او دربارهٔ سلامت خود، می‌تواند از تعیین‌کننده‌های مهم رفتار والدگری مادر و سازش‌یافتگی کودک باشد. تعامل‌های ضعیف و آشفتهٔ مادر - کودک به استرس والدینی<sup>۴</sup> بیشتری می‌انجامد. همچنین استرس والدینی بالا، تعامل‌های ضعیف والد - کودک را در پی دارد (دادستان و احمدی ازغندی و حسن‌آبادی، ۱۳۸۵).

در میان گسترهٔ وسیعی از مداخلات درمانی، والدین به‌عنوان عامل کلیدی تغییر رفتارهای ضداجتماعی کودک در نظر گرفته می‌شوند؛ بنابراین حل و فصل مشکلات استرس والدینی، به‌خصوص مادر، به ارتقای بهداشت روانی وی و عملکرد بهتر در ایفای نقش والدگری منجر می‌شود (روشن‌بین، ۱۳۸۶).

استرس، عملکرد فرد را در قلمروهای اجتماعی، روان‌شناختی، جسمانی و خانوادگی دچار اختلال می‌کند. نیز بر اثر ایجاد تغییرات روان‌شناختی، مانند افزایش تحریک‌پذیری، اضطراب، تنش و حالت عصبی و ناتوانی در مهار خود، روابط اجتماعی و خانوادگی را مختل می‌کند و در ایفای نقش پدری یا مادری سستی و ضعف به‌وجود می‌آورد (استورا، ۱۳۷۷).

به‌منظور کنترل و کاهش استرس والدین مرتبط با فرزندان، تاکنون روش‌های مختلفی در خصوص والدین و فرزندان به‌کار برده شده است: یکی از اشکال مختلف درمان که با انواع والدین با گسترهٔ وسیعی از مشکلات، طراحی شده است، تباردرمانی<sup>۵</sup> نام دارد که به مراقبان در گسترش رابطه‌ای عمیق‌تر و تطابق‌یافته‌تر با کودکانشان و کاهش سطح استرس آن‌ها و نیز حساس‌تر شدن واکنش‌هایشان کمک می‌کند. تباردرمانی تلفیقی از بازی‌درمانی و خانواده‌درمانی است. در این روش، به جای اینکه کودکان رابطه‌ای جدید با درمانگر ایجاد کنند، برای ایجاد نوعی رابطهٔ درمانی با

کودکان و تبدیل شدن به نمایندگان فرایند درمان، بازی‌درمانگران به مراقبان آن‌ها آموزش می‌دهند. این آموزش‌ها بر مبنای اصول بازی‌درمانی غیر هدایت شده است (راین، ۲۰۰۷).

تباردرمانی به‌عنوان فرایندی تحولی، از کارهای برنارد جورنی و از سال ۱۹۶۴ آغاز شد. وی بازی‌درمانگر کودک‌محوری بود که اصول نظری درمان مراجع‌محوری را از کارهای کارل راجرز و اصول بازی‌درمانی را از کارهای ویرجینیا اکسلاین اقتباس کرده بود. او به دلیل اهمیتی که برای والدین، به‌عنوان شرکای تأثیرگذار بالقوه فرایند درمان قائل بود، به تدریج آن‌ها را در فرایند درمان وارد کرد.

دو جزء اصلی درمان در این روش، عبارت‌اند از: ۱. جایگزینی رفتارهای نامناسب والدگری با رفتارهای مولد و مثبت بیشتر؛ ۲. برقراری همدلی و حمایت از والدین از طریق تعامل اعضای گروه و مشاور (جورنی، ۱۹۹۷؛ به نقل از والکر، ۲۰۰۲).

با تکیه بر اصول اساسی که تباردرمانی بر مبنای آن‌ها شکل گرفته است، درمانگران اشکال مختلفی را به‌منظور استفاده از این روش درمانی طراحی کرده و به کار برده‌اند. رایج‌ترین حالات آن عبارت‌اند از: ۱. مدل ده جلسه‌ای گروه‌درمانی؛ ۲. مدل گروهی طولانی‌تر که تقریباً حدود شش ماه به طول می‌انجامد و ۳. برنامه‌ای برای خانواده‌ها به‌صورت جداگانه که در حدود بیست هفته برای تعدیل کردن مشکلات ارائه شده ادامه دارد (راین، ۲۰۰۷). بنا به نظر راین (۲۰۰۷)، رایج‌ترین حالت آن مدل ده جلسه‌ای «درمان ارتباطی کودک - والد (CPR)»<sup>۷</sup> لندرت است که در این پژوهش، از این مدل استفاده شده است.

مطالعات به‌طور مکرر نشان داده‌اند که تباردرمانی به‌وسیله افزایش پذیرش والدینی و کاهش استرس والدینی و کاهش رفتارهای مشکل‌ساز که والدین گزارش می‌کرده‌اند، باعث تقویت روابط والد - کودک شده است (مانند براتون<sup>۸</sup> و لندرت، ۱۹۹۵؛ کستاس<sup>۹</sup> و لندرت، ۱۹۹۹؛ لندرت و براتون، ۲۰۰۶). همچنین در پژوهشی که آتاناسیو<sup>۱۰</sup> و جانینگ<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۹) و موریسون<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۶) براساس مدل ده جلسه‌ای لندرت، بر روی کودکان پیش‌دبستانی انجام دادند که در زمینه اختلالات رفتاری در محدوده مرزی یا بالینی قرار داشتند، تغییرات معناداری در کاهش نشانه‌های اختلالات برونسو گزارش شد.

این روش در گروه‌های قومی مختلف و افرادی با انواع مشکلات و موقعیت‌های متفاوت تأثیرات مثبتی داشته است. نیز این روش ویژگی خاصی دارد که از والدین، به‌عنوان نمایندگان اصلی درمان، به‌منظور کاهش استرس آن‌ها و بهبود روابط در درون سیستم خانواده استفاده می‌کند. با توجه به مسائل مذکور، این پژوهش در پی استفاده از روش تباردرمانی در این زمینه است تا کاهش استرس والدین در ایران را بررسی کند.

بنابراین هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی تباردرمانی بر کاهش استرس مادران دارای فرزندان پسر ۶ و ۷ ساله با اختلال‌های برونسوست. بر این اساس، فرضیه این پژوهش به قرار زیر است: تباردرمانی با استفاده از مدل ده‌جلسه‌ای لندرت، استرس والدین دارای کودکان ۶ و ۷ ساله با اختلال‌های برونسو را کاهش می‌دهد.

## روش

روش تحقیق این مطالعه شبه‌آزمایشی (شبه‌تجربی) با ساختار طرح تک‌آزمودنی<sup>۱۳</sup> است. جامعه آماری آن شامل والدین تمامی پسران ۶ و ۷ ساله با اختلال‌های برونسوست که برای شرکت در کلاس‌های فرهنگی و آموزشی به مرکز آفرینش‌های کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان مراجعه کرده‌اند. بر همین اساس، نمونه آماری آن شامل شش نفر از والدین کودکان پسر ۶ و ۷ ساله است که اختلال‌های برونسو داشته و به‌صورت قضاوتی یا هدف‌دار انتخاب شده‌اند.

در این پژوهش، برای تشخیص اختلال‌های برونسو از سیاهه رفتاری کودک (CBCL)، از «نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ» (ASEBSA) استفاده شد. همسانی درونی اختلال‌های برونسو از سیاهه رفتاری کودک توسط مینایی (۱۳۸۴)، ۰/۸۴ و پایایی آن با استفاده از روش آزمون - بازآزمون  $r = 0.97$  محاسبه شده که در سطح  $p < 0.05$  معنادار بوده است.

به منظور ارزیابی سطح استرس مادران، از «فرم کوتاه پرسش‌نامه استرس والدینی (PSI-SF)»<sup>۱۴</sup> آبی‌دین فرم ۳۶ سؤالی، استفاده شد که سه زیرمقیاس کودک مشکل‌آفرین و آشفتگی والدین و تعاملات ناکارآمد والد - کودک را شامل می‌شود (فدایی، ۱۳۸۸). از طریق ارزیابی این پرسش‌نامه، به هر یک از این زیرمقیاس‌ها نمرات جداگانه‌ای تعلق می‌گیرد و از مجموع نمرات آن‌ها، نمره استرس کلی برای هر یک از والدین محاسبه می‌شود که در این پژوهش، نمره استرس کلی استفاده شده است.

فدایی (۱۳۸۸) این پرسش‌نامه را بر روی ۴۶۸ مادر هنجاریابی کرد. نتایج آلفای کرونباخ برای میزان اعتبار نمره کل استرس والدینی برای کل گروه هنجاری ۰/۹۰ بود که این نتیجه برای مادران کودکان پسر، ۰/۸۹ و برای مادران کودکان دختر، ۰/۹۱ بود. ضریب اعتبار بازآزمایی در طول هجده روز بعد از اجرای اول، برابر با ۰/۷۵ برای کل استرس والدینی بود که این مقادیر همبستگی بیانگر ثبات نمرات شاخص PSI-SF در طول زمان است. روایی همگرا، از طریق تعیین ضریب همبستگی با مقیاس سلامت خُلقی (DASS) و سیاهه رفتاری کودکان (CBCL) و روایی تمیزی آن، از طریق بررسی تفاوت و قدرت تفکیک بین گروه مادران عادی با بالینی و استثنایی و اعتبار آن، به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ و ضریب دو نیمه گاتمن محاسبه شد. نتایج نشان داد بین ویژگی‌های سلامت خُلقی براساس مقیاس DASS، با استرس والدین رابطه مثبت معناداری وجود داشت.

به منظور اجرای این پژوهش، پس از انجام دادن هماهنگی‌های لازم با کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان، پژوهشگر در محل تشکیل کلاس‌ها حاضر شد و پس از ارائه توضیحات لازم، سیاهه رفتاری کودک (CBCL) در اختیار تمام مادرانی قرار گرفت که پسران ۶ و ۷ ساله داشتند. مادرانی نمونه اولیه در نظر گرفته شدند که براساس فرم CBCL نمره T فرزندان آن‌ها در مقیاس اختلال‌های برونسو، بیشتر از شصت به دست آمد؛ یعنی در دامنه مرزی و بالینی قرار گرفتند. پس از برقراری تماس تلفنی با این افراد و توصیف مختصر برنامه درمانی برای آن‌ها، از میان آن‌هایی که تمایل و امکان شرکت در برنامه را داشتند، هشت نفر برای شرکت در برنامه درمانی انتخاب شدند که شش نفر از آن‌ها در جلسه حضور یافتند. در طول برنامه، آزمودنی‌های ۲ و ۵ هر یک به ترتیب، ۲ و ۳ جلسه غیبت داشتند و بقیه آزمودنی‌ها، بدون غیبت، تا پایان برنامه گروه را همراهی کردند.

ملاک‌های ورود: ۱. والدینی که فرزندان پسر ۶ و ۷ ساله دارند؛ ۲. فرزندان آن‌ها براساس مقیاس CBCL در زمینه اختلالات برونسو بالاتر از محدوده نرمال قرار دارند.

ملاک‌های خروج: ۱. والدینی که کودکان آن‌ها براساس مقیاس CBCL، علاوه بر اختلالات برونسو، در زمینه اختلالات درونسو نیز بالاتر از حد نرمال قرار داشته باشند؛ ۲. والدینی که فرزندان آن‌ها به دلیل اختلالات رفتاری، تحت هر نوع درمان دیگری قرار گرفته باشند.

پس از انجام دادن نمونه‌گیری و تعیین اعضای گروه نمونه، پیش از شروع برنامه درمانی، اعضای گروه نمونه به پرسش‌نامه استرس والدینی - فرم کوتاه با فواصل یک هفته‌ای پاسخ دادند و نتایج حاصل از آن‌ها، مرحله خط پایه در نظر گرفته شد. سپس جلسات درمانی هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه یک ساعت و نیم به مدت نه هفته برگزار شد. به دلایل محدودیت‌های مکانی و زمانی، مفاهیم و مهارت‌های مربوط به جلسات اول و دوم و سوم در دو جلسه ادغام شد. در حین اجرای برنامه درمانی، اعضا سه مرتبه، یعنی در جلسات سوم و ششم و نهم، ارزیابی شدند و نتایج آن ثبت شد. پس از پایان مداخله نیز نتایج کار دو مرتبه با فواصل دو هفته‌ای پیگیری شد.

همان‌طور که پیش از این نیز بیان شد، متغیر مستقل در این پژوهش، روش تباردرمانی است. به این منظور، رایج‌ترین مدل آن، یعنی مدل ده جلسه‌ای لندرت (۲۰۰۶)، در این پژوهش به کار برده شد. در این مدل، اهداف و برنامه درمانی در قالب ده جلسه یک ساعت و نیمه در هر هفته تنظیم شده است.

فعالیت‌های انجام شده در جلسه اول: مرور اهداف آموزشی CPRT و مفاهیم اصلی آن؛ آشناسازی و معارفه گروه؛ آموزش پاسخ‌های انعکاسی؛ تکمیل پاسخ‌های بازتابانی-کاربرگ تمرینی کلاس؛ ایفای نقش؛ آموزش اصول اساسی جلسات بازی؛ ارائه تکالیف جلسه بعد.

قواعد مربوط به جلسه اول: بر شیرینی‌ها تمرکز کنید نه بر چالش‌های زندگی؛ تمرکز بر رابطه نه بر مشکل؛ تعدیل‌کننده دما باشید نه دماسنج. آموختن بازتابانیدن رفتار به جای واکنش نشان دادن به

آن؛ مهم نیست که چه انجام می‌دهید، مهم عملکرد بعدی شماست. اینکه اشتباه کنیم، قطعی است، اما می‌توانیم آن را جبران کنیم.

فعالیت‌های انجام شده در جلسه دوم: به اشتراک گذاشتن تجربیات و مرور تکالیف؛ معرفی کردن و نشان دادن اسباب‌بازی‌های مورد استفاده در جلسات بازی کودک؛ راهنمایی والدین در انتخاب مکان و زمان مناسب برای جلسات بازی؛ مرور دست‌برگ‌ها و نبایدها؛ مرور دست‌برگ «چک‌لیست فرایند جلسات بازی»؛ ایفای نقش والدین؛ انتخاب یک یا دو نفر از والدین برای جلسه بعد؛ ارائه تکالیف جلسه بعد.

قواعد مربوط به جلسه دوم: انگشت والد باید بینی کودکش را دنبال کند؛ نمی‌توانید چیزی را که صاحب آن نیستید، بذل و بخشش کنید. فعالیت‌های انجام شده در جلسه سوم: به اشتراک گذاشتن تجربیات و مرور تکالیف؛ مرور فیلم ویدئویی جلسه بازی و نظارت بر آن؛ مرور دست‌برگ «تنظیم محدودیت‌ها: A-C-T» قبل از اینکه خیلی دیر شود؛ انتخاب یک یا دو نفر از والدین برای جلسه بعد؛ ارائه تکالیف جلسه بعد.

قواعد مربوط به جلسه سوم: زمانی که کودک در حال غرق شدن است، سعی نکنید به او شنا کردن را آموزش دهید؛ تا زمانی که در جریان جلسات لازم نشده، ضرورتی برای اجرای محدودیت‌ها نیست.

فعالیت‌های انجام شده در جلسه چهارم: به اشتراک گذاشتن تجربیات و مرور تکالیف؛ مرور فیلم ویدئویی جلسه بازی و نظارت بر آن؛ مرور «تنظیم محدودیت‌ها...»؛ ایفای نقش درباره مهارت‌ها و محدودیت‌های جلسات بازی؛ انتخاب یک یا دو نفر از والدین برای جلسه بعد؛ ارائه تکالیف جلسه بعد.

قواعد مربوط به جلسه چهارم: اگر نمی‌توانید چیزی را در ده کلمه بگویید، آن را نگویند. فعالیت‌های انجام شده در جلسه پنجم: به اشتراک گذاشتن تجربیات و مرور تکالیف؛ مرور فیلم ویدئویی جلسه بازی و نظارت بر آن؛ آموزش مهارت «۱۰۱» انتخاب: آموزش مسئولیت‌پذیری و تصمیم‌گیری؛ انتخاب یک یا دو نفر از والدین برای جلسه بعد؛ ارائه تکالیف جلسه بعد.

قواعد مربوط به جلسه پنجم: با آنچه در واقعیت نمی‌توانید موافقت کنید، به صورت خیالی آن را تصدیق کنید؛ انتخاب‌های بزرگ برای بچه‌های بزرگ، انتخاب‌های کوچک برای بچه‌های کوچک. انتخاب‌ها باید با مرحله رشدی کودک متناسب باشد.

فعالیت‌های انجام شده در جلسه ششم: به اشتراک گذاشتن تجربیات و مرور تکالیف؛ مرور فیلم ویدئویی جلسه بازی و نظارت بر آن؛ آموزش «پاسخ‌های ایجادکننده اعتماد به نفس»؛ انتخاب یک یا دو نفر از والدین برای جلسه بعد؛ ارائه تکالیف جلسه بعد.

قواعد مربوط به جلسه ششم: هیچ‌گاه برای کودک کاری را انجام ندهید که او خودش می‌تواند انجام دهد.

فعالیت‌های انجام شده در جلسه هفتم: به اشتراک گذاشتن تجربیات و مرور تکالیف؛ مرور فیلم ویدئویی جلسه بازی و نظارت بر آن؛ آموزش مهارت «تشویق در مقابل تحسین»؛ انتخاب یک یا دو نفر از والدین برای جلسه بعد؛ ارائه تکالیف جلسه بعد.

قواعد مربوط به جلسه هفتم: بیش از تحسین به دلیل انجام دادن کاری، کودک را به کوشش برای انجام دادن کار تشویق کنید.

فعالیت‌های انجام شده در جلسه هشتم: به اشتراک گذاشتن تجربیات و مرور تکالیف؛ مرور فیلم ویدئویی جلسه بازی و نظارت بر آن؛ آموزش مهارت «محدودیت‌های پیشرفته: دادن حق انتخاب به‌عنوان پیامد اجابت نکردن»؛ تعمیم‌دادن محدودیت‌ها به خارج از جلسات بازی؛ ساختاربندی عروسک‌بازی برای والدین؛ انتخاب یک یا دو نفر از والدین برای جلسه بعد؛ ارائه تکالیف جلسه بعد. قواعد مربوط به جلسه هشتم: جایی که محدودیتی وجود ندارد، امنیتی هم وجود نخواهد داشت؛ برای تغییر هر چیزی بلافاصله دست به کار نشوید. فعالیت‌های انجام شده در جلسه نهم: به اشتراک گذاشتن تجربیات و مرور تکالیف؛ نمایش آخرین فیلم ویدئویی جلسه بازی و نظارت بر آن؛ مرور دست‌برگ «قاعده‌ها و موارد دیگری برای یادآوری»؛ خاتمه کار.

قواعد مربوط به جلسه نهم: چیزهای خوب ذره ذره می‌آید.

در تفسیر اطلاعات به دست آمده درباره هر یک از آزمودنی‌ها، علاوه بر تفسیر موردی هر یک از آزمودنی‌ها، از روش تحلیل چشمی نمودار و محاسبه اندازه اثر<sup>۱۵</sup> و درصد بهبودی استفاده شد. در این پژوهش، همچنین به منظور تجزیه و تحلیل یافته‌ها، از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر<sup>۱۶</sup> نیز استفاده شد.

## یافته‌ها

به منظور آزمون فرضیه پژوهش، نمره استرس والدینی آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، بعد از مداخله و پیگیری، با استفاده از روش‌های تحلیل چشمی نمودار و محاسبه اندازه اثر و درصد تغییر تحلیل شد که نتایج در جدول ۱ و نمودارهای ۱ تا ۶ آمده است. شایان ذکر است به دلیل حضورنداشتن کامل آزمودنی‌های ۲ و ۵ در طول درمان، در آزمون ارزیابی‌های مکرر، داده‌های مربوط به این آزمودنی‌ها در نظر گرفته نشده است. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، همه آزمودنی‌ها به جز آزمودنی ۲ و ۵، دیگر اعضای گروه در مقیاس استرس والدینی بین ۰/۰۴ درصد تا ۲۳ درصد بهبودی نشان می‌دهند. همچنین در آزمودنی‌های ۱ و ۳ و ۴ اندازه اثر بالا و در آزمودنی ۶، اندازه اثر متوسط مشاهده شد. بنابراین می‌توان گفت تباردرمانی استرس مادران دارای فرزندان با اختلال‌های برونسو را کاهش داده است.



جدول ۱: محاسبه درصد تغییر و اندازه اثر آزمودنی‌ها در استرس والدینی

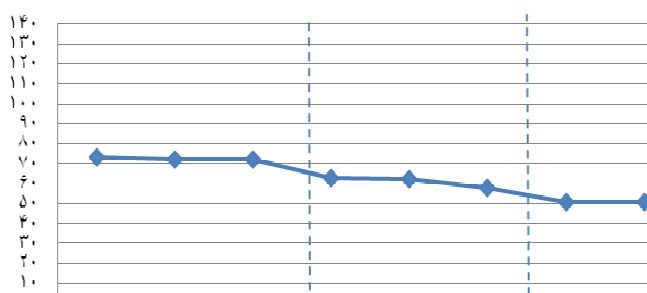
آزمودنی	قبل از درمان	بعد از درمان	پیگیری	درصد تغییر	اندازه اثر
آزمودنی ۱	۷۲/۳۳	۵۸	۵۱	٪۱۹	*۰/۸۴
آزمودنی ۲	۱۰۲/۶۶	۱۰۷	۱۲۲	٪-۰/۰۴	-۰/۷۸
آزمودنی ۳	۱۲۲/۶۶	۹۴	۹۳	٪۲۳	*۰/۸۷
آزمودنی ۴	۹۱/۳۳	۷۳	۶۶	٪۲۰	*-۰/۹۷
آزمودنی ۵	۱۰۸/۶۶	۱۳۴	۱۳۷	٪-۲۳	-۰/۸۱
آزمودنی ۶	۸۱/۶۶	۷۸	۷۳	٪-۰/۰۴	**۰/۷۰

\* اندازه اثر بالا: بیشتر از ۰/۸، \*\* اندازه اثر متوسط: بین ۰/۵ تا ۰/۸

نکته: نمرات بیشتر از ۹۰ در مقیاس کلی استرس والدینی در حوزه بالینی قرار می‌گیرد.

۰، ۱۰، ۲۰، ۳۰، ۴۰، ۵۰، ۶۰، ۷۰، ۸۰، ۹۰، ۱۰۰، ۱۱۰، ۱۲۰، ۱۳۰، ۱۴۰

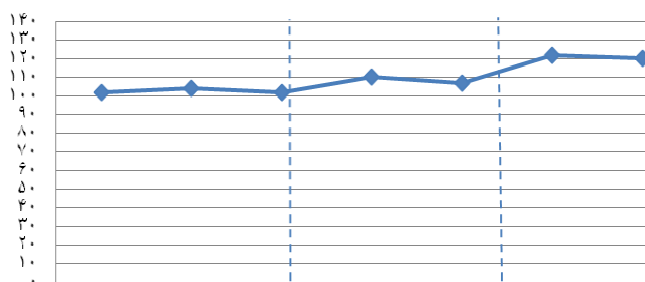
براساس آنچه در نمودارهای ۱ تا ۶ ملاحظه می‌شود، در مرحله خط پایه در نمرات تمام آزمودنی‌ها تغییری مشاهده نمی‌شود و می‌توان گفت قبل از شروع مداخله، نمرات مربوط به این بخش ثابت بوده است. آزمودنی شماره ۲ همان‌طور که پیش از این هم گفتیم، دو جلسه غیبت داشت که یکی از این جلسات مربوط به دومین جلسه ارزیابی می‌شود و به همین دلیل، درباره این آزمودنی، در مرحله حین اجرا فقط دو نمره وجود دارد. در مجموع، درباره این آزمودنی شیب مشخصی مشاهده نمی‌شود و با کاهش و افزایش بی‌نظم نمرات مواجه‌ایم. در آزمودنی ۵ نیز که سه جلسه غیبت داشت و یکی از این جلسات مربوط به نخستین ارزیابی مرحله حین درمان می‌شد، تنها دو نمره در این سطح وجود داشت که نشان‌دهنده افزایش نمرات در این مرحله است و پس از پایان درمان، یک ثبات تقریبی در نمرات دیده می‌شود. اما درباره چهار آزمودنی باقی‌مانده، همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در مرحله حین اجرا، نمرات با شیب ملایمی سیر نزولی دارند که درباره آزمودنی ۶ این سیر پس از درمان نیز همچنان ادامه دارد و در سه آزمودنی باقی‌مانده پس از اتمام درمان، ثابت مانده است.



پیگیری ۱، جلسه ۹، جلسه ۶، جلسه ۳، خط پایه ۳، خط پایه ۲، خط پایه ۱

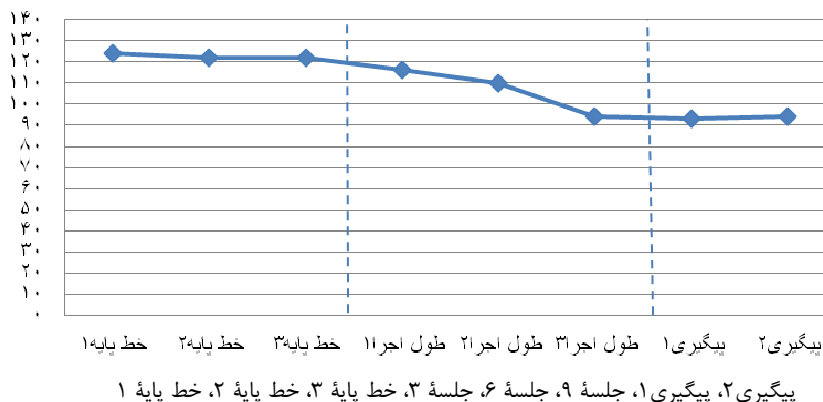
نمودار ۱. میزان تغییرات استرس والدینی در آزمودنی ۱

آزمودنی ۱، ۳۳ ساله و دیپلمه و خانه‌دار است که با فرزند پسر هفت ساله‌اش که در مقیاس اختلالات برونسو با نمره ۶۳ در محدوده مرزی قرار داشت، در پژوهش شرکت دارد. مادر نیز در مقیاس کلی استرس والدینی با نمره ۷۲/۳۳ در محدوده مرزی قرار داشت. پدر خانواده در تمام جلسات حضور داشت و مشتاقانه از طریق همسرش، در جریان آموزش‌های برنامه قرار می‌گرفت. این جلسات، هم‌زمان با برگزاری کلاس‌های آموزشی کانون برای کودکان بود. این آزمودنی به‌طور منظم در جلسات حضور داشت و تکالیف هر جلسه را انجام می‌داد. فیلم ویدئویی جلسه بازی آن‌ها و همچنین گزارشات فردی آزمودنی نشان می‌داد که آن‌ها به شیوه درستی اصول اساسی جلسات بازی را اجرا کرده و شیوه تنظیم محدودیت‌ها «مدل A-C-T» را به‌خوبی به کار بسته‌اند. همچنین طبق گزارش و مشاهدات مادر، وی از «پاسخ‌های ایجادکننده اعتماد به نفس» استفاده فراوانی کرده و در طول جلسات و همچنین پایان برنامه، اظهار داشت رفتارهای قانون‌شکنی و پرخاشگری کودک کاهش چشمگیری داشته است و همچنین احساس آرامش و رضایت بیشتری از رفتارهای خود گزارش داد.



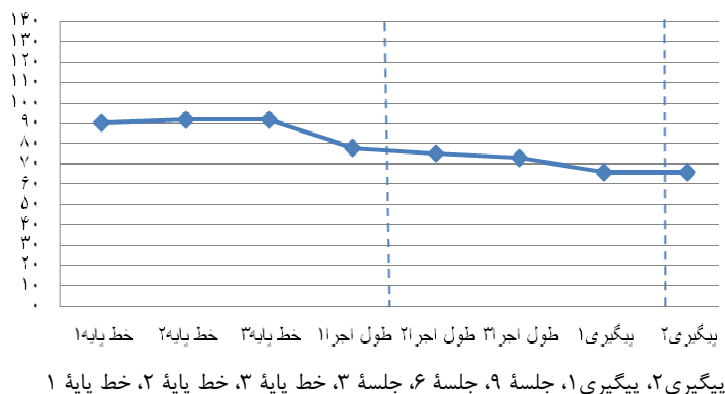
نمودار ۲. میزان تغییرات استرس والدینی در آزمودنی ۲

آزمودنی ۲، سی‌ساله، لیسانس و خانه‌دار است که به همراه فرزند دوشم که پسر شش ساله است، در پژوهش شرکت داشتند. فرزند این آزمودنی در مقیاس اختلالات برونسو با نمره ۶۶ در محدوده بالینی قرار داشت و خودِ مادر نیز با نمره ۱۰۲/۶۶ در شاخص کلی استرس والدینی، در حوزه بالینی قرار می‌گرفت. آزمودنی در جلسات ابتدایی حضور فعالانه‌ای در گروه داشت و با جدیت، مهارت‌ها را می‌آموخت؛ اما بنابه اظهار خودِ آزمودنی، مواجهه با عوامل مداخله‌گر پیش‌بینی نشده‌ای، همچون مشکلات رفتاری و تحصیلی فرزند بزرگ‌تر او در مدرسه و جابه‌جایی محل سکونت آن‌ها در حین پژوهش، مانع از ادامه حضور مستمر و فعالانه وی شد. با وجود این، در فیلم ویدئویی ایشان به‌کارگیری برخی مهارت‌هایی که به‌خصوص در جلسات آغازین آموزش داده شده بود، مانند پاسخ‌های بازتاب‌دنی و ایفای نقش پیرو به جای راهبر، مشهود بود.



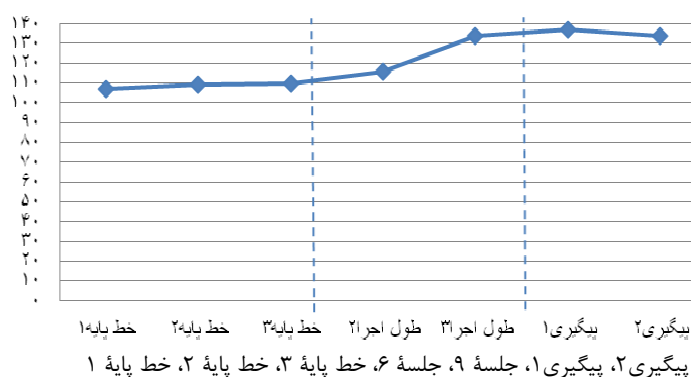
نمودار ۳. میزان تغییرات استرس والدینی در آزمودنی ۳

آزمودنی ۳، سی ساله و لیسانس و خانه‌دار است و صاحب یک فرزند پسر هفت ساله است. کودک مدنظر در مقیاس اختلالات برونسو، با نمره ۶۱/۶۶ در محدوده مرزی قرار داشته و مادر نیز در شاخص کلی استرس والدینی، با نمره ۱۲۲/۶۶ در حوزه بالینی قرار داشت. این آزمودنی در جلسات آغازین، از بیشتر رفتارهای فرزندش و تلاش‌هایی که به منظور ایجاد تغییر در رفتارهایی او انجام داده بود، ارزیابی‌های منفی‌نگرانه‌ای داشت. نیز از عملکرد خود صراحتاً ابراز نارضایتی می‌کرد؛ اما با شروع جلسات و مشارکت ایشان در جلسات و انجام دادن تکالیف مربوط به هر جلسه در منزل، همگام با کاهش رفتارهای قانون‌شکنی و پرخاشگرانه فرزند، اشتیاق بیشتری در مادر برای حضور در جلسات و انجام دادن تکالیف مشاهده شده و احساس خودکارآمدی بیشتری از جانب خود ایشان گزارش می‌شد.



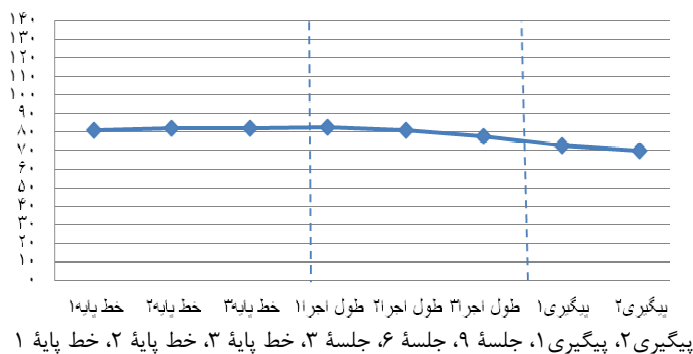
نمودار ۴. میزان تغییرات استرس والدینی در آزمودنی ۴

آزمودنی ۴، ۲۹ ساله و فوق دیپلم و خانه‌دار، به‌همراه تک‌فرزند شش ساله خود، از شرکت‌کنندگان این پژوهش بود. کودک مدنظر در مقیاس اختلال‌های برونسو در محدوده مرزی قرار داشت (۶۲/۳۳). این مادر هم که در اغلب جلسات به اتفاق همسرش به محل برگزاری جلسات می‌آمدند، اشتیاق و مشارکت فعالی در اجرای آموزش و مهارت‌های برنامه از خود نشان داد. این آزمودنی در شاخص کلی استرس والدینی در محدوده بالینی (۹۱/۳۳) قرار داشت. به‌همین دلیل، همان‌طور که انتظار می‌رفت، مهارت‌های تنظیم محدودیت‌ها (ACT) و آموزش مسئولیت‌پذیری و تصمیم‌گیری (۱۰۱ انتخاب) بسیار مورد توجه این آزمودنی قرار گرفته و طبق اظهارات وی، کاربرد آن تأثیر بسزایی در کنترل و کاهش استرس‌های والدگری برای این آزمودنی به‌همراه داشته است. این روند رو به بهبود از همان جلسه دوم آغاز شده و حتی پس از پایان مداخله نیز ادامه داشت.



نمودار ۵. میزان تغییرات استرس والدینی در آزمودنی ۵

آزمودنی ۵، ۳۵ ساله و لیسانس و خانه‌دار است. وی با تک‌فرزند شش ساله‌اش از شرکت‌کنندگان این پژوهش‌اند. فرزند ایشان با نمره ۶۶/۳۳ در مقیاس اختلالات برونسو، در محدوده بالینی قرار داشته و مادر نیز با نمره ۱۰۸/۶۲ در مقیاس کلی استرس والدینی، در محدوده بالینی قرار می‌گیرد. همان‌گونه که پیش از این نیز گفتیم، این آزمودنی سه جلسه غیبت داشت. همچنین بنا به اظهار خود او، به‌دلیل مشکلات ارتباطی با همسرش و وضعیتی که از لحاظ روحی و روانی برای وی ایجاد شده بود، به‌کارگیری مهارت‌های آموخته‌شده قادر نبود. هرچند در نتایج آزمون‌ها، درباره این آزمودنی اندازه اثر منفی مشاهده شد، براساس گزارش وی، مهارت تنظیم محدودیت‌ها (ACT) در جهت داشتن احساس کنترل بیشتر بر رفتارهای فرزندش برای او در بعضی مواقع که موفق به استفاده از آن شده، مفید بوده است.



نمودار ۶. میزان تغییرات استرس والدینی در آزمودنی ۶

آزمودنی ۶، سی ساله و فوق دیپلم و خانه‌دار بود که به اتفاق پسر شش ساله‌اش که در مقیاس اختلالات برونسو، در محدوده مرزی قرار داشت (۶۱/۶۶)، در پژوهش حضور داشت. این مادر از نظر شاخص کلی استرس والدینی، در محدوده مرزی قرار داشت (۸۱/۶۶). بنا به اظهارات وی، با توجه به ویژگی‌های فردی خود و فرزندش، مهارت «تشویق در مقابل تحسین» برای او بسیار سودمند بود. در این آزمودنی، هر چند تغییرات در شاخص استرس والدینی با سرعت آهسته‌ای از جلسه ششم به بعد آغاز شد، این سیر نزولی ادامه داشت؛ به نحوی که پس از پایان مداخله نیز پا برجا بود.

**آزمون اندازه‌گیری مکرر برای استرس والدینی:** به منظور اجرای آزمون اندازه‌گیری مکرر برای نمره کلی استرس والدینی، ابتدا داده‌های مربوط به سه مرتبه اندازه‌گیری خط پایه از طریق آزمون موشلی بررسی شد. مقدار به‌دست آمده، یعنی ۰/۳۷ نشان داد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، فرض کرویت برقرار است. سپس سطح معناداری آزمون اثرات درون آزمودنی (۰/۵۸) نشان داد که با اطمینان ۹۵ درصد بین دفعات مکرر اندازه‌گیری در مرحله خط پایه، تفاوت معناداری وجود نداشت؛ بنابراین مشخص شد که رفتار آزمودنی‌ها پیش از شروع مداخله، ثبات داشته است. بنابراین برای بررسی نهایی از میانگین داده‌های این مرحله استفاده شد. برای بررسی داده‌های مربوط به مرحله حین اجرا، چون سطح معناداری آزمون موشلی (۰/۰۴) از ۰/۰۵ کوچک‌تر بود، از ضرایب تصحیح (اپسیلون) برای اصلاح درجه آزادی استفاده شد و آزمون هینه فلت به‌عنوان آزمون مبنا در نظر گرفته شد.

سطح معناداری این آزمون (۰/۵۲) نشان داد که فرض کرویت برقرار است؛ اما در آزمون اثرات درون آزمودنی، با استناد به آزمون اسفریسیتی اسامد، چون سطح معناداری (۰/۰۶۵) بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، فرض بر این شد که با اطمینان ۹۵ درصد بین دفعات متفاوت اندازه‌گیری در مرحله حین اجرا، تفاوت معناداری وجود ندارد.

به‌همین دلیل، در محاسبه نهایی داده‌های این مرحله نیز به‌صورت میانگین محاسبه شد. سطح معناداری ۰/۱۵ در داده‌های مرحله پیگیری در آزمون اثرات درون آزمودنی نشان داد که با اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معنی‌داری بین تعداد متفاوت اندازه‌گیری در مرحله پیگیری وجود ندارد و به همین دلیل، برای ارزیابی نهایی داده‌های میانگین آن محاسبه شد. در مرحله نهایی میانگین نمرات خط پایه، حین اجرا و مرحله پیگیری، با آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر بررسی شد. در ادامه، جدول آزمون اثرات درون آزمودنی در نشانه‌های نمره کلی استرس والدینی آمده است.

جدول ۲: آزمون اثرات درون آزمودنی در نمره کلی استرس والدینی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری
بین آزمودنی	۹۲۴/۷۹۶	۱/۱۴	۸۱۰/۰۷۷	۲۲/۹۶	۰/۰۱۲
خطا	۱۲۰/۸۳۳	۳/۴۲	۳۵/۲۸۱		

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، آزمون هیمنه فلت نشان داد که چون سطح معناداری روش درمانی (۰/۰۱۲) کوچک‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت تباردرمانی بر استرس والدین تأثیرگذار بوده و باعث کاهش آن شده است.

### بحث و تفسیر

در مروری مختصر بر یافته‌های به‌دست آمده از بررسی موردی آزمودنی‌ها، ذکر موارد زیر ضروری به‌نظر می‌رسد.

در آزمودنی شماره ۱، به‌نظر می‌رسد کاهش رفتارهای قانون‌شکنی و پرخاشگرانه که احتمالاً بر اثر استفاده از مهارت‌هایی همچون تنظیم محدودیت‌ها و پاسخ‌های ایجادکننده اعتماد به‌نفس در کودک ایجاد شده، مادر احساس توانمندی بیشتری در کنترل رفتارهای کودک خود داشته و در ایجاد احساس آرامش و رضایت در وی تأثیرگذار بوده است.

در باره آزمودنی شماره ۲، با وجود تمایل اولیه ایشان برای تغییر، این روند مستمر نبوده و بنا به اظهار خود آزمودنی، «مشغولیت به مسائل دیگر که موقتاً اهمیت بیشتری در زندگی او یافته بود» و به نظر می‌رسید رفتارهای فرزند وی را نیز تحت تأثیر قرار داده بود، از به‌کارگیری مهارت‌های آموخته شده و مشارکت بیشتر در جلسات، مانع شد.

در آزمودنی شماره ۳، می‌توان گفت مشاهده تغییرات در رفتارهای فرزند و همچنین رابطه والدینی آن‌ها، در ایجاد احساس اثربخشی بیشتری درباره فرزند تأثیرگذار بوده و همین موضوع باعث

اشتیاق بیشتر وی برای مشارکت فعالانه‌تر در برنامه درمانی شده و در نهایت، باعث کاهش علائم استرس والدینی از همان جلسات ابتدایی شده و تا زمان پیگیری نیز ادامه داشته است. در آزمودنی شماره ۴، به نظر می‌رسد مسائلی که در کاهش استرس والدینی تأثیرگذار بوده است، عبارت‌اند از: به کار بردن مهارت‌های تنظیم محدودیت‌ها (ACT) و آموزش مسئولیت‌پذیری و تصمیم‌گیری (۱۰۱ انتخاب) که ضمن واضح‌تر کردن قوانین، مسئولیت‌پذیری و اعتماد به نفس کودکان را در مسائل مربوط به خودشان افزایش می‌دهد، به همراه مشارکت فعلاً پدر، به خصوص در گسترش مهارت‌های آموخته شده در خارج از جلسات بازی که باعث استمرار وضعیت جدید می‌شده است. آزمودنی شماره ۵، از سویی، با داشتن سه جلسه غیبت، فرصت یادگیری مهارت‌های تمام جلسات را نداشته و از سوی دیگر، مشکلات ارتباطی با همسرش در طول جلسات درمان و وضعیتی که از لحاظ روحی و روانی برای وی ایجاد شده بود، عملکرد او را در طول درمان تحت تأثیر قرار داده بود.

در آزمودنی شماره ۶، در نتیجه استفاده از مهارت تشویق در مقابل تحسین، مادر می‌آموزد به کوشش‌های کودک برای انجام دادن کارهای مختلف بیش از پیش توجه کند و در نتیجه، فرصت بیشتری برای مسئولیت‌پذیری و خودباوری برای او به وجود آورد. به نظر می‌رسد این موضوع هم در بهبود رفتارهای مقابله‌ای در کودک مؤثر بوده و هم با ایجاد تغییراتی در نوع ارزیابی مادر از عملکرد فرزندش، در ایجاد احساس خودکارآمدی و در نتیجه، کاهش استرس والدینی در وی مؤثر بوده است. با بررسی یافته‌های به دست آمده از مطالعه، در دو آزمودنی ۲ و ۵، در هیچ یک از مقیاس‌ها نشانه‌های بهبودی مشاهده نشد. نمرات این دو آزمودنی در نمره کلی اختلال‌های برونسو پیش از شروع برنامه درمانی، بیش از سایر آزمودنی‌ها بود. به عبارت دیگر، نمرات آن‌ها در دامنه بالینی قرار می‌گرفت، حال آنکه نمرات چهار آزمودنی دیگر در دامنه مرزی قرار داشت. به نظر می‌رسد قرار گرفتن این آزمودنی‌ها در دامنه بالینی، در میزان استرس والدینی و به تبع آن، ایجاد تغییر در این زمینه تأثیرگذار بوده است و برای دستیابی به بهبودی، ایجاد تغییراتی در جهت سودمندتر شدن برنامه برای این افراد نیاز باشد.

به طور کلی و براساس آزمون اندازه‌گیری مکرر در شاخص استرس والدینی، نتایج نشان داد که تباردرمانی با استفاده از مدل ده جلسه‌ای لندرت، استرس والدین کودکان دارای اختلال‌های برونسو را کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج تحقیقات براتون و لندرت (۱۹۹۵)، گلور<sup>۱۷</sup> و لندرت (۲۰۰۰)، جانگ<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۰)، یوئن<sup>۱۹</sup> لندرت و باگرلی<sup>۲۰</sup> (۲۰۰۲)، والکر (۲۰۰۲)، سولیس<sup>۲۱</sup> میرس<sup>۲۲</sup> و وارجاس<sup>۲۳</sup> (۲۰۰۴) و کاستاس<sup>۲۴</sup> و لندرت (۱۹۹۹) همسو بوده است. این تحقیقات در گروه‌های مختلف اثر بخشی تباردرمانی را در کاهش استرس والدینی به اثبات رسانده‌اند.

همان‌طور که پیش از این نیز بیان شد، نمره کلی استرس والدینی از مجموع مقیاس‌های آشفتگی والدین و تعامل ناکارآمد والد - کودک و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین به دست می‌آید. زیرمقیاس آشفتگی والدین دربرگیرنده مسائلی مانند تعارض با والد دیگر و فقدان حمایت اجتماعی و افسردگی می‌شود که به‌عنوان هم‌بسته‌های فرزندپروری ناکارآمد شناخته شده‌اند (فدایی، ۱۳۸۸). نمرات دو آزمودنی ۲ و ۵ در این زیرمقیاس بیش از سایر آزمودنی‌ها بود (۴۲ و ۴۶). هرچند نمرات مذکور در حوزه بالینی قرار نمی‌گیرد، چون در مقایسه با سایر زیرمقیاس‌ها و همچنین نمرات سایر آزمودنی‌ها در این مقیاس در سطح بالاتری قرار دارد، به نظر می‌رسد آشفتگی این والدین در نتایج پژوهش تأثیرگذار بوده است؛ به طوری که این موضوع از حضور آن‌ها در جلسات گروهی و اجرای جلسات بازی در منزل با فرزندانشان و همچنین به‌کار بردن مهارت‌های آموزش داده شده توسط آن‌ها خلل ایجاد می‌کرد.

اما صرف‌نظر از نمرات به‌دست آمده از پرسش‌نامه‌ها، در نظرسنجی انجام شده از تمام آزمودنی‌ها در جلسه پایانی درباره اثربخشی مهارت‌های آموزش داده شده، مشخص شد این دو آزمودنی با وجود اینکه اظهار داشتند به‌دلیل مشکلاتی که با آن مواجه بودند، نتوانستند در تمام جلسات شرکت کنند و مهارت‌های آموزش داده شده را به‌کار برند، از نظر آن‌ها همین حضور اندک و ناقص نیز با پیامدهای مثبت چشمگیری همراه بود. از آنجا که کاربرد کامل مهارت‌های آموزش داده شده در خارج از جلسات بازی، مستلزم همراهی سایر افراد خانواده نیز است، در موقعیتی که مادر و پدر هماهنگی لازم را نداشته باشند، اجرای کامل این مهارت‌ها عملی نیست. از آنجا که این دو آزمودنی توافق لازم را با همسران خود نداشتند، نتوانستند مهارت‌های آموزش دیده شده را نیز به‌خوبی به‌کار برند. به نظر می‌رسد در این‌گونه مواقع، حضور هر دو والد در جریان درمان و توجه به روابط اعضا در داخل نظام خانواده، در سودمندی درمان مؤثر باشد. بنا به نظر سوئینی و اسکورجا<sup>۲۵</sup> (۲۰۰۱) از زمانی که بازی‌درمانی و خانواده‌درمانی وارد فرهنگ‌های مختلف شد، تباردرمانی به‌عنوان نوعی روش خانواده‌درمانی مؤثر، در گروه‌های نژادی مختلف استفاده شد. به نظر می‌رسد از میان اشکال مختلف تباردرمانی که پیش از این به آن اشاره شد، مدل بیست جلسه‌ای که به‌صورت خصوصی با خانواده‌ای مشخص اجرا می‌شود، بیش از بقیه مدل‌ها از مختصات روش‌های خانواده‌درمانی استفاده می‌کند و برای کار با چنین خانواده‌هایی که دچار آشفتگی‌هایی در روابط زناشویی هستند، سودمندی بیشتری دارد.

اگرچه وسایل بازی ممکن است در فرهنگ‌های مختلف تفاوت داشته باشد، نیاز کودکان به ایجاد ارتباط از طریق بازی، پدیده‌ای جهانی در تمام جوامع است. استفاده از روشی که بیش از هر چیز به این زبان مشترک توجه داشته باشد، از آنجا که بر نیازهای فطری انسان متکی است و از سوی دیگر، تا حدود زیادی باعث جلوگیری از دخالت ویژگی‌های فرهنگی جمعیت‌های مختلف در جریان درمان



می‌شود، به‌کار بستن آن را ساده‌تر و اثربخشی آن را بیشتر خواهد کرد. همچنین با توجه به تأثیر نظام خانواده در سلامت روانی مادران و کودکان، استفاده از روشی که به جای تأکید بر نقش درمانگر، مهارت‌های والدگری و روابط اعضا در داخل نظام خانواده را تقویت می‌کند و این کار را با سپردن نقش اصلی به والدین انجام می‌دهد، می‌تواند سودمندی دوچندانی داشته باشد.

از دیگر مزیت‌هایی که باعث سودمندی این روش بوده و به استقبال خانواده‌ها از آن منجر شده، مقرون به صرفه بودن آن از نظر زمان و هزینه است. ونفلیت<sup>۲۶</sup> (۲۰۰۵) بیان کرد تباردرمانی از طریق آموزش و استفاده از مهارت‌های جلسات بازی‌درمانی در زمانی نسبتاً کوتاه، پس از آموزشی مختصر و دوره‌های مشاهده، می‌تواند تأثیرات ارزشمند خود را نشان دهد. به‌علاوه، از آنجا که این روش بر مشکل خاصی متمرکز نیست و تمرکز اصلی آن آموزش مهارت‌های ضروری به والدین به منظور ارتباط با کودکان است، والدین می‌توانند با استفاده از آموزش‌هایی که دیده‌اند، این روش را برای دیگر کودکان خود نیز به‌کار بندند. این موضوع در کشور ما با توجه به محدودیت‌های زمانی و اقتصادی که بیشتر خانواده‌ها با آن مواجه‌اند، از ویژگی‌های مثبت این روش محسوب می‌شود.

### یادداشت

بدین‌وسیله از مدیریت پژوهشی کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان، جناب آقای کاظمی سپاسگزاریم که در اجرای این پژوهش، ما را یاری رساندند. از هسته پژوهشی مقیاس‌سازی خانواده در پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی که فرم کوتاه پرسش‌نامه استرس والدینی را برای استفاده در اختیار پژوهشگران قرار دادند نیز تشکر و قدردانی می‌کنیم.

### پی‌نوشت‌ها

- |                                      |                      |
|--------------------------------------|----------------------|
| 1. Walker                            | 14. Abidin           |
| 2. Landreth                          | 15. Effect Size      |
| 3. Stoor                             | 16. Repeated Measure |
| 4. Parenting Stress                  | 17. Glover           |
| 5. Filial therapy                    | 18. Jang             |
| 6. Ryan                              | 19. Yuen             |
| 7. Child Parent Relationship Therapy | 20. Baggerly         |
| 8. Bratton                           | 21. Solis            |
| 9. Costas                            | 22. Meyers           |
| 10. Athanasiou                       | 23. Varjas           |
| 11. Gunning                          | 24. Costas           |
| 12. Morrison                         | 25. Skurja           |
| 13. Single Subject Study             | 26. Vanfleet         |

### کتابنامه فارسی

- استورا (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس؛ بیماری جدید تمدن. ترجمه پریدخت دادستان، تهران: رشد.
- دادستان، پ، احمدی ازغندی، حسن‌آبادی. (۱۳۸۵). «تنیدگی والدینی و سلامت عمومی؛ پژوهشی درباره تنیدگی حاصل از والدگری با سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار دارای کودکان خردسال». فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسان ایرانی، ۲(۷).
- روشن‌بین، م، پوراعتماد، خوشابی. (۱۳۸۶). «تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه». فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۳(۱).
- فدایی، ز. (۱۳۸۸). بررسی اعتبار، روایی و ساختار عاملی فرم کوتاه شاخص استرس فرزندپروری در مادران کودکان عادی ۷ تا ۱۲ ساله شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.
- مینیایی، ا. (۱۳۸۴). کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ؛ ساخت و هنجاریابی. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- لندرث، گ. (۱۳۷۴). بازی‌درمانی. ترجمه خ. آرین، تهران: اطلاعات.

### کتابنامه انگلیسی

- Athanasidou, M.S., & Gunning, M.P. (1999). Filial therapy: Effects on two children's behavior and mothers' stress. *Psychological Reports, 84*, 587-590.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for ASEBA school-Age forms & profiles, Burlington, VT*. University of Vermont, Research center for children, youth, & families.
- Bratton, S. & Landreth, G. (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy and stress. *International journal of play therapy, 4*, 61-88.
- Costas, M., & Landreth, G. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy, 8*, 43-66.
- Glover, G.J. & Landreth, G.L. (2000). Filial therapy with native american on the flathead reservation. *International journal of play therapy, 9(2)*, 57-80.
- Jang, M. (2000). Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International journal of play therapy, 9(2)*, 39-56.
- Landreth, G.L. Bratton, S.C. (2006). *child parent relationship therapy (CPRT): A 10 session filial therapy model*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Morrison, Mary. (2006). An Early Mental Health Intervention for Disadvantaged Preschool Children with Behavior Problems: The Effectiveness of Training Head Start Teachers in Child Teacher Relationship Training (CTRT). University of North Texas, 138 pages, 3227022
- Ryan, V. (2007). Filial therapy: Helping children and new carers to form secure attachment relationships. *British journal of social work, 37*, 643-657.
- Solis, C.M. Meyers, J. Varjas, K.M. (2004). A Qualitative Case Study of the Process and Impact of Filial Therapy with African American Parent. *International journal of play therapy, 13.2*, 18-99.
- Sweeney, D.S; Skurja, C. (2001). Filial therapy as a cross cultural family intervention. *Asian journal of counseling*, 175-208.

- Vanfleet, R., Ryan,S,D., Smith,S. (2005). A critical review of filial therapy interventions'.  
In L. S. Reddy, *Empirically-based Play Interventions for Children* (pp. 241-264).  
Washington, DC: American Psychological Association
- Walker, K. (2002). *Filial therapy with parents court-referred for child maltreatment*.  
Dissertation of doctorate of philosophy in educational leadership and policy  
studies. Virginia polytechnic institute and state university.
- Yuen,T. Landreth,G.L & Baggerly.J. (2002). filial therapy with immigrant chinese  
families. *International journal of play therapy,11(2)* , 63-90.