اثربخشی رابطه درمانی والد–کودک بر استرس والدگری مادران و پذیرش والدینی کودکان دبستانی

دکتر عباس امان‌الهی[۱]
افروز شادفر[۲]
دکتر خالد اصلانی[۳]

چکیده

پژوهش حاضر، به منظور تعیین اثربخشی رابطه درمانی والد-کودک بر کاهش استرس والدگری مادران و افزایش پذیرش والدینی کودکان دبستانی شهر اهواز انجام شده است. جامعه این پژوهش شامل همهٔ مادران دانش‌آموزان مقطع ابتدایی ناحیه ۲ اهواز در سال ۱۳۹۵ بودند. نمونه پژوهش (۳۰ نفر) به صورت تصادفی از میان کسانی انتخاب شدند که به فراخوان پژوهشگر پاسخ داده بودند. در نهایت افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (n=۱۵) و گواه (n=۱۵) گمارده شدند. مادران در ده جلسهٔ آموزش رابطه درمانی والد-کودک بر اساس الگوی لندرث و براتون شرکت کردند، در حالی که اعضای گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند. داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گردآوری شدند. برای گردآوری اطلاعات از فرم کوتاه شاخص استرس فرزندپروری و پرسشنامهٔ طرد و پذیرش والدینی ویژهٔ کودکان (فرم مادر) استفاده شده است. داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS و به روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان دادند که مداخله رابطه درمانی والد-کودک منجر به کاهش استرس والدگری مادران و افزایش پذیرش والدگری کودکان در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. این نتایج در سطح $p<۰/۰۵$ معنادار بودند. برای بررسی تداوم اثر مداخله رابطه درمانی والد- کودک داده‌های مرحله پیگیری با مرحله پیش‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفتند که نتایج نشان داد اثر این مداخله تا یک ماه پس از پایان جلسات رابطه درمانی والد-کودک تداوم داشته است. این نتایج نیز در سطح $p<۰/۰۵$ معنادار بودند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برنامه رابطه درمانی کودک-والد برنامه‌ای اثربخش برای کاهش استرس والدگری و افزایش پذیرش والدینی است.

کلید واژگان: رابطه درمانی والد-کودک، استرس والدگری، پذیرش والدینی

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۷ تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۱۰

۱. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول) a.amanelahi@scu.ac.ir
۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران afrouzshadfar@yahoo.com
۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران kh.aslani@scu.ac.ir

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

مقدمه

تولد یک کودک معمولاً رویدادی هیجان‌انگیز و همراه با چالشها و مسئولیتهای جدید است (گلدنبرگ و گلدنبرگ[1]، ۲۰۱۳، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۴). هر کودک موجودی منحصر به فرد است که برای رشد و تعالی خود به والدین خویش وابسته است. این والدین هستند که محیطی فراهم می‌آورند تا کودک بتواند در آن رشد کند و به بالندگی برسد. والدگری فرایندی بسیار پیچیده و چالش برانگیز است که در آن کیفیت رابطهٔ والد- کودک از اهمیتی بسزا برخوردار است. نظر به اینکه دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی در شکل‌گیری شخصیت کودک است، دور از انتظار نیست که روابط والد-کودک از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تحول روانی و اجتماعی هر کودک محسوب شود (مانتیما[2]، ۲۰۰۶). فقدان ارتباط مناسب والدین با فرزندانشان، به سلامت و امنیت محیط روانی و عاطفی کودکان و نوجوانان لطمه می‌زند و فرزندان را با کمبودهای عاطفی، انگیزشی و مشکلات روانی روبه‌رو می‌سازد. همچنین ارتباط ضعیف میان والدین و فرزندان به بروز رفتارهای مشکل‌ساز در آنها می‌انجامد (ستیر[3]، ۱۹۷۱، ترجمهٔ بیرشک، ۱۳۸۸). در میان اعضای خانواده، مادر نخستین شخصیتی است که با کودک، نه تنها در دوران جنینی، بلکه در دوران پس از آن نیز رابطه‌ای وابسته و تنگاتنگ دارد و از میان عوامل متعدد روابط انسانی مؤثر در رشد کودک، شخصیت مادر و نحوهٔ ارتباط او با کودک اهمیت اساسی دارد (امیر، حسن‌آبادی، اصغری‌نکاح و طبیبی، ۱۳۹۱). اگرچه تولد یک نوزاد از لذت‌بخش‌ترین اتفاقات زندگی هر پدر و مادری است، اما والد بودن مسئولیتهای جدید و نقشی متفاوت را برای فرد به ارمغان می‌آورد. این مسئولیتهای جدید به خودی خود برای والدین استرس زاست و گاهی ممکن است در ایفای نقش والدگری خویش احساس ناکارآمدی کنند. در چنین مواقعی والدین احساس می‌کنند که قادر به کنترل شرایط نیستند و این احساس عدم کنترل استرس بیشتری برای آنها به همراه می آورد(رولهٔ[4] و همکاران، ۲۰۱۷). استرس والدگری[5] نوعی اضطراب و تنش افراطی است که به نقش والد و تعاملات والد-کودک وابسته است (وبستر-استراتون[6]،۱۹۹۰). به طور کلی، والدگری و مسئولیتهای توأم با آن، سطوح بالایی از استرس را ایجاد می‌کنند. به عقیدهٔ رایتمن، کوریِر و استیکل[7] (۲۰۰۲)، استرس والدگری

1. Goldenberg & Goldenberg
2. Mäntymaa
3. Satier
4. Rollè
5. Parenting stress
6. Webster-Stratton
7. Reitman, Currier & Stikle

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

از استرسهای ناشی از ایفای نقش والدینی به وجود می‌آید؛ رفتار کودکان و تکالیف روزانهٔ پدری و مادری که می‌توانند آشفته‌ساز، ناکام‌کننده یا آزارنده باشند، والدگری را تجربه‌ای پرفشار می‌سازند (اِورلی و لاسینگ[۱]، ۲۰۰۲، به نقل از والوتون، هروود، ایوب، پان، مسترجورج و بروفی- هرب[۲]، ۲۰۱۱). استرس والدگری نه تنها آثار منفی بر سلامت مادر، بلکه تأثیری مخرب برکودک می‌گذارد (مک‌گوایر، گلاسر و گلاسر[۳]، ۲۰۰۲) و کارکرد مطلوب خانواده را به خطر می‌اندازد (پارِت و برادرسون[۴]، ۱۹۹۶). روابط خانوادگی توأم با استرس به ویژه در اوایل رشد کودک، اثراتی مضر روی سلامت والدین، کودکان و ارتباطات والد با کودک می‌گذارد. استرس والدگری به عنوان مشکلات و سختیهایی که والدین حین مراقبت از کودک تجربه می‌کنند، تعریف می‌شود. این استرس در خلال مشکلات مربوط به سلامت روان والدین یا حوادث ناگوار زندگی یا شخصیت کودک در سطوحی متفاوت تجربه می‌شود(وینایاک[۵] و دانوا[۶]، ۲۰۱۷) که حتی سطوح اندکی از استرس می‌تواند تعامل والد-کودک را به خطر بیندازد (آبیدین[۷]، ۱۹۹۰). در این میان توانمندسازی والدین در مدیریت رابطه خود با فرزندانشان می‌تواند به طور چشمگیر این استرس را کاهش دهد (کونیا، پونچس، سیلوا[۸]، ۲۰۱۷).

استرس والدگری را می‌توان به صورت بازتاب روان‌شناختی از ناسازگاری با نقش والد بودن تعریف کرد (دیتر-دکرد[۹]، ۱۹۹۸). این استرس به ویژه در سالهای نخستین کودکی بیشتر است و می‌تواند سلامت روان‌شناختی والدین را در برقراری ارتباط مناسب والد/فرزندی، دچار اختلال کند (دیتر-دکرد و اسکار[۱۰]، ۱۹۹۶). برخی از ویژگیهای منفی والدگری مانند الگوهای والدگری نامناسب، به‌کارگیری روشهای تربیتی سخت‌گیرانه و پایین بودن سطح روابط همدلانه دوسویه میان والدین و فرزندان سبب افزایش استرس میان والدین می‌شود (مک‌گوایر، ۲۰۰۰). در روابط همراه با پذیرش و بدون استرس کودکان نسبت به ارزش خود دلگرم می‌شوند و می‌توانند احساسات خود را بیان کنند و در جهت خودشکوفایی گام بردارند. پذیرش والدینی به کودک کمک می‌کند تا

1. Ewarly & Lasing
2. Vallotton, Harewood, Ayoub, Pan, Mastergeorge, & Brophy-Herb
3. McGuire, Glaser & Glaser
4. Parette & Brotherson
5.Vinayak
6. Dhanoa
7. Abidin
8. Cunha, Pontes & Silva
9. Deater-Deckard
10. Scarr

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

بیاموزد که می‌تواند روی حمایت و کمک دیگران در زندگی حساب کند. (هیلپل[1]، ۲۰۰۱). کسب درک و پذیرشی مناسب از رفتار کودکان می‌تواند پیش‌بینی کننده همدلی والدین با کودک و ادراک درست آنها از مشکلات رفتاری کودکان باشد. افزایش پذیرش والدینی و درک کودک از مورد پذیرش بودن رابطه با والدین می‌تواند تاثیری بسزا بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان داشته باشد(مصطفوی، شعیری، اصغری مقدم، محمودی‌قرایی،۱۳۹۱). طبق نظر رونر[2] (۲۰۰۴، ۱۹۸۶)، پذیرش و طرد والدینی یکی از ابعاد مهم رابطهٔ والدینی است. این ابعاد را می‌توان به صورت پیوستاری در نظر گرفت که در یک سوی آن والدینی قرار می‌گیرند که عشق و محبت خود را به صورت کلامی و غیر کلامی به کودکشان ابراز می‌کنند و در سوی دیگر این پیوستار والدینی قرار دارند که احساس بیزاری و نفرت می‌کنند و کودک خود را مورد مذمت قرار می‌دهند و احتمالاً از روشهای تربیتی سخت‌گیرانه و توهین آمیز استفاده می‌کنند (لی‌لا، گارسیا و گارسیا[3]،۲۰۰۷). والدینی یکی از مؤلفه‌های اصلی در تدوین الگوی رابطه درمانی والد- کودک[4] لندرث و براتون[5] است و پژوهشهای بسیاری نشان داده‌اند که رابطه درمانی والد- کودک می‌تواند تأثیری شگرف بر جنبه‌های گوناگون رابطهٔ والد-کودک، مانند افزایش درک و پذیرش والدین نسبت به کودک داشته باشد (لندرث و براتون، ۲۰۰۶). در این برنامه بر افزایش پذیرش والدینی به مثابهٔ عاملی اثرگذار در شکل‌گیری سطوح بالایی از عزت‌نفس[6] در کودکان تأکید می‌شود (لندرث،۲۰۱۲، ترجمهٔ داورپناه،۱۳۹۰). تغییر در کیفیت رابطهٔ والد با کودک را می‌توان به عنوان عاملی مؤثر در کاهش استرس والدگری مادران دانست(لندرث و براتون، ۲۰۰۶). رابطه درمانی والد-کودک در واقع نوعی آموزش مهارتهای ارتباطی به والدین با محوریت بازی است. این روش بر این فرض استوار است که بهبود رابطهٔ والد-کودک می‌تواند موجب بهبود مشکلات عاطفی و رفتاری کودک شود و سلامت روان کودک را تضمین کند (لندرث،۲۰۰۲؛ به نقل از پیمان‌نیا و پورشریفی و محمودعلیلو، ۱۳۹۲). رابطه درمانی والد-کودک نوعی فرزند درمانی[7] است که در آن از ارتباط میان والد-کودک به منزلهٔ منبع تغییر درک کودک و در نهایت رفتار او استفاده می‌شود (موزز[8]،۲۰۱۲). در فرزند درمانی تمرکز بر بهبود بخشیدن روابط والد-کودک است و هدف، تضعیف رفتارهای متقابل

1. Hilpl
2. Rohner
3. Lila, Garcia & Garcia
4. Child-parent relationship therapy (CPRT)
5. Landreth & Bratton
6. Self-esteem
7. Filial therapy
8. Moses

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

ناکارآمد والد – کودک و افزایش توانایی والدین در درک کودک است (لندرث و براتون، ۲۰۰۶). فرزند درمانی را برنارد گرنی[1] (۱۹۶۴)، مفهوم‌سازی کرده و ازسوی لوئیز گرنی[2] (۱۹۸۰)، این گونه تعریف شده است: فرزند درمانی که روش تسهیل‌گر رشد روانی- اجتماعی کودکان زیر ۱۱ سال است که در آن از والدین به منزلهٔ عامل تغییر استفاده می‌شود و به صورت فردی یا در جلساتی ساختارمند با نظارت افراد حرفه‌ای برگزار می‌شود. یکی دیگر از ویژگیهای اصلی آموزش رابطه درمانی والد-کودک این است که آموزشهای آن متمرکز بر آینده است، این در حالی است که اغلب مدلهای آموزش والدین ریشه در روابط و رخدادهای گذشته دارند و بر تصحیح روابط گذشتهٔ کودک تأکید می‌کنند. رابطه درمانی بر آنچه کودک توانایی تبدیل شدن به آن را دارد تأکید می‌ورزد نه آنچه قبلاً انجام داده است (براتون و لندرث، ۱۹۹۵). از جمله اهداف رابطه درمانی والد- کودک، بالا بردن کیفیت رابطهٔ والد – کودک، همکاری والدین با یکدیگر، دستیابی به مهارتهای بازی‌درمانی از سوی والدین، کاهش مشکلات رفتاری و پریشانی هیجانی کودک و افزایش پذیرش والدین از سوی فرزندان است (گرنی، ۱۹۶۴). در پژوهشهای بسیاری اثربخشی رابطه درمانی والد-کودک بر افزایش پذیرش والدینی و کاهش استرس والدگری مورد بررسی قرار گرفته است، مثلاً چائو[3] و لندرث (۱۹۹۷) درمان رابطه درمانی والد -کودک را برای والدین چینی ساکن ایالت متحده آمریکا مورد ارزیابی قرار دادند که نتایج افزایش معنادار پذیرش والدینی در گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل در پی داشت. نتایج پژوهش لی و لندرث (۲۰۰۳) نشان داد رابطه درمانی والد-کودک سبب افزایش همدلی و پذیرش والدینی می‌شود. همچنین گلاور[4] و لندرث (۲۰۰۰) نشان دادند که رابطه درمانی والد کودک سبب افزایش همدلی والدین می‌شود. هریس[5] و لندرث (۱۹۹۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که رابطه درمانی والد-کودک سبب افزایش پذیرش والدین می‌شود. لندرث و لوبا[6] (۱۹۹۸)، اثر رابطه درمانی والد-کودک را روی میزان پذیرش والدین از فرزندانشان، استرس والدگری و میزان رفتارهای مخل کودکان مورد مطالعه قرار دادند که نتایج حاکی از اثربخشی رابطه درمانی والد-کودک بر متغیرهای ذکر شده بود. براتون و لندرث (۱۹۹۵)، اثر رابطه درمانی والد-کودک را بر همدلی والدین با کودک، پذیرش والدینی و استرس والدگری در ۴۳ والد مجرد ارزیابی کردند. این محققان نشان دادند که در نمایش

1. Bernard Guerney
2. Louise Guereny
3. Chau
4. Glover
5. Harris
6. Lobaugh

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

رفتار همدلانه و پذیرش والدین از کودک در گروه آزمایش تغییر معنادار مشاهده شد. همچنین کاهش معناداری برای گروه آزمایش و تغییر در محدودهٔ بالینی به محدودهٔ نرمال در متغیر استرس والدگری مشاهده شد. یوئن[1]، لندرث و بگرلی[2] (۲۰۰۲) اثر بخشی رابطه درمانی والد-کودک را برای ۳۵ خانوادهٔ مهاجر چینی ارزیابی کردند. نتیجه آن بهبود در نمایش والدین از همدلی، پذیرش والدینی و استرس والدگری گزارش شد. از آنجایی که برقراری رابطه درمانی عنصری مهم در درمانگری کودکان است هدف اصلی ما از انجام دادن این پژوهش این بود که با اصلاح رابطه عاطفی موجود میان والد و کودک در فرایند درمان تغییر مطلوبی ایجاد کنیم تا با آموزش مهارتهای درمانی، والدین بتوانند در حد درمانگر و شاید هم بیش از آن برای فرزندشان موثر باشند. والدین می‌توانند جایگزینی مناسب به عنوان درمانگر برای کودکان خود باشند و با آموزش مهارتهایی مانند بازی‌درمانی، به درک و پذیرشی مطلوب در ارتباط با رفتار کودک دست یابند و اقتدار لازم را در ارتباط با والدگری خود به دست آورند. با برگشت قدرت به والدین احساس نامطلوب ناشی از استرس والدگری کاهش می‌یابد. همچنین با افزایش احساس پذیرش و مورد درک واقع شدن در کودکان موجبات کاهش مشکلات رفتاری آنها فراهم می‌شود. در پژوهش حاضر، با توجه به اهمیت روابط والد/کودک فرضیه‌هایی مطرح شده که عبارت اند از:

۱. آموزش رابطه درمانی والد-کودک، باعث کاهش استرس والدگری مادران می‌شود.
۲. آموزش رابطه درمانی والد-کودک، باعث افزایش پذیرش والدینی کودکان می‌شود.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر در پی تعیین اثربخشی برنامه آموزشی رابطه درمانی والد-کودک بر استرس والدگری مادران و پذیرش والدینی کودکان دبستانی بوده است. طرح پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون گروه گواه و مرحله پیگیری است. برنامه آموزشی رابطه درمانی والد-کودک به عنوان متغیر مستقل و استرس والدگری مادران و پذیرش والدینی متغیرهای وابسته اند. جامعهٔ آماری این پژوهش همهٔ مادران دانش‌آموزان مقطع ابتدایی ناحیه ۲ اهواز در سال ۱۳۹۵ بودند. نمونه پژوهش به صورت تصادفی از میان کسانی انتخاب شدند که به فراخوان پژوهشگر پاسخ داده بودند. در نهایت افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. اعضای گروه آزمایش در ده جلسه آموزش رابطه درمانی والد-کودک شرکت کردند، درحالی‌که اعضای گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند. برای اجرای پژوهش به اداره آموزش و

1. Yuen
2. Beggerly

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

پرورش ناحیه دو اهواز مراجعه شد و پس از گرفتن مجوز به صورت تصادفی یکی از مدارس دولتی شهر اهواز انتخاب شد و با همکاری اولیای مدرسه به والدین اطلاع رسانی صورت گرفت. از میان داوطلبان شرکت در این دورهٔ آموزشی، ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ملاکهای ورود مادران دارای فرزند ۸ تا ۱۲ سال و داشتن حداقل دیپلم بود و ملاکهای خروج داشتن تشخیص اختلال روانی، داشتن تعارضات شدید با همسر و مصرف مواد بود. پس از آن گروه آزمایشی در برنامهٔ آموزش رابطه درمانی والد-کودک شرکت داده شدند، این در صورتی بود که اعضای گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان دورهٔ آموزش، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و پس از گذشت یک ماه از اجرای پس‌آزمون به منظور بررسی تداوم نتایج پژوهش آزمون پیگیری روی هر دو گروه اجرا شد.

ابزارهای پژوهش

۱) شاخص استرس والدگری- فرم کوتاه (PSI-SF)[1]: این ابزار شامل یک نسخه کوتاه ۳۶ سؤالی از شاخص اصلی استرس والدگری (PSI) بود که آبیدین (۱۹۹۰) تهیه کرده است. سه زیرمقیاس آشفتگی والدین، تعاملات ناکارآمد والد-کودک و ویژگیهای کودک مشکل‌آفرین در PSI-SF وجود دارد. زیرمقیاس آشفتگی والدین(سؤال یک تا دوازده)، احساس تنش والدین دربارهٔ فرزندپروری را بر حسب استرسهای شخصی دیگر اندازه می‌گیرد. زیرمقیاس ویژگیهای کودک مشکل‌آفرین (سؤال ۲۵ تا ۳۶) نشانگر رفتارهای کودکان است که سبب آسان‌تر یا مشکل‌تر شدن فرزندپروری می‌شود. در نهایت، زیرمقیاس تعاملات ناکارآمد والد- کودک به انتظارات والدین از کودکان می‌پردازد که رفتار کودک تا چه حد رفتار فرزندپروری را تقویت می‌کند (فدایی و همکاران، ۱۳۸۹). نحوهٔ پاسخگویی به سؤالها، به این صورت است که آزمودنی باید از میان گزینه‌های مربوط به هر سؤال، گزینه‌ای که بیشتر در مورد او صدق می‌کند را در یک مقیاس پنج درجه‌ای از ۱: کاملاً مخالفم تا ۵: کاملاً موافقم، علامت بزند. در کل ضریب پایایی این آزمون ۰/۸۹ است که این میزان پایایی می‌تواند بیانگر ثبات درونی ارزیابیها باشد. در مطالعهٔ فدایی و همکاران (۱۳۸۹) ضریب پایایی این آزمون برابر با ۰/۷۵ برای کل استرس والدین، ۰/۸۲ برای زیرمقیاس آشفتگی والدین و۰/۷۳ برای زیرمقیاس ویژگیهای کودک مشکل‌آفرین بود که این مقادیر همبستگی بیانگر اندازه‌گیری رضایت‌بخش نمره‌های این شاخص بوده است. این پژوهش همسو با نتایج

1. Parenting Stress Index/Short Form

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

پژوهشهای خارجی بوده است و از اعتبار این آزمون در میان مادران کودکان عادی ۷-۱۲ سال حمایت می‌کند.

۲) پرسشنامه طرد-پذیرش والدین ویژه کودکان (فرم مادر[1]): این پرسشنامه یک وسیله خود-ارزشیابی است که رونر (۲۰۰۷، به نقل از یزدخواستی و قاسمی، ۱۳۸۹) به منظور ارزیابی ادراک افراد از طرد- پذیرش والدین‌شان ساخته است. این پرسشنامه شامل ۲۴ جمله است که ۱۴ جملهٔ آن پذیرش مادر (مادرم به من توجه زیاد دارد) و ده جملهٔ آن طرد مادر (مادرم من را دوست ندارد) را می‌سنجد و افراد ۸ تا ۱۸ سال آن را تکمیل می‌کنند. در این پرسشنامه پاسخ صحیح و غلط وجود ندارد و پاسخ‌دهندگان به این پرسشنامه، پاسخهای خود را روی یک مقیاس لیکرت تقریباً همیشه نادرست (۱) تا همیشه درست (۴) ثبت می‌کنند. این پرسشنامه برای سنجش دو عامل طرد و پذیرش والدین مورد استفاده قرار می‌گیرد و دستورالعمل آن به این صورت است که از جمع نمرات آیتمهای پرسشنامه به صورت معکوس و مستقیم نمرهٔ کل طرد و پذیرش والدین به دست می آید. یزدخواستی و قاسمی (۱۳۸۹) در پژوهشی با ۱۴۰ نفر آزمودنی برای پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده کرده اند که برابر ۰/۹۲ به دست آمده است و ضریب همسانی عاملهای پرسشنامه مذکور را برای عامل طرد ۰/۹۱ و برای عامل پذیرش ۰/۸۸ گزارش کرده اند.

محتوای جلسات آموزشی

خلاصهٔ محتوای جلسات آموزشی رابطه درمانی والد-کودک و پروتکل ده جلسه‌ای که لندرث و براتون (۲۰۰۶) تهیه کرده اند، در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱: خلاصهٔ محتوای جلسات آموزشی رابطه درمانی والد-کودک

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار و قوانین حاکم بر گروه، دادن توضیحی مختصر دربارهٔ رابطه درمانی والد-کودک، بیان اهداف و مفاهیم ضروری و نیز آموزش مهارت پاسخدهی انعکاسی.
جلسه دوم	ایجاد کردن جوی حمایت کننده و تسهیل کردن ارتباط میان والدین، آماده‌سازی والدین برای اجرای جلسات بازی در منزل با مرور پاسخدهی انعکاسی، آشناسازی والدین با اصول پایه جلسات بازی و اهمیت ایجاد ساختار برای جلسات بازی، انتخاب اسباب‌بازی و زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی با کودک، ایفای نقش و نشان‌دادن مهارتهای اساسی بازی.
جلسه سوم	توضیح دادن در مورد بایدها و نبایدهای جلسه بازی، ایفای نقش بایدها و نبایدهای جلسه بازی، و دادن فهرست فرایند جلسه بازی به والدین همراه با رهنمودهای تکمیلی.
جلسه چهارم	بررسی گزارش والدین از جلسه بازی با کودکان، نقد فیلم تهیه شده از سوی والدین از جلسات بازی مخصوص کودکان، آموزش مهارت تنظیم محدودیت به روش سه مرحله‌ای A-C-T، توضیح در مورد چرایی و اهمیت وضع قوانین و محدودیتها، ایفای نقش مهارت محدودیت تنظیم.

1. Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (mother form)

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

جلسه پنجم	بررسی‌گزارش والدین از جلسات بـازی و نقـد فیلم ضبط شده از سوی آنها، مـرور مهـارت تنظـیم محدودیت و تمرین آن به صورت ایفای نقش.
جلسه ششم	بررسی گزارش والدین از جلسات بـازی و نقـد فیلم ضبط شده از سوی آنها، تهیه پوستری از بایدها و نبایدهای جلسات بازی، آموزش مهارت دادن حق انتخاب به کودک.
جلسه هفتم	بررسی گزارش والدین از جلسات بـازی و نقـد فیلم ضبط شـده از سوی آنهـا، حمایـت و تشـویق والدین در استفاده از مهارتها، آموزش مهارت پاسـخهـای سـازنده عـزت نفـس و پاسخدهی انعکاسی.
جلسه هشتم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقـد فیلم ضبط شده از سوی آنها، آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش مربوط به آن.
جلسه نهم	بررسی گزارش والدین از جلسـات بـازی و نقـد فیلم ضبط شـده از سوی آنهـا، حمایـت و تشـویق والدین در استفاده از مهـارتهـای آموختـه شـده، آمـوزش تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربـوط بـه آن.
جلسه دهم	بررسی گزارش والدین از جلسـات بـازی و نقـد فیلم ضبط شده از سوی آنها، مرور اصول پایهٔ رابطه درمانی والد-کـودک و مهـارتهـای آموختـه شـده، آموزش چگونگی تعمیم مهارتها به خارج از جلسه بازی.

یافته‌ها

جداول شماره ۲ و ۳ اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه را نشان می‌دهد.

جدول ۲ : میانگین و انحراف معیار سن آزمودنیهای گروه آزمایش، گواه و کل نمونه

گروه	میانگین	انحراف معیار	کم‌ترین	بیش‌ترین
آزمایش	۳۷/۶	۵/۸	۲۸	۴۸
کنترل	۳۴/۲	۶/۳	۲۸	۵۳
کل نمونه	۳۵/۹	۶/۲	۲۸	۵۳

جدول ۳: توزیع آزمودنیها بر حسب تحصیلات

تحصیلات	کل نمونه		گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دیپلم	۱۹	۶۳/۳	۱۱	۷۳/۳	۸	۵۳/۳
فوق دیپلم	۱	۳/۳	–	–	۱	۶/۷
لیسانس	۹	۳۰/۰	۴	۲۶/۷	۵	۳۳/۳
فوق لیسانس و بالاتر	۱	۳/۳	–	–	۱	۶/۷
کل	۳۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کم‌ترین نمرهٔ استرس والدگری و پذیرش والدینی در گروههای آزمایش و کنترل در مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول شماره ۴ آورده شده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

جدول ۴: میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کم‌ترین نمرهٔ استرس والدگری و پذیرش والدینی در گروههای آزمایش و کنترل در مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	سطح		میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
استرس والدگری	آزمایش	پیش‌آزمون	۹۱/۷۳	۲۰/۵۹	۵۴	۱۳۶
		پس‌آزمون	۷۸/۶۰	۱۰/۷۷	۵۳	۹۳
		پیگیری	۷۷/۸۶	۱۰/۸۱	۵۴	۹۸
	کنترل	پیش‌آزمون	۹۳/۸۰	۱۸/۸۴	۷۳	۱۳۰
		پس‌آزمون	۹۴/۴۰	۱۴/۹۱	۷۵	۱۲۵
		پیگیری	۹۲	۱۵/۱۱	۷۴	۱۲۵
پذیرش والدینی کودکان	آزمایش	پیش‌آزمون	۷۵/۹۳	۱۱/۸۵	۵۱	۹۵
		پس‌آزمون	۸۱/۶۶	۱۱/۴۶	۵۱	۹۳
		پیگیری	۸۰/۴۰	۱۱/۱۲	۵۰	۹۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۷۶/۴۶	۱۰/۴۱	۵۵	۹۵
		پس‌آزمون	۷۴	۱۱/۸۰	۵۶	۹۵
		پیگیری	۷۴/۶۶	۱۲/۳۹	۵۳	۹۵

به منظور اجرای تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش فرض تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که مفروضه همگنی شیب خطوط رگرسیون رعایت شده است ($p<۰/۰۵$). برای بررسی عدم وجود همخطی چندگانه، ماتریس همبستگی متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن نشان داد که مقادیر ضرایب همبستگی میان متغیرهای وابسته بالاتر از ۰/۹ نیست، در نتیجه همخطی چندگانه میان متغیرها برقرار نیست که برای اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری مطلوب است. نتایج آزمون لوین در متغیر پذیرش والدینی ($F=۱/۴۸$ و $P=۰/۲۳۴$) و استرس والدگری مادران ($F=۱/۷۳$ و $P=۰/۱۹۹$) هم نشان دهندهٔ عدم برابری واریانس خطا در گروههای پژوهش است. در نتیجه با توجه به برقراری مفروضه‌های اصلی آزمون تحلیل کوواریانس اجرای آن بلامانع است.

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگینهای نمره‌های پس‌آزمون استرس والدگری و پذیرش والدینی گروههای آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلای	۰/۵۷	۱۷/۱۷	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
آزمون لامبدای ویکلز	۰/۴۲	۱۷/۱۷	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰ /۹۹
آزمون اثر هتلینگ	۱/۳۷	۱۷/۱۷	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۳۷	۱۷/۱۷	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

مندرجات جدول شماره ۵، نشان می‌دهد که میان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح p<۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد. بر این اساس دستکم در یکی از متغیرهای وابسته (استرس والدگری و پذیرش والدینی) میان دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفته که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۶ درج شده است. اندازه اثربخشی مداخله در کل پژوهش حاضر ۰/۶۳ و توان آماری ۰/۹۹ است.

جدول ۶: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون استرس والدگری و پذیرش والدینی گروههای آزمایش و کنترل

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
استرس والدگری	۴۳۷/۴۸	۱	۴۳۷/۴۸	۱۰/۲۹	۰/۰۰۴	۰/۲۸	۰/۸۵
پذیرش والدینی	۱۵۹۵/۷۸	۱	۱۵۹۵/۷۸	۳۴/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹

با توجه به مندرجات جدول ۶، تفاوت میان گروههای آزمایش و کنترل در پس‌آزمون، از لحاظ متغیر استرس والدگری در سطح p<۰/۰۵ معنادار است. بر این اساس فرضیه ۱ پژوهش تأیید می‌شود. همچنین طبق مندرجات جدول ۶ تفاوت میان گروههای آزمایش و کنترل در پس‌آزمون، از لحاظ متغیر پذیرش والدینی در سطح p<۰/۰۵ معنادار است. بر این اساس فرضیه ۲ پژوهش نیز تأیید می‌شود.

جدول ۷: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگینهای نمره‌های پیگیری استرس والدگری و پذیرش والدینی کودک گروههای آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلای	۰/۵۷	۱۶/۸۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
آزمون لامبدای ویکلز	۰/۴۲	۱۶/۸۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
آزمون اثر هتلینگ	۱/۳۵	۱۶/۸۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۳۵	۱۶/۸۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹

مندرجات جدول شماره ۷، نشان می‌دهد که میان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح p<۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد. بر این اساس دستکم در یکی از متغیرهای وابسته (استرس والدگری و پذیرش والدینی) میان دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۸ درج شده است. اندازه اثربخشی مداخله در کل پژوهش حاضر ۰/۶۳ و توان آماری ۰/۹۹ است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

جدول ۸: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پیگیری پذیرش والد گروههای آزمایش و کنترل

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
استرس والدگری	۲۹۲/۱۹	۱	۲۹۲/۱۹	۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۹
پذیرش والدینی	۱۲۸۹/۳۵	۱	۱۲۸۹/۳۵	۳۴/۶۲	۰/۰۱۲	۰/۲۹	۰/۸۸

با توجه به مندرجات جدول شماره ۸، تفاوت میان گروههای آزمایش و کنترل در پس‌آزمون، از لحاظ متغیر استرس والدگری در سطح $p<۰/۰۵$ معنادار است. بر این اساس می‌توان در جواب سؤال پیگیری بیان داشت که با گذشت یک ماه از جلسات آموزشی، آموزش رابطه درمانی والد-کودک اثر خود را بر کاهش استرس والدگری از دست نداده است. همچنین می‌توان بیان داشت که اثر مداخلات روی افزایش پذیرش والدینی کودکان تا مرحلهٔ پیگیری یک ماهه تداوم داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل نشان داد که میان آزمودنیهای گروه آزمایش و گواه از نظر متغیر استرس والدگری و پذیرش والدینی کودکان در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزش رابطه درمانی والد-کودک منجر به کاهش استرس والدگری مادران در آزمودنیهای گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون شده است. نتایج پژوهش فوق با یافته‌های گلاور و لندرث (۲۰۰۰)، لی و لندرث (۲۰۰۳) و لندرث و لوبا (۱۹۹۸)، همسوست.

با توجه به نتایج پژوهشهایی که در زمینهٔ تأثیر آموزش رابطه درمانی والد-کودک بر کاهش استرس والدگری صورت گرفته است، می‌توان نتایج مربوط به فرضیه یک پژوهش را تبیین کرد. نظر به اینکه استرس والدگری، به صورت استرسی وابسته به نقش والد بودن و در رابطهٔ والد با کودک، از سوی والدین درک می‌شود، می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی والدین و کودک، تأثیرگذار باشد (آبیدین،۱۹۹۰). مطالعات بسیاری برای شناسایی عوامل تأثیرگذار بر آن صورت گرفته است. برخی از ویژگیهای منفی والدگری مانند الگوهای والدگری نامناسب، به کارگیری روشهای تربیتی سخت‌گیرانه و پایین بودن سطح روابط همدلانه دوسویه میان والدین و فرزندان سبب افزایش استرس میان والدین می‌شود (مک‌گوایر، ۲۰۰۰). در این میان از جمله عوامل تأثیرگذار بر استرس والدگری نوع رابطهٔ والد با کودک است. نتایج پژوهشها نشان می‌دهند که بهبود رابطهٔ والد-کودک می‌تواند مستقیماً سبب کاهش استرس والدگری والدین شود (مک‌گوایر و

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

همکاران، ۲۰۰۲). در برنامهٔ رابطه درمانی والد- کودک والدین می‌آموزند که چگونه محیطی گرم و صمیمی در خانه ایجاد کنند و رابطه‌ای غیرقضاوتی و اصیل با فرزندان خود داشته باشند و به این ترتیب احساس امنیت در کودک خود به وجود آورند تا به رشد کودک کمک کنند (لندرث و براتون، ۲۰۰۶). به وجود آمدن محیطی گرم و صمیمی و ایجاد ارتباطی دوستانه بر پایهٔ پذیرش به هر دو طرف ارتباط کمک می‌کند تا امنیت و آرامش بیشتری را تجربه کنند. یکی از جنبه‌های خاص رابطه درمانی والد-کودک این است که با آموزش مهارتهای ارتباطی مؤثر به والدین بر تغییر ادراک والد نسبت به توانمندی و کفایت خود به عنوان والد تمرکز می‌کند و قدرت و کنترل را به والد بازمی‌گرداند. والد علاوه بر آنکه بیش از پیش مورد پذیرش کودک قرار می‌گیرد، می‌تواند به شیوه‌ای موثرتر عمل کند و احساسی بهتر نسبت نقش والد بودن خود داشته باشد. زمانی که والدین کنترل بیشتری نسبت موقعیت داشته باشند می‌توانند مدیریت مؤثرتری در ایفای نقش والدگری خویش داشته باشند و بدون اینکه مجبور باشند در مورد مقررات خود با فرزندانشان مجادله کنند، می‌توانند محدودیتهای مؤثری برای آنها وضع کنند. در این شرایط ضمن اینکه قدرت به والدین برمی‌گردد، فرزندان نیز احساس درک شدن و امنیت بیشتری می‌کنند و محدودیتهای وضع شده را می‌پذیرند (لندرث و براتون، ۲۰۰۶). در این شرایط کاهش استرس والدگری در والدین شرکت‌کننده در جلسات قابل تبیین است.

همچنین در تبیین نتایج مربوط به فرضیه دوم، پژوهش حاضر نشان داد که میان آزمودنیهای گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیر پذیرش والدینی کودکان در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. این یافته نشان می‌دهد که آموزش رابطه درمانی والد-کودک منجر به افزایش پذیرش والدینی کودکان در آزمودنیهای گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون شده است. نتایج فوق با یافته‌های براتون و لندرث (۱۹۹۵)، لی و لندرث (۲۰۰۳)، یوئن و همکاران (۲۰۰۲) و لندرث و لوبا (۱۹۹۸)، همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ادبیات پژوهشی در این زمینه، نشانگر اهمیت کیفیت رابطهٔ والد-کودک در ادراک پذیرش والدینی است. با توجه به اینکه افزایش کیفیت رابطهٔ والد-کودک می‌تواند منجر به افزایش درک پذیرش در این رابطه شود، والدین می‌توانند با برقراری رابطه ای سرشار از محبت و دوستی، غیرقضاوتی، غیرمشروط و اصیل و ایجاد محیطی گرم و صمیمی در خانواده، سبب رشد اعتماد به نفس، عزت‌نفس و خود-کنترلی در کودک شوند. مطالعات رونر (۲۰۰۴) و خالق[1] و رونر (۲۰۰۲) حاکی از آن است که کودکانی که

1. Khaleque

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

والدین‌شان پذیرای آنها هستند و نیازهای روانی آنها مانند عشق، محبت، حمایت و آسایش تامین می‌شود، مشکلات رفتاری و ناامنی کمتری را بروز می‌دهند و برعکس، کودکانی که والدین‌شان آنها را طرد می‌کنند، مورد انتقاد، تهدید، تهاجم و رفتارهای خصمانه قرار می‌گیرند و مشکلات رفتاری بیشتری را از خود بروز می‌دهند. راجرز[1] (۱۹۹۳) بیان می‌کند که روابط همراه با پذیرش، حالت تدافعی کودک را کاهش می‌دهد و به او امکان می‌دهد که آزادانه احساسات خود را بروز دهد و بدون ترس از مورد قضاوت واقع شدن رفتار کند. زمانی که کودک درمی‌یابد که صرف‌نظر از اینکه انتظارات والدین را برآورده کرده است یا خیر، مورد پذیرش والدین است، نسبت به ارزش خود دلگرم می‌شود و می‌تواند آزادانه احساسات، افکار، نیازها و خواسته‌هایش را ابراز کند، در نتیجه به خود-رهبری و خود-کنترلی دست می‌یابد (لندرث و براتون، ۲۰۰۶). در سراسر برنامهٔ رابطه درمانی والد-کودک، بر پذیرش والدینی به عنوان اصل اساسی در ارتباط میان والد با کودک تأکید شده است. رابطه درمانی والد-کودک بر این فرض استوار است که شکل‌گیری ارتباط بر پایهٔ پذیرش غیرشرطی نسبت به کودک می‌تواند سبب شکل‌گیری خودپنداره مثبت در کودک، افزایش اعتمادبه‌نفس، عزت‌نفس و همچنین موجب افزایش خود-کنترلی در کودک شود. در این شیوه سعی بر ایجاد گفت‌وگویی بی‌قید و شرط میان والد و کودک است، به طوری که در سراسر برنامه پذیرش نامشروط کودک، شرط اساسی تمامی تمرینها و مهارتهای بازی‌درمانی ارائه شده در جلسات است. در طول جلسات به والدین آموزش داده می‌شود که کودک خود را آن‌گونه که هست، بپذیرند و با او ارتباط برقرار کنند. همچنین در جهت افزایش پذیرش والدینی در طول هر جلسه تمرینهایی مانند شناسایی احساسات، انعکاس احساس و بازخوردهای عاطفی مناسب به والدین ارائه می‌شود و از آنها خواسته می‌شود که با به کارگیری فن ایفای نقش به تمرین این مهارتها بپردازند تا بتوانند این مهارتها را به نحوی مؤثر در ارتباط با فرزند خود به کار گیرند. از این رو افزایش میزان پذیرش والدینی در والدینی که در جلسات آموزشی شرکت کرده بودند را می‌توان به خوبی تبیین کرد. در طول جلسات رابطه درمانی والد-کودک والدین می‌آموزند که چگونه با جلسات بازی، وارد دنیای کودک شوند و زبان مخصوص کودکان، یعنی بازی را به خوبی بیاموزند، بنابراین شروع به گسترش درک خود از احساس، ادراک، رفتار، نیازها و خواسته‌های کودک خود می‌کنند. آنها در طول مدت برنامه به تمرین مهارتهای آموخته شده می‌پردازند و در پایان دوره، به والدینی تواناتر تبدیل می‌شوند و این توانایی بالاتر در برقراری ارتباط مؤثر با کودک می‌تواند سبب

1. Rogers

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

تداوم اثر رابطه درمانی والد-کودک شود. از این رو افزایش میزان پذیرش والدینی در کودکانی که والدین‌شان در جلسات آموزشی شرکت کرده بودند را می‌توان به خوبی تبیین کرد. از محدودیتهای این پژوهش سنجش متغیرهای پژوهش بر اساس پاسخ‌گویی والدین بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آینده پاسخ کودکان نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین اثربخشی این برنامه آموزشی روی پدران دارای فرزند دختر و همچنین والدین دارای فرزند پسر هم مورد بررسی قرار گیرد.

پیشنهادهای کاربردی

بر اساس یافته‌های این پژوهش برنامه رابطه درمانی والد-کودک سبب کاهش استرس والدگری و افزایش پذیرش والدینی کودکان دبستانی می‌شود. با توجه به اینکه آموزش رابطه میان والدین و فرزندان و همدلی میان آنها از مؤلفه‌های اصلی این برنامه است می‌توان با آموزش این موارد به والدین تغییرات معناداری در روابط والدین و فرزندان ایجاد کرد. علاوه بر استفاده از محتوای این برنامه در دوره‌های آموزش والدین در مدارس و مهدکودکها می‌توان از این بسته در مراکز مشاوره‌ای برای دادن خدمات مشاوره‌ای به دانش‌آموزان و خانواده‌های آنها بهره جست. گفتنی است که در پایان و پس از مرحله پیگیری برای رعایت اصول اخلاقی این برنامه برای گروه گواه نیز اجرا شده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

منابع

امیر، فاطمه؛ حسن‌آبادی، حسین؛ اصغری‌نکاح، سیدمحسن و طبیبی، زهرا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه درمانی والد-کودک(CPRT) بر سبک‌های فرزندپروری. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، *۱* (۴)، ۴۸۹-۴۷۳.

پیمان‌نیا، بهرام؛ پورشریفی، حمید و محمودعلیلو، مجید. (۱۳۹۲). تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک(CPRT) بر بهبود علائم اختلال سلوک در کودکان دبستانی شهر اهواز. *مجله دستاوردهای روان شناختی*، ۴ (۲)، ۱۴۱-۱۶۰.

ستیر، ویرجینیا. (۱۳۸۸). *آدمسازی در روان‌شناسی خانواده*، ترجمه بهروز بیرشک. تهران. انتشارات رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۷۱).

فدایی، زهرا؛ دهقانی، محسن؛ طهماسیان، کارینه و فرهادی، فاطمه. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی اعتبار و روایی فرم کوتاه-شاخص استرس فرزند پروری(PSI/SF) مادران کودکان عادی ۷-۱۲ سال. *فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، *۸* (۲)، ۸۳-۹۳.

گلدنبرگ، هربرت و گلدنبرگ، آیرین. (۲۰۱۳). *خانواده درمانی*، ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۹۴). تهران: روان.

لندرث، گری. (۲۰۱۲). *بازی درمانی: هنر برقراری ارتباط*، ترجمه فروزنده داورپناه (۱۳۹۰). تهران: رشد.

مصطفوی، سعیده سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری‌مقدم، محمدعلی و محمودی‌قرایی، جواد. (۱۳۹۱). تاثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه درمانی والد-کودک (CPRT) مطابق با الگوی لندرث به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. دانشور رفتار، *۱۹* (۷)،۳۳-۴۲.

یزدخواستی، فریبا و قاسمی، سحر. (۱۳۸۹). رابطه بین شخصیت والدین و طرد و پذیرش کودکان از طرف آن‌ها. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، *۷ (۱۲)*، ۱۳۱-۱۴۴.

Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*(4), 298-301.

Bratton, S. C., & Landreth (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy*, *4*(1), 61-80.

Chau, I. Y.F., & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with Chinese parents: Effects on parental emphatic interactions, parental acceptance of child and parental stress. *International Journal of Play Therapy*, *6*(2), 75-92.

da Costa Cunha, K., Pontes, F.A.R., & da Costa Silva, S. S. (2017). Parenting stress and motor function of children with cerebral palsy. *Psychology*, *8*(1), 44-58.

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*(3), 314-332.

Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences*?*. *Journal of Family Psychology*, *10*(1), 45-59.

Glover, G. J., & Landreth, G. L. (2000). Filial therapy with Native Americans on the Flathead Reservation. *International Journal of Play Therapy*, *9*(2), 57-80.

Guerney, B. Jr. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, *28*, 304-310.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

Guerney, L. F. (1980). Client-centered (nondirective) play therapy. In C. Schaefer, & K. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 21-64). New York: Wiley.

Harris, Z. L., & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy, 6*(2), 53-73.

Hilpl, K. A. (2001). *Facilitating healthy parenting attitudes and behaviors among adolescents using filial therapy in high school curriculum*. Doctoral dissertation, University of North Texas.

Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2002). Perceived parental acceptance-rejection and psychological adjustment: A meta-analysis of cross-cultural and intercultural studies. *Journal of Marriage and Family, 64*(1), 54-64.

_____ (2012). Transnational relations between perceived parental acceptance and personality dispositions of children and adults: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review, 16*(2), 103-115.

Landreth, G., & Bratton, S. (2006). *Child-parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York: Bruner-Routledge Publishing.

Landreth, G.L., & Lobaugh, A. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling & Development, 76*(2), 157-165.

Lee, M.-K, & Landreth, G. L. (2003). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy, 12*(2), 67-85.

Lila, M., Garcia, F., & Garcia, E. (2007). Perceived paternal and maternal acceptance and children outcomes in Colombia. *Social Behavior and Personality, 35*(1), 115-124.

Mäntymaa, M. (2006). *Early mother-infant interaction*. Doctoral dissertation, University of Tampere, Finland.

McGuire, D. E. (2000). *Child-centered play therapy with children experiencing adjustment difficult.* Doctoral dissertation, University of Texas.

McGuire, K., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2002). Depressive symptoms and lymphocyte proliferation in older adults. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(1), *192-197.*

Moses, A. (2012). *Child parent relationship therapy for parents of children with disruptive behavior.* Doctoral dissertation, Western Michigan University.

Parette, H. P., Jr. & Brotherson, M. J. (1996). Family participation in assistive technology assessment for young children with mental retardation and developmental disabilities. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 37*(1), *29-43.*

Reitman, D., Currier, R. O., & Stikle, T. R. (2002). A critical evaluation of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a head start population. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 384-392.

Rogers, A. Y. (1993). The assessment of variables related to the parenting behavior of mothers with young children. *Children and Youth Services Review, 15*, 385-402.

Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]

_____ (2004). The parental "acceptance-rejection syndrome": Universal correlates of perceived rejection. *Journal of American Psychologist, 59*(8), 830-840.

Rollè, L., Prino, L. E., Sechi, C., Vismara, L., Neri, E., Polizzi, C., … Brustia, P. (2017). Parenting stress, mental health, dyadic adjustment: A structure equation model. *Frontiers in Psychology, 8*, 839. doi:10.3389/fpsyg.2017.00839.

Vallotton, C. D., Harewood, T., Ayoub, C. A., Pan, B., Mastergeorge, A. M., & Brophy-Herb, H. (2011). Buffering boys and boosting girls: The protective and promotive effects of Early Head Start for children's expressive language in the context of parenting stress. *Early Childhood Research Quarterly, 27*(4), 696-707.

Vinayak, S., & Dhanoa, S.K. (2017). Relationship of parental burnout with parental stress and personality among parents of neonates with hyperbilirubinemia. *The International Journal of Indian Psychology, 4*(2), 102-111.

Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family of interactions. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*(4), 302-312.

Yuen, T., Landreth, G. L., & Baggerly, J. N. (2002). Filial therapy with immigrant Chinese families. *International Journal of Play Therapy, 11*(2), 63-90.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.6.0]