

اثر آموزش مهارت فرزندپروری بر سلامت عمومی مادران کودک آزار

دکتر فریبا عربگل^۱، دکتر فیروزه درخشانیپور*^۲، دکتر لیلی پناغی^۳

۱- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، بیمارستان امام حسین (ع)، تهران، ایران.

۲- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار، مرکز تحقیقات روانپزشکی گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۳- متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: کودک‌آزاری پدیده‌ای شایع است که عوامل متعددی در بروز آن دخیل هستند. یکی از مهم‌ترین عوامل شناخته شده، اختلالات روانپزشکی مادر است. مداخلات همزمان در سیستم خانواده می‌تواند باعث بهبود مادر و کاهش کودک‌آزاری گردد. این مطالعه به منظور تعیین اثر آموزش مهارت فرزندپروری بر سلامت عمومی مادران کودک‌آزار انجام شد.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی ۵۷ مادر کودکان ارجاع شده با تشخیص کودک‌آزاری به واحد سلامت روان کودکان در معرض آسیب واقع در بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان امام حسین (ع) از آبان ۱۳۸۷ تا فروردین ۱۳۸۸ مورد مطالعه قرار گرفتند. کودکان و خانواده آنها توسط روانپزشک ویزیت شده و مداخله‌ها و درمان‌های دارویی و غیردارویی، بسته به نیاز کودک و خانواده برای آنها انجام شد. تمام مادران تحت آموزش مهارت فرزندپروری در ۸ جلسه قرار گرفتند. برای تعیین میزان اثر مداخله‌های درمانی، پرسشنامه سلامت عمومی پیش از مداخله و در ماه سوم و ششم پس از مداخله به وسیله مادران تکمیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان‌دهنده بهبود قابل توجه مادران در نمره کلی سلامت عمومی، خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب شش ماه بعد از مداخله به ترتیب با مقادیر ۱/۹۰±۳/۳۱، ۵/۶۶±۲/۲۶ و ۸/۱۰±۰/۴۶ در مقایسه با قبل از شروع مداخله به ترتیب با مقادیر ۲/۳۴±۳/۳۷، ۷/۴۸±۰/۷۲ و ۱۰/۴۴±۰/۵۸ بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: مداخله مناسب و به موقع و آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای مادران کودک‌آزار می‌تواند باعث بهبود سلامت عمومی آنان گردد و این ممکن است منجر به کاهش موارد کودک‌آزاری گردد.

کلیدواژه‌ها: کودک‌آزاری، مادر، سلامت عمومی، آموزش مهارت فرزندپروری، اضطراب، افسردگی

* نویسنده مسؤول: دکتر فیروزه درخشانیپور، پست الکترونیکی f.derakhshanpour@yahoo.com

نشانی: گرگان، خیابان پنجم آذر، کوچه آذر دهم، مجتمع مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، طبقه دوم، تلفن و نمابر ۰۱۷-۳۲۳۲۵۵۸۱
وصول مقاله: ۹۳/۳/۴، اصلاح نهایی: ۹۴/۵/۱۱، پذیرش مقاله: ۹۴/۵/۱۸

مقدمه

کودک‌آزاری سبب آسیب‌های جبران‌ناپذیری بر سلامت جسمی و روانی کودکان می‌گردد. تحقیقات انجام شده بیانگر شیوع بالای کودک‌آزاری در بین خانواده‌های ایرانی است (۲۰۱). سازمان بهداشت جهانی، کودک‌آزاری را هرگونه رفتاری می‌داند که آزار عمدی، فیزیکی، هیجانی، جنسی و یا سهل‌انگاری و غفلت نسبت به کودک را در پی داشته باشد (۳).

مطالعات مختلف عوامل گوناگونی را به عنوان عامل خطر در بروز کودک‌آزاری نام برده‌اند که از جمله می‌توان در والدین به تحصیلات کم، سن پایین، بیکاری، اختلال روان‌پزشکی مانند افسردگی، اضطراب، وابستگی به مواد و آزار جسمی والدین در کودکی و در کودکان به ناتوانی‌های جسمی و ذهنی و اختلال

روانپزشکی اشاره کرد (۷-۴).

در مطالعه محمدخانی و همکاران والدین آزارگر نسبت به گروه کنترل از سلامت عمومی کمتری برخوردار بودند. این والدین در میانگین نمره سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های آن به‌ویژه افسردگی و اضطراب نمره بالاتری کسب کردند (۸). مادران افسرده معمولاً رفتار پرخاشگرانه با فرزندان خود داشته و تعاملات آنها عمدتاً با فرزندانشان منفی است و بیشتر از رفتارهای تخریبی استفاده می‌کنند (۹). این مادران در زمان استرس، قادر به کنترل رفتارهای اضطرابی خود مثل خشونت و پرخاشگری نیستند (۱۰).

والدین کودک‌آزار از فرزندان خود و تجربه والدینی لذت کمی می‌برند. آنها نوعاً سبک والدینی استبدادی را که محدود کننده، تقاضا کننده و غیرپاسخگوست؛ اعمال می‌کنند (۱۱). آنها نسبت به

مرحله پرسشنامه را تکمیل کردند. همچنین در این مطالعه تعداد اندکی از پدران به دلیل مسایل شغلی و سایر مسؤولیت‌ها در جلسات فرزندپروری و مدیریت خشم شرکت کردند. لذا فقط مادران در مطالعه وارد شدند.

در واحد سلامت روان کودکان در معرض آسیب، گروهی متشکل از روانپزشک کودک و نوجوان، روانشناس و مددکار اجتماعی بیماران را ارزیابی کردند و مداخله‌های لازم برای کودک و خانواده توسط این گروه انجام شد. در صورتی که کودک آزاری به بیماری جسمی منجر شده بود و به مداخله و درمان طبی نیاز بود؛ این مداخله‌ها با هماهنگی‌های لازم در بیمارستان انجام شد. مانند نوزادان متولد شده از مادر مبتلا به سوء مصرف مواد که در بخش نوزادان بستری بودند. در مرحله بعد کودک آزار دیده و والدینش توسط روانپزشک کودک ویزیت شده و در صورتی که کودک یا والدین به درمان دارویی، غیردارویی و یا مراقبت خاصی نیاز داشتند؛ وارد مرحله بعدی شدند. به بیان دیگر در صورت نیاز به درمان دارویی، داروهای لازم تجویز، نوبت بعدی ویزیت تعیین و درمان پیگیری شد و در صورت نیاز به درمان غیردارویی نیز خانواده به روانشناس یا کاردرمانگر ارجاع گردید. تمام والدین تحت آموزش مدیریت خشم و فرزندپروری توسط روانشناس آموزش دیده قرار گرفتند و بسته به تشخیص روانپزشک تحت درمان‌های غیردارویی دیگری قرار گرفتند. کودکان آزار دیده براساس تشخیص روانپزشک تحت درمان دارویی یا غیردارویی قرار گرفتند. مدت مداخله‌های درمانی برای هر فرد سه ماه بود.

پیش از انجام بررسی و مداخله، روش انجام پژوهش برای پدر و مادر توضیح داده شد و پس از موافقت آنها و اخذ رضایت‌نامه کتبی اقدامات لازم شروع شد.

مداخله‌ها و درمان‌های غیردارویی، بسته به نیاز کودک و خانواده برای آنها انجام شد. یکی از این مداخلات آموزش مهارت فرزندپروری بود که در هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی به وسیله روانشناس آموزش دیده و با نظارت روانپزشک کودک آرایه شد. در هر جلسه پنج تا ده والد شرکت کردند. این جلسه‌ها بر پایه مهارت فرزندپروری برگزار شد؛ با این تفاوت که دو جلسه از هشت جلسه، به توضیح در مورد کودک آزاری، تنبیه فیزیکی، آثار منفی آن بر رشد جسمی روانی کودک و روش‌های کنترل خشم اختصاص داده شد. ارزیابی مراجعین با استفاده از ابزارهای زیر و در زمان‌های قبل از مداخله، سه ماه و شش ماه پس از مداخله انجام گردید.

پرسشنامه دموگرافیک: این پرسشنامه به ثبت متغیرهای مربوط به کودک (نظیر سن، جنس و رتبه تولد) و متغیرهای مربوط به مادر (نظیر سن، تحصیلات و شغل) پرداخته و در جلسه اول قبل از شروع

والدین دیگر معمولاً تعاملات مثبت کمتری با فرزندان خود دارند (۱۲) و فاقد مهارت‌های اجتماعی والدگری لازم هستند که این می‌تواند ناشی از مدل‌های والدگری خود آنها در دوران کودکی باشد (۱۱).

تحقیقات مختلف نشان می‌دهند کودک آزاری پیامدهای منفی قابل توجهی بر سلامت جسمی (۱۳ و ۱۴)، روانی (۱۵) و رفتاری کودکان (۱۶) بر جای می‌گذارد. این کودکان مستعد بروز مشکلاتی از قبیل پرخاشگری، رفتارهای ضداجتماعی، خودکشی و مشکلات ارتباطی هستند.

با توجه به پیامدهای منفی کودک آزاری بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی این کودکان مداخلات مناسب و به موقع در کاهش پیامدهای آن نقش به‌سزایی دارند. اکثر مطالعات برای کاهش کودک آزاری بر مداخلات چندوجهی تاکید دارند. این مداخلات شامل افزایش آگاهی والدین در زمینه مهارت فرزندپروری، کنترل خشم، تغییر باورها و کاهش استرس است (۱۷ و ۱۸) که در کنار مداخلات دیگر مثل درمان اختلالات روانپزشکی در کودکان و والدین می‌تواند اثر به‌سزایی داشته باشد.

روش تربیت سازنده روشی است که به افزایش آگاهی والدین در زمینه مهارت فرزندپروری، کنترل خشم، تغییر باورها و کاهش استرس، تغییر اسنادهای منفی والدین از رفتارهای کودکان، افزایش خودکارآمدی والدین در تنظیم احساسات منفی و خشم، حفظ کنترل احساسی و کسب مهارت‌های مدیریت مثبت کودک کمک می‌کند (۱۹ و ۲۰). با توجه به اهمیت مداخله مناسب و کنترل عوامل موثر در بروز کودک آزاری این مطالعه به منظور تعیین اثر مداخله‌های درمانی بر سلامت عمومی مادران کودک آزار انجام شد.

روش بررسی

در این کارآزمایی بالینی ۵۷ مادر کودک‌آزار (۳۲ پسر و ۲۵ دختر) ارجاع شده با تشخیص کودک آزاری به واحد سلامت روان کودکان در معرض آسیب واقع در بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان امام حسین (ع) از آبان ۱۳۸۷ تا فروردین ۱۳۸۸ مورد مطالعه قرار گرفتند.

این مطالعه با شماره IRCT۲۰۱۲۰۸۲۷۵۴۲۷۲۲ در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران به ثبت رسید. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه توسط والدین تکمیل شد.

در این مطالعه ۷۳ مادر با کودک‌آزار (۴۳ پسر و ۳۰ دختر) ارجاع شده با تشخیص کودک آزاری مورد مداخله قرار گرفتند؛ ولی تنها داده‌های مربوط به ۵۷ مورد به دلیل کامل بودن بررسی گردید. این کاهش به دلیل عدم مراجعه و عدم همکاری بعضی از مادران در طول طرح بود. در نهایت ۵۷ نفر از مادران تا ۶ ماه مراجعه هر سه

مداخلات تکمیل شد.

مادران تکمیل شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد. توزیع نرمال داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تعیین شد و در تمام موارد توزیع نرمال بود. برای بررسی فرض کرویت از آزمون مانخلی (mauclys test of sphericity) استفاده شد و سطح معنی‌داری بیش از ۰/۰۵ بود که نشان‌دهنده برقرار بودن فرض کرویت بود. برای بررسی تفاوت مراحل مختلف در موارد معنی‌داری بین زمان‌های مختلف مقایسه‌های دوتایی با استفاده از آزمون بون فرنی انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی مادران و کودکان به ترتیب $31/67 \pm 6/52$ سال و $6/9 \pm 4/3$ سال بود. تحصیلات ۸۴/۳ درصد از مادران شامل دیپلم و زیردیپلم بود.

تفاوت ایجاد شده در نمرات سلامت عمومی مادران طی سه مرحله در جدول یک آمده است. در تمامی خرده‌مقیاس‌ها کاهش میانگین نمرات بین ابتدای مطالعه و سه ماه پس از مداخله وجود داشت؛ ولی فقط تفاوت آماری معنی‌دار در نمره کلی سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های اضطراب و افسردگی پیش از مداخله و پس از مداخله یافت شد ($P < 0/001$). همچنین تفاوت آماری معنی‌داری در نمره کلی سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های اضطراب و افسردگی بین ابتدای مطالعه با سه ماه پس از مداخله و نیز ابتدای مطالعه با شش ماه پس از مداخله وجود داشت ($P < 0/001$)؛ ولی تفاوتی بین سه ماه و شش ماه پس از مداخله یافت نشد. تفاوت آماری معنی‌داری در نمره کلی سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های اضطراب و افسردگی بین ابتدای مطالعه با سه ماه پس از مداخله و نیز ابتدای مطالعه با شش ماه پس از مداخله وجود داشت؛ ولی تفاوتی بین سه ماه و شش ماه پس از مداخله وجود نداشت (جدول ۲).

بحث

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده بهبود قابل توجه مادران در نمره کلی سلامت عمومی، خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب شش ماه پس از مداخله در مقایسه با ابتدای مطالعه بود.

افسردگی در زنان با موربیدیته و مشکلات اجتماعی قابل توجهی همراه است. آنها در به‌کارگیری مهارت‌های فرزندپروری، توانایی کمی داشته و در ارتباط برقرار کردن با فرزندانشان نیز ضعیف عمل می‌کنند (۲۴) و قادر به کنترل تکانه‌های خود نیستند. به جز سلامت روان عوامل موثر دیگری نیز در میان والدین وجود دارند که زمینه را برای آزار کودک مستعد می‌کنند. به عنوان مثال بسیاری از خانواده‌ها به اثر مثبت تنبیه بدنی در تربیت کودکان

پرسشنامه کودک‌آزاری: به وسیله دو روانپزشک کودک و نوجوان، با در نظر گرفتن عوامل مؤثر در بروز کودک‌آزاری و انواع و شدت آن تنظیم شد. سپس پنج روانپزشک کودک آن را بازنگری کردند و نظرهای اصلاحی ایشان در پرسشنامه اعمال گردید. این پرسشنامه پیش از شروع مداخله به وسیله روانپزشک و پس از برقراری رابطه درمانی با کودک و والدین، با توجه به یافته‌هایی چون مشاهده، معاینه و مصاحبه با والد و کودک تکمیل شد. به دلیل محدوده سنی کودکان (تولد تا ۱۸ سالگی) امکان استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی وجود نداشت. از سوی دیگر، بیشتر پدر و مادرهای آزاررسان، آزار به کودک را مخفی می‌کنند و بنابراین برقراری رابطه با درمانگر برای گردآوری و ثبت اطلاعات لازم بود.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): یکی از ابزارهایی است که در زمینه کیفیت روان‌سنجی استفاده می‌گردد و معتبرترین ابزار غربالگری و تعیین مشکلات روان‌شناختی و شناسایی موارد مثبت در جمعیت عمومی است (۲۱). این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ میلادی توسط گلدبرک و هلر به منظور غربالگری افراد سالم و بیمار با صرف کمترین وقت طراحی شد و در واقع هدف آن رسیدن به تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست؛ بلکه منظور اصلی ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. این پرسشنامه همچنین در بعضی مطالعات برای مقایسه اثر مداخلات انجام شده نیز استفاده شده است (۲۲). این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال است که هر ۷ سؤال، یک خرده‌مقیاس را می‌سنجد. چهار خرده‌مقیاس پرسشنامه شامل نشانه‌های جسمانی (نظیر مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود، احساس خستگی آنها همراه با نشانه‌های جسمانی)، اضطراب و اختلال خواب (نظیر موارد مرتبط با بی‌خوابی و اضطراب)، اختلال در کارکرد اجتماعی (نظیر سنجش توانایی افراد در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسایل زندگی روزمره و نیز آشکار ساختن احساس افراد در کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی) و نشانه‌های افسردگی (نظیر افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی) است که با روش لیکرت (از صفر تا سه) نمره‌گذاری می‌شود.

این پرسشنامه در ایران توسط پالاهانگ در سال ۱۳۷۵ اعتباریابی شد و اعتبار آن ۰/۹۱ درصد گزارش گردید (۲۳). مقادیر آلفای کرونباخ برای نشانه‌های جسمانی ۰/۸۴ درصد، اضطراب و اختلال خواب ۰/۷۸ درصد، کارکردهای اجتماعی ۰/۷۹ درصد، افسردگی ۰/۸۱ درصد و وضعیت سلامت روانی ۰/۹۱ درصد برآورد شد.

این پرسشنامه قبل از شروع مداخله (زمان ۱) و سه ماه پس از انجام مداخلات (زمان ۲) و شش ماه بعد از اولین ارزیابی توسط

جدول ۱: میانگین نمره سلامت عمومی مادران و خرده مقیاس‌های آن در ابتدای مطالعه، سه ماه و شش ماه پس از مداخله

| متغیر | زمان | میانگین و انحراف معیار | F | df | p-value |
|----------------------|-----------------------|------------------------|-------|-------|---------|
| نمره کلی سلامت عمومی | **ابتدای مطالعه | ۳۷/۳۰±۲/۳۴ | ۷/۸۹ | ۲و۱۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| | سه ماه پس از مداخله | ۲۸/۰۷±۱/۵۰ | | | |
| | * شش ماه پس از مداخله | ۳۱/۳۱±۱/۹۰ | | | |
| خرده مقیاس جسمانی | **ابتدای مطالعه | ۹/۰۹±۵/۶۲ | ۱/۸۵ | ۲و۱۱۲ | ۰/۱۶ |
| | سه ماه پس از مداخله | ۷/۶۵±۳/۰۶ | | | |
| | * شش ماه پس از مداخله | ۸/۳۵±۵/۱۸ | | | |
| خرده مقیاس اضطراب | **ابتدای مطالعه | ۱۰/۴۴±۰/۵۸ | ۸/۱۰ | ۲و۱۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| | سه ماه پس از مداخله | ۸/۳۴±۰/۵۴ | | | |
| | * شش ماه پس از مداخله | ۸/۱۰±۰/۴۶ | | | |
| خرده مقیاس اجتماعی | **ابتدای مطالعه | ۸/۸۳±۰/۴۹ | ۱/۸۳ | ۲و۱۱۲ | ۰/۱۶ |
| | سه ماه پس از مداخله | ۸/۰۵±۰/۳۸ | | | |
| | * شش ماه پس از مداخله | ۸/۹۸±۰/۴۶ | | | |
| خرده مقیاس افسردگی | **ابتدای مطالعه | ۷/۴۸±۰/۷۲ | ۱۱/۹۶ | ۲و۱۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| | سه ماه پس از مداخله | ۴/۰۱±۰/۵۰ | | | |
| | * شش ماه پس از مداخله | ۵/۲۶±۰/۶۶ | | | |

P<۰/۰۰۱ ** P<۰/۰۵ *

جدول ۲: نتایج مقایسه دوتایی بین ابتدای مطالعه، سه ماه و شش ماه پس از مداخله

| زمان | مقیاس | زمان | تفاوت میانگین | خطای معیار میانگین | p-value |
|---------------------|----------------------|---------------------|---------------|--------------------|---------|
| ابتدای مطالعه | نمره کلی سلامت عمومی | سه ماه پس از مداخله | ۹/۲۳۳* | ۲/۴۴۰ | ۰/۰۰۱ |
| | | شش ماه پس از مداخله | ۵/۹۹۰* | ۲/۳۸۴ | ۰/۰۴۵ |
| سه ماه پس از مداخله | خرده مقیاس اضطراب | سه ماه پس از مداخله | ۲/۱۰۴* | ۰/۶۱۳ | ۰/۰۰۳ |
| | | شش ماه پس از مداخله | ۲/۳۳۹* | ۰/۶۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| سه ماه پس از مداخله | خرده مقیاس افسردگی | سه ماه پس از مداخله | ۳/۴۷۴* | ۰/۸۱۲ | ۰/۰۰۰ |
| | | شش ماه پس از مداخله | ۲/۱۷۵* | ۰/۵۹۸ | ۰/۰۰۲ |
| شش ماه پس از مداخله | نمره کلی سلامت عمومی | ابتدای مطالعه | -۹/۲۳۳* | ۲/۴۴۰ | ۰/۰۰۱ |
| | | شش ماه پس از مداخله | -۳/۲۴۳ | ۲/۲۴۷ | ۰/۴۶۳ |
| شش ماه پس از مداخله | خرده مقیاس اضطراب | ابتدای مطالعه | -۲/۱۰۴* | ۰/۶۱۳ | ۰/۰۰۳ |
| | | شش ماه پس از مداخله | ۰/۲۳۵ | ۰/۷۰۰ | ۱/۰۰۰ |
| شش ماه پس از مداخله | خرده مقیاس افسردگی | ابتدای مطالعه | -۳/۴۷۴* | ۰/۸۱۲ | ۰/۰۰۰ |
| | | شش ماه پس از مداخله | -۱/۲۹۹ | ۰/۷۲۷ | ۰/۲۳۸ |

P<۰/۰۰۱ *

شکلی از مداخلات خانواده و آموزش مدیریت رفتاری است که براساس اصول یادگیری اجتماعی طراحی شده و یکی از اساسی‌ترین مداخلات در کمک به کودکان با مشکلات رفتاری است (۱۷). والدینی که از روش‌های مدیریت رفتاری استفاده می‌کنند؛ خودکفایی بیشتری احساس می‌کنند. این روش رفتارهای پرخاشگرانه کودک را کاهش داده و متعاقباً والدین فشار کمتری را تحمل می‌کنند (۲۷ و ۲۸). محرری و همکاران روش تربیت سازنده را در بین گروهی از والدین دارای نوجوان با سن ۱۷-۱۳ سال به کار گرفتند. در این مطالعه مادران در پایان مداخلات تفاوت معنی‌داری در زمینه کاهش میزان اضطراب، افسردگی و استرس نشان دادند (۲۹). در مطالعه‌ای دیگر که در بین کودکان بیش‌دستانی انجام شد؛ نیز از همین روش استفاده گردید. خانواده‌هایی که تحت آموزش روش تربیت سازنده قرار گرفته بودند؛ بهبود قابل توجهی

معتقدند. این باور در بسیاری از فرهنگ‌ها رواج دارد. مثلاً در بین خانواده‌های هنک کنگی اکثر خانواده‌ها از تنبیه بدنی در تربیت فرزندان خود استفاده می‌کنند (۲۵). این نگرش زمینه را برای بروز کودک آزاری مهیا می‌کند؛ چرا که در بسیاری از موارد بین تنبیه بدنی و کودک آزاری فاصله اندکی وجود دارد.

مداخلات چندوجهی در مقایسه با مداخلات یک‌وجهی که جنبه‌های مختلف موثر مثل تغییر نگرش‌ها، افزایش آگاهی و مهارت‌های فرزندپروری را مورد توجه قرار می‌دهند؛ بسیار موثرتر هستند (۲۶). همچنین اکثر مطالعات، مداخلات خانواده در پیشگیری از کودک آزاری را مورد تایید قرار داده‌اند. یکی از این مداخلات مهم روش آموزش مدیریت رفتاری است. در این روش به مسایلی نظیر افزایش آگاهی در رابطه با مهارت مدیریت رفتار کودک و انتظارات متناسب از کودک پرداخته می‌شود. برنامه تربیت سازنده

در خانواده‌ها است. این یافته به دلیل اثر مهمی است که این روش در کنترل مشکلات رفتاری کودکان و افزایش کارآمدی والدین دارد (۲۰).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر بررسی نقش مادران در کودک‌آزاری به خاطر عدم همکاری مناسب پدران بود. به نظر می‌رسد بایستی در مطالعات آینده به فکر راه‌حل‌ها و روش‌هایی بود که با توجه به محدودیت‌های مطرح شده از سوی پدران بتوان آنها را به شرکت در جلسات ترغیب کرد. گرچه مطالعات قبلی نیز به این مسأله اذعان داشته‌اند که گرچه شرکت پدران در جلسه تشویق می‌شود؛ ولی در عمل عمدتاً مادران در جلسات فرزندپروری شرکت می‌کنند؛ به‌خصوص اگر جلسات طی روز برگزار شود. این بدان معنی نیست که درمان اثری ندارد؛ زیرا روش تربیت سازنده علاوه بر اثر بر رفتار کودک بر رفتار خواهر و برادران و والدین نیز اثر می‌گذارد و در مجموع عملکرد خانواده را بالا می‌برد (۲۷).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله مناسب و به موقع و آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای مادران کودک‌آزار می‌تواند باعث بهبود سلامت عمومی آنان گردد و این ممکن است منجر به کاهش موارد کودک‌آزاری گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با حمایت مالی دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی بود. بدین وسیله از تمامی مادران و کودکان عزیز شرکت‌کننده در مطالعه تشکر می‌نمایم.

References

1. Khooshabi K, Habibi Asgarabadi M, Farzadfar Z, Mohammadkhani P. [Investigating prevalence of child abuse among guidance school students, Tehran, 1385-1386]. *Social Welfare Quarterly*. 2008;7: 115-34. [Article in Persian]
2. Zahrahi Moghadam J, Noughjah S, Divdar M, Sedaghat Dyl Z, Adibpour m, Spahvand Z. [Frequency of child abuse and related factors in 2-5 years children attending health centers of Ahvaz and Haftgel in 2001]. *Jentashapir*. 2012;3(1): 237-45. [Article in Persian]
3. World Health Organization. Child maltreatment: Key facts. [cited 2010]. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>
4. Sidebotham P, Heron J. Child maltreatment in the children of the nineties: a cohort study of risk factors. *Child Abuse Negl*. 2006 May; 30(5):497-522.
5. Feng JY, Fetzer S, Chen YW, Yeh L, Huang MC. Multidisciplinary collaboration reporting child abuse: a grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. 2010 Dec; 47(12):1483-90. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.007
6. Lee SJ, Guterman NB, Lee Y. Risk factors for paternal physical child abuse. *Child Abuse Negl*. 2008 Sep;32(9):846-58. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.11.006

در افسردگی، اضطراب و روابط والدین نشان دادند؛ اثری که تا پیگیری ۲ سال بعد نیز باقی ماند (۳۰). در مطالعه حاضر نیز آموزش فرزندپروری، آموزش مهارت مدیریت خشم، آشنایی با پیامدهای ناشی از تنبیه بدنی (تغییر نگرش) از عمده‌ترین مداخلات مورد استفاده بود که به موازات هم انجام شدند. به نظر می‌رسد شروع مداخلات در بهبود سلامت روان مادران موثر بود. به طوری که بین میانگین نمرات سلامت روان در ابتدای مطالعه و سه ماه و شش ماه پس از مداخله تفاوت معنی‌داری دیده شد.

هرچند تغییرات رخ داده در سلامت عمومی مادران بین ابتدای مطالعه و سه ماه پس از مداخله و نیز بین ابتدای مطالعه و شش ماه پس از مداخله معنی‌دار بود؛ ولی ثابت ماندن و عدم معنی‌داری بین سه ماه و شش ماه پس از مداخله نیاز به تداوم مداخلات درمانی در زمان طولانی‌تر و یا نیاز به جلسات بوستر را با فاصله زمانی منظم مطرح می‌کند. به نظر می‌رسد همراه کردن آموزش مدیریت خشم و والدین، کاهش استرس والدین، کاهش مشکلات رفتاری کودکان و کاهش والدگری ناکارآمد والدین گردد.

مداخلات ما مجموعه‌ای از مداخلات دارویی و غیردارویی بود که نمی‌توان دقیقاً مشخص کرد؛ اثر درمانی مربوط به کدامیک از مداخلات است؛ ولی مداخله‌ای که برای همه مادران انجام شد؛ آموزش مهارت فرزندپروری و کنترل خشم بود.

فرزندپروری هم بر کنترل بدرفتاری کودکان و هم بر رفتار و احساس والدین و روابط والدین با یکدیگر اثر دارد که در مجموع می‌تواند سلامت عمومی والدین را بالا برد (۲۹ و ۳۰). همچنین تربیت سازنده از روش‌های مهم آموزشی برای پیشگیری از کودک‌آزاری

7. Dubowitz H, Kim J, Black MM, Weisbart C, Semiatin J, Magder LS. Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse Negl*. 2011 Feb;35(2):96-104. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.09.003

8. Mohamad Khani P, Delaware A, Mohammadi MR. [Quality of life and general health of the parents of abused children of thought and behavior]. *National Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2001;5:37-47. [Article in Persian]

9. Cohn JF, Campbell SB, Matias R, Hopkins J. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*. 1990; 26(1): 15-23.

10. Simons JS, Carey KB. Risk and vulnerability for marijuana use problems: the role of affect dysregulation. *Psychol Addict Behav*. 2002 Mar; 16(1):72-5.

11. Egan KJ. Stress management and child management with abusive parents. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1983; 12(3): 292-9. doi: 10.1080/15374418309533147

12. Dore MM, Lee JM. The role of parent training with abusive and neglectful parents. *Family Relations*. 1999;48(3):313-25. doi: 10.2307/585642

13. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*. 2006; 118(3): 933-42.
14. Lanier P, Jonson-Reid M, Stahlschmidt MJ, Drake B, Constantino J. Child maltreatment and pediatric health outcomes: a longitudinal study of low-income children. *J Pediatr Psychol*. 2010 Jun; 35(5):511-22. doi: 10.1093/jpepsy/jsp086
15. Schilling EA, Aseltine RH Jr, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*. 2007 Mar; 7:30.
16. Topitzes J, Mersky JP, Reynolds AJ. Child maltreatment and adult cigarette smoking: A long-term developmental model. *J Pediatr Psychol*. 2010 Jun; 35(5): 484-98.
17. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 1999 Jun;2(2):71-90.
18. Runyon MK, Deblinger E, Schroeder CM. Pilot evaluation of outcomes of combined parent-child cognitive-behavioral group therapy for families at risk for child physical abuse. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009; 16(1): 101-18. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.09.006
19. Sanders MR, McFarland M. Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy*. 2000; 31(1): 89-112. doi:10.1016/S0005-7894(00)80006-4
20. Sanders MR, Pidgeon AM, Gravestock F, Connors MD, Brown S, Young RW. Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the triple P-positive parenting program with parents at risk of child maltreatment? *Behavior Therapy*. 2004;35(3):513-35. doi:10.1016/S0005-7894(04)80030-3
21. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979 Feb; 9(1):139-45.
22. Secker D, Brown R. Cognitive behavioural therapy (CBT) for carers of patients with Parkinson's disease: a preliminary randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005 Apr; 76(4): 491-97. doi: 10.1136/jnnp.2004.042291
23. Palahang H, Nasr M, Brahani MN, Shahmohammadi D. [Epidemiology of mental illnesses in Kashan city]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (IJPCP)*. 1996; 2(4):19-27. [Article in Persian]
24. Mapp SC. The effects of sexual abuse as a child on the risk of mothers physically abusing their children: a path analysis using systems theory. *Child Abuse Negl*. 2006 Nov;30(11):1293-310.
25. Tang CS. Corporal punishment and physical maltreatment against children: a community study on Chinese parents in Hong Kong. *Child Abuse Negl*. 2006 Aug; 30(8):893-907.
26. Moran P, Ghate D. The effectiveness of parenting support. *Children and Society*. 2005 Sep; 19(4):329-36. doi: 10.1002/chi.878
27. Pisterman S, Firestone P, McGrath P, Goodman JT, Webster I, Mallory R, et al. The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. *Am J Orthopsychiatry*. 1992 Jul; 62(3):397-408.
28. Arabgol F, Derakhshanpour F, Panaghi L, Sarjami S, Hajebi A. [Effect of therapeutic interventions on behavioral problems of abused children]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (IJPCP)*. 2014; 19(3):202-10. [Article in Persian]
29. Moharreri F, Soltanifar A, Khalesi H, Eslami N. [The evaluation of efficacy of the positive parenting for parents in order improvement of relationship with their adolescents]. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2012; 55(2):116-23. [Article in Persian]
30. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, Arnold LE, Connors CK, Abikoff HB, et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Feb; 40(2):168-79.

Original Paper

Effect of therapeutic intervention on general health of child abused mothers

Arabgol F (M.D)¹, Derakhshanpour F (M.D)*², Panaghi L (M.D)³

¹Associate Professor, Behavioral Science Research Center, Imam Hossein Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ²Child and Adolescent Psychiatrist, Assistant Professor of Psychiatry, Golestan Psychiatric research center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ³Associate Professor in Community Medicine, Family Research Center, Shahid-Beheshti University, Tehran, Iran.

Abstract

Background and Objective: Child abuse is a common phenomenon with variety of reasons; the most important one is mother psychiatric disorders. Concurrent interventions in the family can recover the mother and reduce child abuse. This study was done to evaluate the effect of therapeutic intervention on general health of child abused mothers.

Methods: This clinical trial study was conducted on 57 children and their child abused mothers whom referred to child psychiatry and pediatric department of Imam Hossien hospital, Tehran, Iran during November 2009- April 2010. Children and their families were visited by a psychiatrist and depend on the child and the family after either pharmaceutical or psychological interventions was taken. Parent management training was done for all mothers in 8 weekly sessions. General health questionnaire were filled by mothers before intervention in the third and sixth months following the intervention.

Results: Total score of general health, depression and anxiety of child abused mothers were 31.3 ± 1.90 , 5.26 ± 0.66 , 8.10 ± 0.46 , respectively. It was significantly increased after six months intervention in comparison with pre-intervention (37.3 ± 2.34 , 7.48 ± 0.72 , 10.44 ± 0.58 , respectively).

Conclusion: Appropriate therapeutic intervention and parent management training for mothers can improve general health of child abused mothers.

Keywords: Child abuse, Mother, General health, Parent training, Anxiety, Depression

* Corresponding Author: Derakhshanpour F (M.D), E-mail: f.derakhshanpour@yahoo.com

Received 25 May 2014

Revised 2 Aug 2015

Accepted 9 Aug 2015