

تدوین و امکان‌سنجی بسته آموزشی توانمندسازی والدگری بر بهزیستی روانشناختی مادران با سابقه بدرفتاری دوران کودکی

Development and feasibility study of a parenting empowerment training package on the psychological well-being of mothers with a history of childhood abuse

Nafiseh Mazaheri

Ph.D Candidate, Department of Counseling, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinshahr, Iran.

Mohammad Masoud Dayarian *

Department of Counseling, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinshahr, Iran.

m.dayarian@iau.ac.ir

Mahmood Sharifi Esfahani

Department of Counseling, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinshahr, Iran.

نفیسه مظاهری

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران.

محمد مسعود دیاریان (نویسنده مسئول)

گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران.

محمود شریفی اصفهانی

گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران.

Abstract

This study aimed to develop and assess the feasibility of a parenting empowerment program to enhance the psychological well-being of mothers with a history of childhood maltreatment. The study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and a two-month follow-up control group. The population comprised mothers with a history of childhood maltreatment who had children attending elementary school in Isfahan during the 2023–2024 academic year. Thirty mothers were purposefully selected and randomly assigned to the experimental and control groups. The research instruments included Ryff's Scales of Psychological Well-Being (RSPWB; Ryff et al., 1989) and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003). The experimental group received ten 60-minute sessions of the parenting empowerment program, while the control group received no intervention until the end of the study. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. The results indicated a significant difference in psychological well-being between the experimental and control groups from pre-test to post-test ($p < 0.001$). Additionally, there was no significant difference between post-test and follow-up within the experimental group, indicating that the improvements were maintained over time. Therefore, the parenting empowerment program can be considered an effective intervention for enhancing the psychological well-being of mothers with a history of childhood maltreatment.

Keywords: Psychological Well-being, Childhood Maltreatment, Parenting Empowerment, Training Package.

چکیده

هدف این پژوهش تدوین و امکان‌سنجی بسته آموزشی توانمندسازی والدگری بر بهزیستی روانشناختی مادران با سابقه بدرفتاری دوران کودکی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری مادران با سابقه بدرفتاری دوران کودکی دارای فرزند مشغول به تحصیل دوره ابتدایی در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ شهر اصفهان بود. تعداد ۳۰ مادر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایگذاری شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های بهزیستی روانشناختی (RSPWB، ریف و همکاران، ۱۹۸۹) و ترومای دوران کودکی (CTQ، برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳) بود. گروه آزمایش بسته آموزشی توانمندسازی والدگری را در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند، اما گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود داشت. همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشت و نتایج در دوره پیگیری حفظ شد. بنابراین می‌توان گفت بسته آموزشی توانمندسازی والدگری روش مداخله‌ای مناسب جهت ارتقای بهزیستی روانشناختی مادران با سابقه بدرفتاری دوران کودکی است.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روانشناختی، بدرفتاری دوران کودکی، توانمندسازی والدگری، بسته آموزشی.

مقدمه

کودک‌آزاری^۱ و غفلت از کودکان یکی از چالش‌برانگیزترین موضوعات بین‌رشته‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، حقوق، پزشکی و حتی هنر محسوب می‌شود (کاهنر^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). تجربیات زیسته افرادی که در دوران کودکی قربانی سوءرفتار بوده‌اند، گویای این واقعیت است که تأثیرات آزارهای دوران کودکی می‌تواند تا بزرگسالی نیز ادامه یابد و با اختلالاتی نظیر استرس پس از سانحه^۳، ضعف در تنظیم هیجانات، مشکلات تصمیم‌گیری و ناتوانی در برقراری روابط سالم همراه باشد (یانگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). مادرانی که در دوران کودکی خود تجربه بدرفتاری داشته‌اند، اغلب با مشکلات روانی و رفتاری متعددی روبرو هستند که تأثیرات آن‌ها بر سبک والدگری‌شان قابل مشاهده است (دهقان‌منشادی و سرافراز، ۲۰۲۵). بدرفتاری در دوران کودکی همچنین می‌تواند موجب شکل‌گیری الگوهای رفتاری منفی در والدگری شود. تحقیقات نشان می‌دهد که مادرانی که خود قربانی بدرفتاری بوده‌اند، ممکن است در تربیت فرزندان‌شان دچار مشکلاتی نظیر رفتارهای سخت‌گیرانه، بی‌اعتمادی به دیگران و در برخی موارد، عدم توانایی در ایجاد روابط عاطفی و حمایتی با فرزندان‌شان شوند (بائومن^۵ و همکاران، ۲۰۲۵).

سابقه بدرفتاری دوران کودکی منجر به اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و عدم اعتماد به نفس شده، که این عوامل به نوبه خود تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی^۶ در بزرگسالی دارند (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۰). بهزیستی روان‌شناختی اشاره به این دارد که افراد با اعتماد به نفس مثبت، دارای روابط مثبت با دیگران و هدف در زندگی هستند (پوتر^۷ و همکاران، ۲۰۲۵) و می‌توانند از طریق رشد شخصی پتانسیل‌های خود را توسعه داده و محیط‌هایی را انتخاب یا ایجاد کنند که مناسب وضعیت روانی، خودمختاری و استقلال باشد (ایرشاد و لون^۸، ۲۰۲۵). تروما و بدرفتاری در دوران کودکی با ایجاد الگوهای دلبستگی ناایمن منجر به تضعیف توانایی تنظیم هیجان، کاهش احساس کنترل شخصی و اختلال در خودپنداره مثبت می‌شود (عباسی و همکاران، ۱۴۰۱). از منظر نوروبیولوژیک، مواجهه مکرر با استرس شدید در کودکی ناشی از تروما و سابقه بدرفتاری، می‌تواند با فعال‌سازی مزمن محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و تغییر در شبکه‌های مغزی مسئول پردازش هیجان، فرد را مستعد واکنش‌پذیری هیجانی بالا و فرسودگی روانی در بزرگسالی کند (لایو^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). در نتیجه، افرادی که سابقه تروما کودکی دارند، اغلب در حوزه‌هایی چون رضایت از زندگی، روابط اجتماعی سالم، خودپذیری، و احساس هدفمندی که از مؤلفه‌های اصلی بهزیستی روان‌شناختی‌اند دچار چالش جدی می‌شوند (شیمابوکورو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴).

تاکنون پژوهش‌هایی در زمینه آموزش شیوه‌های فرزندپروری انجام شده است، اما بررسی متون علمی نشان می‌دهد که هنوز جای خالی یک مداخله جامع بر پایه تجارب زیسته مادرانی که در کودکی قربانی بدرفتاری (اعم از جسمی، هیجانی یا غفلت) بوده‌اند، احساس می‌شود (صفرعلیخانی و دنیامالی، ۱۴۰۲). اغلب مداخلات موجود، بر آموزش‌های عمومی والدگری یا تقویت مهارت‌های شناختی-رفتاری^{۱۱} تمرکز دارند، بدون آنکه به پیشینه تروما و تأثیرات بلندمدت آن در مادران پرداخته باشند. این در حالی است که شواهد پژوهشی نشان می‌دهد تجارب آسیب‌زای دوران کودکی می‌توانند سبک دلبستگی^{۱۲}، خودپنداره والد، و احساس کفایت او در نقش مادری را به شدت تحت تأثیر قرار دهند (بایلی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱). در ایران نیز پژوهش‌هایی در زمینه تأثیر آموزش والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۴}، شفقت^{۱۵} و رویکردهای توانمندساز انجام شده‌اند، اما هیچ‌کدام به‌طور خاص مبتنی بر روایت‌های زیسته و نیازهای منحصر به فرد مادران ترومادیده نبوده‌اند (خسروجردی و حیدری، ۱۴۰۲؛ مظاهری تهرانی و همکاران، ۱۴۰۲). به همین دلیل، بسته حاضر با هدف پر کردن این خلأ طراحی شد؛ بسته‌ای که با بهره‌گیری از روش کیفی پدیدارشناسی و تحلیل روایت‌های مادران قربانی بدرفتاری دوران کودکی تدوین شده

1 Child abuse
2 Kuhner
3 Post-traumatic stress
4 Yang
5 Baumann
6 Psychological well-being
7 Potter
8 Irshad & Lone
9 Liu
10 Shimabukuro
11 Cognitive-behavioral skills
12 Attachment style
13 Bailey
14 Mindfulness
15 Compassion

و تلاش دارد، بهزیستی روانشناختی آنان را در ایفای نقش والدگری تقویت کند. این بسته بر مبنای رویکردهای پذیرش و تعهد، شناختی- رفتاری، ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی طراحی شد و با هدف ارتقای بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی والدگری اجرا گردید. جلسات شامل مرور تکالیف، آموزش کوتاه، تمرین عملی، بحث گروهی و تکلیف خانگی بودند. مؤلفه‌های اصلی بسته شامل ایجاد فضای امن، آگاهی هیجانی، بازسازی باورهای ناکارآمد، پردازش تجارب آسیب‌زا، تقویت خودپنداره مادرانه، کاهش نشخوار فکری، پرورش شفقت به خود، ارتقای ارتباط عاطفی ایمن با فرزند و تثبیت یادگیری بود و درمانگر نقش تسهیل‌گر و هدایت‌گر داشت. ضرورت چنین مداخله‌ای از آن‌جا ناشی می‌شود که مادران دارای سابقه تروما، با چالش‌های خاصی از جمله نشخوار فکری^۱، احساس گناه والدینی، ترس از تکرار چرخه بدرفتاری، و ناکارآمدی در تنظیم هیجان^۲ مواجه‌اند (لایو و همکاران، ۲۰۲۲؛ نارایان^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). به همین دلیل، یک بسته مداخله‌ای هدفمند که از دل تجارب واقعی این مادران برخاسته باشد، می‌تواند گامی مؤثر در ارتقاء بهزیستی روانشناختی آنان باشد. در سال‌های اخیر پژوهش‌هایی مانند بررسی تاثیر آموزش شیوه‌فرزندپروری مبتنی بر توانمندی‌ها بر خودکارآمدی والدین (خسروجردی و حیدری، ۱۴۰۲)، اثربخشی مداخله آموزشی مهارت‌های فرزند پروری مثبت و ایمن بر بهزیستی روان‌شناختی مادران (عبدالحسینی و همکاران، ۱۴۰۰)، بررسی تاثیر آموزش فرزندپروری مثبت بر بهزیستی روانشناختی مادران (حاجی‌بابایی رواندی و همکاران، ۱۴۰۱)، بررسی تاثیر آموزش مهارت فرزندپروری بر بهزیستی روانشناختی مادران (شیمابوکورو و همکاران، ۲۰۲۴) و تاثیر فرزندپروری ادراک شده بر بهزیستی روانشناختی مادران (ماتیوسی^۴ و همکاران، ۲۰۲۲) انجام شده است اما بررسی پیشینه پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تاکنون بسته‌ای جامع با تمرکز بر تجارب زیسته مادرانی که خود در کودکی قربانی بدرفتاری بوده‌اند، ارائه نشده است. طراحی یک بسته توانمندسازی والدگری بر پایه داده‌های حاصل از مصاحبه با مادران دارای سابقه بدرفتاری دوران کودکی، این امکان را فراهم می‌سازد تا مداخله‌ای بومی، زمینه‌محور، و مبتنی بر نیازهای واقعی این قشر خاص از مادران توسعه یابد. این رویکرد علاوه بر هم‌راستایی با اصول روانشناسی تحولی و بالینی، می‌تواند زمینه ارتقای توانایی‌های هیجانی، شناختی و رفتاری مادران را در مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز والدگری فراهم آورد و در عین حال از تکرار چرخه‌های آسیب‌زا در نسل بعدی جلوگیری کند.

با توجه به پیامدهای گسترده و عمیق بدرفتاری در دوران کودکی بر ابعاد مختلف رشد هیجانی، شناختی و اجتماعی فرد، به‌ویژه در مادرانی که خود قربانی تجربه‌های دردناک کودکی بوده‌اند، ضرورت طراحی مداخلاتی هدفمند و مبتنی بر تجربیات زیسته بیش از پیش احساس می‌شود. از این‌رو، تدوین بسته آموزشی توانمندسازی والدگری مبتنی بر تجارب زیسته این گروه از مادران، نه‌تنها در راستای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی آنان گام برمی‌دارد، بلکه با تقویت تعاملات والد-فرزند و پیشگیری از بروز آسیب در نسل بعد، نقش مؤثری در سلامت خانواده و جامعه ایفا می‌کند. این بسته با تکیه بر روایت‌ها و نیازهای واقعی مادران، قابلیت بالایی در مداخله‌گری بالینی، مشاوره‌ای و آموزشی داشته و می‌تواند به عنوان الگویی نوین در برنامه‌ریزی خدمات روانی اجتماعی در نظام سلامت و آموزش مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین این پژوهش با هدف تدوین بسته آموزشی توانمندسازی والدگری و ارزیابی اثربخشی آن بر بهزیستی روان‌شناختی مادران با سابقه بدرفتاری دوران کودکی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش مادران با سابقه بدرفتاری دوران کودکی، دارای فرزند مشغول به تحصیل دوره ابتدایی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ در شهر اصفهان بود. تعداد ۳۰ مادر بر اساس ملاک‌های ورود و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. (مادرانی که دچار سوء استفاده جنسی در کودکی شده‌اند به دلیل اثرات عمیق‌تر و پیچیدگی بیشتر این آسیب، حذف شدند). معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تشخیص تجربه بدرفتاری دوران کودکی بر اساس پرسشنامه ترومای دوران کودکی برنشتاین^۵ (نمره برش برای شناسایی تجربه قابل توجه ترومای دوران کودکی ۴۱ تعیین شده است)، حداقل تحصیلات دیپلم، سنین بین ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم تجربه سوء استفاده جنسی در کودکی طبق مصاحبه بالینی بود و معیارهای خروج

1 Rumination
2 Emotion regulation
3 Narayan
4 Matteucci
5 Bernstein

از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش، وجود پرسشنامه‌های مخدوش، غیبت بیش از یک جلسه، شرکت همزمان در درمان‌های دیگر و وجود شرایط پزشکی یا روانشناختی حاد بود. قبل از اجرای مداخله از گروه آزمایش و گواه پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس مادران گروه آزمایش بسته آموزشی توانمندسازی والدگری مبتنی بر تجربه زیسته مادران با سابقه بدرفتاری دوران کودکی را در ۱۰ جلسه به صورت هفتگی و به مدت ۶۰ دقیقه توسط پژوهشگر در کلینیک‌های درمان روانشناختی منطقه ۲ اصفهان دریافت کردند. اما افراد گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکردند. کد اخلاق این پژوهش (IR.IAU.KHSH.REC.1403.313) بود. در تمامی مراحل اجرای پژوهش، اصول اخلاقی مبتنی بر منشور هلسینکی و دستورالعمل‌های اخلاق پژوهش در علوم انسانی رعایت شد. مشارکت در پژوهش به صورت داوطلبانه بود و هیچ‌گونه اجبار یا الزام از سوی پژوهشگر صورت نگرفت. پیش از شروع فرآیند گردآوری داده‌ها، هدف کلی پژوهش، نحوه اجرا، محتوای جلسات، میزان زمان مورد نیاز، و حقوق شرکت‌کنندگان به صورت روشن و قابل فهم برای تمامی افراد توضیح داده شد. سپس رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از تمام اعضای گروه مداخله و کنترل دریافت شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد بود، اسامی واقعی آن‌ها ثبت نخواهد شد، و داده‌ها صرفاً برای اهداف پژوهشی تحلیل می‌شوند. در هر مرحله از پژوهش، شرکت‌کنندگان این حق را داشتند که بدون هیچ پیامد منفی، انصراف دهند. همچنین به گروه کنترل اطلاع داده شد که در صورت تمایل، پس از اتمام مراحل پژوهش، می‌توانند بسته آموزشی طراحی شده را به صورت رایگان دریافت کنند. در نهایت، داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ):^۱ این پرسشنامه توسط برنشتاین و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شده و دارای ۲۸ گویه است (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳). خرده مقیاس‌های پرسشنامه شامل بدرفتاری هیجانی^۲، بدرفتاری جسمی^۳، بدرفتاری جنسی^۴، غفلت هیجانی^۵ و غفلت جسمی^۶ است. در این پرسشنامه از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا فراوانی بدرفتاری‌های دوران کودکی توسط والدین را بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت طبقه‌بندی کنند. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. نمرات بالا نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد بدرفتاری هیجانی، بدرفتاری جسمی، بدرفتاری جنسی، غفلت هیجانی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۸۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) روایی محتوا و روایی سازه پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد ساختار پنج‌عاملی نسخه فارسی با ساختار نسخه اصلی هماهنگ بوده و مدل برازش قابل قبولی دارد. همچنین پایایی زیرمقیاس‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های سوءرفتار هیجانی، بی‌توجهی هیجانی، سوءرفتار جسمی، بی‌توجهی جسمی و سوءاستفاده جنسی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۷۸، ۰/۷۵ و ۰/۸۵ بود. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای ابعاد بدرفتاری هیجانی، بدرفتاری جسمی، غفلت هیجانی و غفلت جسمی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۸، ۰/۷۴ و ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB):^۷ این پرسشنامه توسط ریف^۸ (۱۹۸۹) تدوین شده و دارای ۱۸ گویه است که در یک طیف لیکرت شش درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم تا ۶=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ است. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل: پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، استقلال فردی، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد فردی است. پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه توسط ریف و همکاران (۱۹۸۹) برای پذیرش خود ۰/۹۳، روابط مثبت ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰، هدفمندی در زندگی ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ محاسبه شد. همچنین روایی سازه به دست آمده این مقیاس بر اساس روش همبستگی بین کل آزمون و خرده‌مقیاس‌های آن مانند تسلط بر محیط ۰/۵۱، پذیرش خود ۰/۶۶، هدفمندی در زندگی ۰/۶۳، روابط مثبت ۰/۴۸، رشد شخصی ۰/۵۹ و خودمختاری ۰/۴۶ به

1 Childhood-Trauma-Questionnaire
2 Emotional Abuse
3 Physical Abuse
4 Sexual Abuse
5 Emotional Neglect
6 Physical Neglect
7 Ryff Scales of Psychological Well-Being
8 Ryff

دست آمد. روایی سازه نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعه عبدالحسینی و همکاران (۱۴۰۰) از طریق همبستگی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد. در مطالعه مذکور، پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در شش عامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، رابطه مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد فردی و استقلال فردی به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای ابعاد پذیرش خود، تسلط بر محیط، رابطه مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد فردی و استقلال فردی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۸۲ و ۰/۷۶ به دست آمد.

بسته جامع آموزشی توانمندسازی والدگری: تدوین و طراحی بسته آموزشی توانمندسازی والدگری در رویکرد کیفی، از نوع تحلیل محتوا و بر اساس مصاحبه با اساتید و صاحب‌نظران بر اساس مدل خودکارآمدی بندورا^۱ (۱۹۹۷) طراحی و تدوین شد. مشارکت‌کنندگان خبرگان، اعضای هیئت علمی دانشگاه در حوزه مشاوره و روانشناسی تربیتی بودند. تعداد ۱۳ متخصص (۸ نفر در حوزه مشاوره و ۵ نفر در حوزه روانشناسی تربیتی) به عنوان نمونه و اعضای گروه اعتباربخشی انتخاب شدند که دارای تالیفات علمی و تجربه کافی کار با والدین بودند. برای انتخاب نمونه‌های مصاحبه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بر اساس تعداد پانل خبرگان، معیار تصمیم‌گیری در خصوص ضریب نسبی محتوا، جدول لاوشه^۲ (۱۹۷۵) با حداقل مقدار قابل قبول ۰/۵۵ بود (لاوشه، ۱۹۷۵). همچنین جهت بررسی شاخص روایی محتوا از روش والتز و باسل^۳ (۱۹۸۱) استفاده شد. طبق این روش، گویه‌های دارای نمره بالاتر از ۰/۷۹ مناسب، بین ۰/۷ تا ۰/۷۹ نیاز به اصلاح بازننگری و کمتر از ۰/۷ غیرقابل قبول بودند (والتز و باسل، ۱۹۸۱). برای تدوین بسته آموزشی توانمندسازی والدگری، ابتدا تحلیل جامع پیشینه نظری و پژوهشی مرتبط با والدگری، پیامدهای روان‌شناختی بدرفتاری دوران کودکی، نیازهای والدینی مادران آسیب‌دیده و مداخلات روان‌شناختی مؤثر انجام گرفت. سپس داده‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با مادران دارای تجربه بدرفتاری دوران کودکی به شیوه تحلیل مضمون بررسی شد. به‌منظور افزایش اعتبار محتوای بسته، دیدگاه‌های متخصصان حوزه روان‌شناسی بالینی، خانواده و آموزش والدگری در تمامی مراحل طراحی لحاظ گردید. انتخاب منابع و مشارکت‌کنندگان تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. بسته آموزشی تدوین‌شده مبتنی بر نیازهای واقعی، تجربه‌های زیسته و تحلیل علمی مؤلفه‌های اثرگذار طراحی شد و برای بررسی اعتبار بیرونی، به‌صورت آزمایشی در یک گروه محدود از مادران هدف اجرا و اصلاحات نهایی مبتنی بر بازخوردها اعمال گردید. بسته آموزشی شامل ۱۰ جلسه یک ساعته و هفته‌ای یک جلسه شامل جلسات زیر بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات بسته آموزشی توانمندسازی والدگری

جلسه	هدف	محتوای جلسه	تکالیف
اول	ایجاد فضای امن و آشنایی	معرفی روند جلسات، ایجاد پیمان گروهی، تمرین خودآگاهی	نوشتن تصویری از خود در نقش مادر پذیرنده
دوم	آگاهی هیجانی و تنظیم احساسات	شناخت احساسات منفی، تنفس آگاهانه، اثر احساسات بر والدگری	ثبت احساسات روزانه و تمرین تنفس هنگام هیجانات شدید
سوم	بازسازی روابط و اعتماد	مفهوم اعتماد، آموزش گفت‌وگوی اصیل، موانع اعتماد	گفت‌وگوی اصیل با فرد نزدیک و ثبت تجربه
چهارم	اصلاح باورهای ناکارآمد	باورهای محدودکننده، مفهوم خودکارآمدی والدگری، بازسازی افکار	نوشتن سه جمله مثبت درباره توانایی‌های والدگری
پنجم	پذیرش گذشته و پردازش هیجانی	پردازش خاطرات، نویسندگی درمانی، بازننگری مثبت	بازنویسی یک خاطره تلخ از دید ناظر حمایتگر
ششم	تقویت خودپنداره	تصویر ذهنی مثبت، تجسم هدایت‌شده، ثبت موفقیت‌ها	تهیه فهرست رفتارهای مثبت در نقش مادر
هفتم	کاهش نشخوار فکری	الگوهای فکری ناسازگار، ذهن‌آگاهی، انتظارات واقع‌بینانه	اجرای ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های واقعی
هشتم	رشد شفقت به خود	مفهوم خودشفقتی، نامه‌نویسی محبت‌آمیز، برنامه‌ریزی مراقبتی	تنظیم برنامه خودمراقبتی هفتگی

1 Bandura's Self-Efficacy Theory

2 Lawshe

3 Waltz & Bausell

نهم	ارتقاء ارتباط عاطفی	دلبستگی ایمن، گوش‌دادن فعال، بازتاب احساسات	تمرین گوش‌دادن فعال و ثبت مشاهدات
دهم	تثبیت یادگیری و تداوم رشد	مروار آموخته‌ها، نقشه رشد، خداحافظی.	طراحی برنامه ۳ ماهه والدگری و خودمراقبتی

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف‌معیار سن مادران گروه آزمایش $31/2 \pm 2/5$ ، گروه کنترل $33/3 \pm 2/9$ بود. سطح تحصیلات دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس برای گروه آزمایش به ترتیب ۸ (۵۰ درصد)، ۴ (۳۰ درصد) و ۳ (۲۰ درصد) و برای گروه کنترل به ترتیب ۶ (۳۰ درصد)، ۷ (۴۵ درصد) و ۲ (۲۵ درصد) بود. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	آزمایش		گواه
		میانگین	انحراف معیار	
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۹/۰۶	۱/۲۲	۱/۱۸
	پس‌آزمون	۱۵/۹۳	۳/۸۴	۱/۱۳
	پیگیری	۱۵/۲۶	۳/۵۱	۱/۵۶
ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	۹/۸۶	۱/۳۹	۱/۲۷
	پس‌آزمون	۱۶/۲۸	۳/۵۲	۱/۵۱
	پیگیری	۱۶/۳۱	۳/۶۲	۱/۴۴
استقلال فردی	پیش‌آزمون	۱۰/۵۳	۱/۴۲	۱/۲۵
	پس‌آزمون	۱۴/۷۳	۳/۱۳	۱/۶۹
	پیگیری	۱۴/۹۵	۳/۳۵	۱/۸۱
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۱۰/۲۶	۱/۳۴	۱/۲۶
	پس‌آزمون	۱۷/۷۷	۳/۲۷	۱/۳۱
	پیگیری	۱۷/۳۹	۳/۷۳	۱/۳۲
هدمندی در زندگی	پیش‌آزمون	۱۰/۳۳	۱/۰۴	۱/۸۵
	پس‌آزمون	۱۶/۲۰	۳/۶۹	۱/۴۴
	پیگیری	۱۹/۱۱	۳/۲۵	۱/۷۵
رشد فردی	پیش‌آزمون	۸/۱۳	۰/۴۷	۰/۹۶
	پس‌آزمون	۱۵/۶۹	۳/۵۳	۱/۳۸
	پیگیری	۱۵/۳۶	۳/۱۹	۱/۱۵
نمره کل بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	۵۸/۱۷	۶/۸۸	۷/۷۷
	پس‌آزمون	۹۶/۰۶	۲۰/۹۸	۸/۴۶
	پیگیری	۹۸/۳۸	۲۰/۶۵	۹/۰۳

نتایج جدول ۲ نشان داد که میانگین بهزیستی روانشناختی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضات آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف نشان داد که پیش‌فرض، توزیع نرمال نمونه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($P > 0/05$). نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون است؛ همچنین نتایج آزمون ام‌باکس معنی‌دار نبود ($M \text{ Box's} = 35/78, F = 1/54, P > 0/108$) که تأیید می‌کند همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس برقرار است. نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه گواه نشان داد که مقادیر متغیر بهزیستی روانشناختی ($P = 0/619$) مورد تأیید واقع گردید. همچنین نتایج آزمون

لوین نشان داد پیش‌فرض همسانی خطای واریانس برای بهزیستی روان‌شناختی رعایت شده است. به طور کلی مفروضات (پیش‌فرض‌های نرمال بودن و همگونی واریانس‌ها) تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره

آزمون	مقدار	F	Df	P	اندازه اثر
پیلایی	۰/۷۸۲	۱۲/۴۶۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵
لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۱۲/۴۶۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵
اثر هتلینگ	۳/۴۹۹	۱۲/۴۶۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵
بزرگترین ریشه روی	۳/۴۹۹	۱۲/۴۶۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، سطح معناداری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره کوچکتر از سطح معناداری می باشد. بنابراین بین بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد، جهت بررسی ابعاد بهزیستی روان‌شناختی نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	معنی‌داری	اندازه اثر
	گروه	۴۱۱/۱۵۹	۱	۴۱۱/۱۵۹	۲۰/۱۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸
پذیرش خود	مراحل	۱۵۶/۳۲۱	۱	۱۵۶/۳۲۱	۲۰/۲۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲۵
	گروه×مراحل	۱۴۴/۲۱۹	۱	۱۴۴/۲۱۹	۱۷/۱۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲
ارتباط مثبت با دیگران	گروه	۲۳۸/۲۷۷	۱	۲۳۸/۲۷۷	۲۱/۴۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲
	مراحل	۱۰۲/۶۵۵	۱	۱۰۲/۶۵۵	۴۲/۲۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۶
	گروه×مراحل	۸۶/۲۹۹	۱	۸۶/۲۹۹	۳۵/۴۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
استقلال فردی	گروه	۱۲۵۴/۸۷۶	۱	۱۲۵۴/۸۷۶	۵۲/۸۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲
	مراحل	۴۵۵/۲۰۲	۱	۴۵۵/۲۰۲	۴۲/۴۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	گروه×مراحل	۴۴۲/۲۳۹	۱	۴۴۲/۲۳۹	۳۲/۲۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶
تسلط بر محیط	گروه	۲۳۰/۲۸۳	۱	۲۳۰/۲۸۳	۳۰/۵۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲
	مراحل	۱۰۰/۱۵۵	۱	۱۰۰/۱۵۵	۳۰/۰۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶
	گروه×مراحل	۷۲/۸۰۵	۱	۷۲/۸۰۵	۲۴/۴۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸
هدفمندی در زندگی	گروه	۲۳۸/۵۰۴	۱	۲۳۸/۵۰۴	۱۰۲/۳۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵
	مراحل	۱۰۳/۰۹۱	۱	۱۰۳/۰۹۱	۶۰/۵۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
	گروه×مراحل	۹۱/۶۴۲	۱	۹۱/۶۴۲	۵۲/۷۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹
رشد فردی	گروه	۴۵۸۴/۳۲۲	۱	۴۵۸۴/۳۲۲	۱۲۵/۶۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶
	مراحل	۱۹۴۶/۵۳۹	۱	۱۹۴۶/۵۳۹	۶۹/۳۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴
	گروه×مراحل	۱۷۲۵/۹۵۶	۱	۱۷۲۵/۹۵۶	۵۴/۰۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۰۷

همانطور که نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد در مجموع بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل آموزش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری در سطح ($P < 0.001$) وجود دارد. بسته آموزشی توانمندسازی والدگری بر بهزیستی روان‌شناختی مادران با سابقه بدرفتاری در ابعاد پذیرش خود ($f = 20.297$)، رابطه مثبت با دیگران ($f = 42.257$)، استقلال فردی ($f = 42.410$)، تسلط بر محیط ($f = 30.519$)، هدفمندی در زندگی ($f = 60.519$) و رشد فردی ($f = 69.314$) در سطح ($P < 0.001$) معنی‌دار است. بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون‌گروهی

متغیر	مراحل	آزمایش		کنترل	
		تفاوت میانگین	معنی‌داری	تفاوت میانگین	معنی‌داری
پذیرش خود	پیش‌آزمون	-۶/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵	۰/۶۷۶
	پس‌آزمون	-۲-۶	۰/۰۰۱	-۰/۲۷	۰/۲۳۲
ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	۰/۶۷	۰/۶۱۷	-۰/۳۲	۰/۴۷۵
	پس‌آزمون	-۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۱۱	۰/۷۳۵
استقلال فردی	پیش‌آزمون	-۶/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۰/۴۸۱
	پس‌آزمون	-۰/۰۳	۰/۵۴۶	۰/۷۲	۰/۵۹۹
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	-۴/۲	۰/۰۰۱	۰/۱۴	۰/۳۵۶
	پس‌آزمون	-۴/۴۲	۰/۰۰۱	-۰/۰۱	۰/۸۴۵
هدفمندی در زندگی	پیش‌آزمون	-۰/۲۲	۰/۵۱۹	-۰/۱۵	۰/۸۱۳
	پس‌آزمون	-۷/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۱۹	۰/۲۹۳
رشد فردی	پیش‌آزمون	-۷/۱۳	۰/۰۰۱	-۰/۱۳	۰/۳۵۵
	پس‌آزمون	۰/۳۸	۰/۲۷۵	-۰/۳۲	۰/۵۳۲
	پیش‌آزمون	-۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۶۴۴
	پس‌آزمون	-۸/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۱۸
	پیش‌آزمون	-۲/۹۱	۰/۳۵۱	-۰/۰۴	۰/۷۵۸
	پس‌آزمون	-۷/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۶۱۶
	پیش‌آزمون	-۷/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۰/۴۲۹
	پس‌آزمون	۰/۳۳	۰/۴۱۱	-۰/۳۳	۰/۳۹۱

نتایج آزمون بن‌فرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد که ابعاد بهزیستی روانشناختی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) دارد. همچنین بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود ندارد که نتایج حاکی از ماندگاری تاثیر بسته آموزشی توانمندسازی والدگری بر افزایش بهزیستی روانشناختی در دوره پیگیری بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین و امکان‌سنجی بسته آموزشی توانمندسازی والدگری بر بهزیستی روانشناختی مادران با سابقه بدرفتاری دوران کودکی انجام شد. شاخص‌های استخراج شده شامل آگاهی هیجانی و تنظیم احساسات، بازسازی روابط و اعتماد، اصلاح باورهای ناکارآمد، پذیرش گذشته و پردازش هیجانی، تقویت خودپنداره مادرانه، کاهش نشخوار فکری، رشد شفقت به خود و ارتقاء ارتباط عاطفی بود و بسته آموزشی توانمندسازی والدگری در روایی محتوا، سطح قابل قبولی دارد.

همچنین نتایج نشان داد که بسته آموزشی توانمندسازی والدگری منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی مادران با سابقه بدرفتاری دوران کودکی شده است. این یافته با نتایج حاجی‌بابایی راوندی و همکاران (۱۴۰۱)، عبدالحسینی و همکاران (۱۴۰۰)، شیمابوکورو و همکاران (۲۰۲۴)، ماتیسوسی و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. این یافته اینگونه تبیین می‌شود که بر اساس مدل نظری ریف، بهزیستی روان‌شناختی شامل شش مؤلفه‌ی کلیدی است: خودپذیری، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط، و استقلال. مادرانی که در کودکی تجربه‌های آزاردهنده داشته‌اند، اغلب در این مؤلفه‌ها دچار آسیب‌اند، زیرا کودکی پر از طرد، بی‌توجهی و خشونت منجر به شکل‌گیری باورهای منفی درباره خویشتن، دیگران و جهان می‌شود. بسته آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته، با هدف بازسازی این نظام معنایی طراحی شده بود تا مادران بتوانند در ابعاد مختلف روان‌شناختی، بهبود چشمگیری تجربه کنند (عبدالحسینی و همکاران، ۱۴۰۰). یکی از مهم‌ترین مکانیسم‌های ارتقاء بهزیستی در این بسته، تمرکز بر «خودپذیری» بود. مادران با مرور و پردازش

تجربه‌های تلخ گذشته، فرصت یافتند تا زخم‌های کودکی را به رسمیت بشناسند، به احساسات سرکوب‌شده خود اعتبار دهند و خویشتن را با تمام کاستی‌ها بپذیرند. این فرایند، مطابق با آموزه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر، زمینه‌ساز افزایش عزت‌نفس، کاهش خودسرزنی و رشد تصویر مثبت از خود می‌شود که پیش‌شرط اصلی بهزیستی روانی است (حاجی‌بابایی و همکاران، ۱۴۰۱). از سوی دیگر، مؤلفه‌ی «روابط مثبت با دیگران» نیز از طریق کار گروهی، همدلی متقابل، شنیده شدن و درک شدن در جلسات، تقویت شد. مادرانی که سال‌ها بار احساس طرد، تنهایی یا بی‌مهری را به دوش کشیده بودند، در خلال جلسات، نوعی تجربه ترمیمی را از سر گذراندند؛ تجربه‌ای که در آن، نه تنها در احساساتشان پذیرفته شدند، بلکه توانستند مرزهای جدیدی در روابط خود تعریف کرده و مهارت‌های ارتباطی سالم‌تری بیاموزند. همین بازسازی رابطه با «دیگری»، پایه‌ای مهم برای بهبود کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی در زندگی واقعی فراهم ساخت (شیمابوکورو و همکاران، ۲۰۲۴). در بخش «هدفمندی در زندگی» و «رشد شخصی»، بسته آموزشی از طریق فعال‌سازی ارزش‌های مادری، تشویق به شناسایی استعدادها، بازتعریف نقش مادری و تقویت حس معنای زندگی عمل کرد. مادران یاد گرفتند که علی‌رغم گذشته آسیب‌زا، اکنون نقشی ارزشمند و توانمند در رشد فرزندان خود دارند؛ این حس «مفید بودن» و «تأثیرگذار بودن»، مطابق با دیدگاه فرانکل درباره معنا، عاملی مؤثر در ارتقاء بهزیستی محسوب می‌شود (عبدالحسینی و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین تمرین‌های شناختی-رفتاری و هدف‌محور جلسات، موجب شدند مادران نه تنها در گذشته متوقف نمانند، بلکه برای آینده‌ای روشن‌تر برنامه‌ریزی کنند. حوزه «تسلط بر محیط» و «استقلال»، مادران توانستند مهارت‌های تصمیم‌گیری، حل مسئله، جرأت‌مندی، و مدیریت احساسات را در قالب تمرین‌ها و تعامل‌های گروهی توسعه دهند. تسلط بر شرایط روزمره، احساس کنترل بر محیط خانه و نحوه تعامل با کودک، احساس توانمندی و استقلال را در این مادران تقویت کرد. این امر مطابق با دیدگاه نظری دسی و رایان، زمانی رخ می‌دهد که فرد بتواند نیازهای بنیادی خود به شایستگی، ارتباط و استقلال را ارضا کند (ماتیوسی و همکاران، ۲۰۲۲).

در مجموع این پژوهش نشان داد بسته آموزشی توانمندسازی والدگری مبتنی بر تجربه زیسته، با روایی محتوای مطلوب، به‌طور معناداری بهزیستی روان‌شناختی مادران با سابقه بدرفتاری دوران کودکی را ارتقاء داد. این مداخله با تقویت خودپذیری، روابط مثبت و مهارت‌های روانی-اجتماعی، زخم‌های گذشته را ترمیم و کارکرد والدگری را بهبود بخشید. نتایج بیانگر اثربخشی رویکردهای مبتنی بر تجربه زیسته در ارتقاء سلامت روان مادران آسیب‌دیده است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود؛ نخست آنکه استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، دامنه تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کرده و نتایج را تنها به گروه خاصی از مادران قابل اطلاق می‌کند. تمرکز پژوهش صرفاً بر مادران بوده و سایر الگوهای والدگری مانند پدران یا سرپرستان جایگزین را دربر نگرفته است. محدود بودن جامعه پژوهش به شهر اصفهان، قابلیت تعمیم نتایج به سایر فرهنگ‌ها و بافت‌های جغرافیایی کشور را با چالش مواجه می‌سازد. در راستای محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی یا ترکیبی و با حجم نمونه گسترده‌تری انجام شود تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین اجرای این بسته بر گروه‌های مختلفی از والدین نظیر پدران، مادران بزرگ‌سال‌ها، سرپرست یا والدین تنها، می‌تواند دامنه کاربرد آن را توسعه دهد. همچنین در سطح کاربردی، پیشنهاد می‌شود این بسته به عنوان بخشی از خدمات مشاوره‌ای و حمایتی برای مادران آسیب‌دیده از کودکی در مراکز مشاوره خانواده، خانه‌های سلامت یا مراکز بهزیستی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، با توجه به تأثیر عواملی چون تحصیلات یا میزان حمایت اجتماعی مادران، طراحی نسخه‌های انعطاف‌پذیر و سازگار با ویژگی‌های فردی والدین می‌تواند اثربخشی عملی این مداخله را در موقعیت‌های واقعی افزایش دهد.

منابع

- ابراهیمی، ح.، دژکام، م.، و ثقه‌الاسلام، ط. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۷۵-۲۸۲. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2090-fa.html>
- حاجی بابایی رواندی، ع.، تجلی، پ.، قنبری پناه، ا.، و شهریاری احمدی، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت و مهارت‌های تحمل پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۲(۴۷)، ۵۳-۷۹. doi.org/10.22054/jpe.2023.68119.2460
- خسروچردی، ز.، و حیدری، م. (۱۴۰۲). تأثیر آموزش شیوه‌فرزندپروری مبتنی بر توانمندی‌ها بر بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان و خودکارآمدی والدین. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۸(۷۰)، ۶۷-۷۴. [doi: 10.22034/jmpr.2023.16518](https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.16518)

تدوین و امکان‌سنجی بسته آموزشی توانمندسازی والدگری بر بهزیستی روان‌شناختی مادران با سابقه بدرفتاری دوران کودکی
Development and feasibility study of a parenting empowerment training package on the psychological well-being of ...

- سلیمانی، ع.، لشکری، آ.، و ترابی، ی. (۱۴۰۰). ارتباط تروما و بهزیستی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای ترس از شادی و ناگویی خلقی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۱)، ۱۱۶-۱۲۷. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1032-fa.html>
- صفرعلیخانی، ا.، و دنیامالی، س. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و خودتنظیمی هیجانی والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۴)، ۱۷۷-۱۸۶. [doi:10.1001.1.2383353.1402.12.4.18.8](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1402.12.4.18.8)
- عبدالحسینی، آ.، علی‌اکبری دهکردی، م.، و علی‌پور، ا. (۱۴۰۰). تأثیر مداخله آموزشی مهارت‌های فرزند پروری مثبت و ایمن در بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای نوجوان پرخاشگر. *آسیب‌شناسی خانواده*، ۷(۲)، ۱-۲۴. <http://fpcej.ir/article-1-315-fa.html>
- عباسی، م.، صابری، ه.، و طاهری، ا. (۱۴۰۱). پیش‌بینی ادراک درد بر اساس تروما دوران کودکی با میانجی‌گری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به درد مزمن. *روانشناسی سلامت*، ۱۱(۴۱)، ۲۶-۷. [doi: 10.30473/hpj.2022.60912.5345](https://doi.org/10.30473/hpj.2022.60912.5345)
- مظاهری تهرانی، م.، دیاریان، م.، و جوادزاده شهشهانی، ف. (۱۴۰۲). اثر بخشی آموزش والدگری امیدمحور بر خودکارآمدی والدینی مادران کودکان پیش‌دبستانی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۴(۱)، ۸۰-۹۲. [DOI:10.30486/JSRP.2021.1939028.3154](https://doi.org/10.30486/JSRP.2021.1939028.3154)
- Baumann, M., Villeneuve, E., Bélanger, C., Paradis, A., Herba, C. M., & Godbout, N. (2025). Dyadic Analysis of Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction: The Role of Parental Alliance. *Journal of marital and family therapy*, 51(2), 702-711. [DOI: 10.1111/jmft.70002](https://doi.org/10.1111/jmft.70002)
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190. [DOI: 10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Bailey, H. N., Tarabulsky, G. M., Moran, G., Pederson, D. R., & Bento, S. (2021). Childhood maltreatment and maternal self-efficacy: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 115(1), 104-119. doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104997
- Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*, New York: W. H. Freeman.
- Dehghan Manshadi, Z., & Sarafraz, M. R. (2025). Relationship of maternal childhood maltreatment and children's emotional-behavioral problems: parental reflection functioning and social support's role. *BMC psychology*, 13(1), 318-326. [DOI: 10.1186/s40359-025-02627-x](https://doi.org/10.1186/s40359-025-02627-x)
- Irshad, S., & Lone, A. (2025). Adverse childhood experiences and their influence on psychological well-being and emotional intelligence among university students. *BMC psychology*, 13(1), 255-263. doi.org/10.1186/s40359-025-02565-8
- Kuhner, C., de Waal, M., Steenkamp, L., van Zwol, I., Goudriaan, A., & Thomaes, K. (2025). The impact of types of childhood maltreatment on the severity of PTSD and comorbid personality disorder symptoms. *European journal of psychotraumatology*, 16(1), 249-258. [DOI: 10.1080/20008066.2025.2491172](https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2491172)
- Lawshe, C. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
- Liu, S. R., Kia-Keating, M., & Barnett, M. L. (2022). Mothers' adverse childhood experiences and parenting: A meta-analysis and conceptual model. *Child Abuse & Neglect*, 123(1), 105-114. doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105416
- Matteucci, M. C., Scalone, L., Tomasetto, C., Cavrini, G., & Sella, P. (2022). Health-related quality of life and psychological wellbeing of children with Specific Learning Disorders and their mothers. *Research in developmental disabilities*, 87(1), 43-53. doi.org/10.1016/j.ridd.2022.02.003
- Narayan, A. J., Ippen, C. G., Harris, W. W., & Lieberman, A. F. (2019). Assessing adverse experiences from infancy through early childhood in home visiting programs. *Child Abuse & Neglect*, 87(1), 88-99. doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.013
- Potter, S., Bridger, E., & Drewelies, J. (2025). Daily health and well-being in adulthood and old age: The role of adverse childhood experiences. *Applied psychology: Health and well-being*, 17(1), 126-133. doi.org/10.1111/aphw.12637
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(1) 1069-1081. [DOI: 10.1037/0022-3514.57.6.1069](https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069)
- Shimabukuro, S., Oshio, T., Endo, T., Harada, S., Yamashita, Y., Tomoda, A., Guo, B., Goto, Y., Ishii, A., Izumi, M., Nakahara, Y., Yamamoto, K., Daley, D., & Tripp, G. (2024). A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of Well Parent Japan in routine care in Japan: The training and nurturing support for mothers (TRANSFORM) study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 65(12), 1624-1637. doi.org/10.1111/jcpp.14007
- Waltz, C., & Bausell, B. (1981). *Nursing research: design statistics and computer analysis*. Davis FA.
- Yang, L., Du, X., & Huang, M. (2025). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: the mediating role of mentalization and depression. *European journal of psychotraumatology*, 16(1), 246-259. [DOI: 10.1080/20008066.2025.2466279](https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2466279)