

اثربخشی فرزندپروری مثبت بر آسیب های دوران کودکی مادران دارای کودک دچار ترس از کرونا

زینب آرامش^۱، فرهاد محمدی^۲، گلنوش فرهنگ^۳، بهنوش فرهنگ^۴

^۱ کارشناسی ارشد گروه روانشناسی دانشگاه آزاد تهران مرکزی (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد تهران واحد رودهن

^۴ کارشناس روانشناسی دانشگاه آزاد واحد تهران پزشکی

چکیده

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی فرزندپروری مثبت بر آسیب های دوران کودکی مادران دارای کودک دچار ترس از کرونا بود. این پژوهش از نوع مطالعات شبه تجربی است که با طرح پیش آزمون، پس آزمون به همراه گروه کنترل می باشد. برای رسیدن به این هدف جامعه آماری آن شامل تمامی کودکان دچار ترس از کرونا بین سنین ۶ تا ۱۰ ساله منطقه ۵ استان تهران می باشد. حجم نمونه پژوهش با استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس، ۳۰ نفر با توجه به اهداف و فرضیه تحقیق انتخاب می شوند. ۱۵ نفر مربوط به کودکان دچار ترس از کرونا و ۱۵ نفر سایر کودکان عادی نیستند، می باشد. در این پژوهش پرسشنامه آسیب های کودکی برنشتاین و فینک (۱۹۹۸) و مداخله آموزشی فرزندپروری در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای بر روی گروه نمونه اجرا شد. در این پژوهش با توجه به ساختار پژوهش و ارزیابی پیش آزمون و پس آزمون، داده ها از طریق آمار توصیفی و آماراستنباطی (تحلیل کوواریانس) تجزیه و تحلیل شد و جهت انجام تمام امور تحلیل آماری از نرم افزار SPSS ورژن ۲۴ استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله آموزشی توانست آسیب های دوران کودکی را به طور معناداری کاهش دهد.

واژه های کلیدی: ترس از کرونا، آسیب های دوران کودکی، فرزندپروری.

مقدمه

در ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی^۱ وقوع کرونا، ویروسی جدید را خبر داد و وضعیت اضطراری سلامت عمومی را اعلام کرد. در ۱۱ فوریه سال ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی به طور رسمی این ویروس را به عنوان بیماری ویروسی کرونا نام گذاری کرد (چیت ساز، ۱۳۹۹). بیماری کرونا ویروس، اکنون به وضعیت پاندمی رسیده است و باعث ایجاد ترس و نگرانی در عموم مردم به ویژه در میان گروه های خاص از جمله افراد مسن تر، مراقبان بیماران، ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و افراد با شرایط بیماری های زمینه ای شده است (رحمانیان و همکاران، ۱۳۹۹). استرس و اضطراب ناشی از حوادث می تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و آنها را در برابر بیماری ها از جمله کرونا آسیب پذیر کند (شیرزادی، امینی و اصغرپور، ۱۳۹۹). این نادیده گرفته شدن مساله اضطراب، تعجب آور است زیرا فاجعه های جمعی، به ویژه مواردی که شامل بیماری های عفونی هستند، اغلب موجی از ترس و اضطراب را افزایش می دهند که به عنوان اختلالات گسترده ای در رفتار و بهزیستی روانشناختی بسیاری از مردم شناخته می شود. به عنوان مثال، در یک نظرسنجی گسترده از افراد بسیار مستعد ابتلا به ویروس کرونا (به عنوان مثال، کارگران پزشکی چینی)، میزان شیوع استرس آسیب زا در ۷۳٫۴٪ هشدار دهنده، افسردگی در ۵۰٫۷٪، اضطراب عمومی در ۴۴٫۷٪ بود، و بی خوابی ۳۶٫۱٪ بود (لیو و همکاران، ۲۰۲۰). اگرچه این یافته ها نگران کننده است، اما جدا نیستند، زیرا تحقیقات در مورد تأثیر روانشناختی شیوع بیماری های قبلی جهانی، ارتباط واضحی بین اضطراب مربوط به همه گیری و افزایش علائم استرس، اضطراب، نگرانی های آلودگی، اضطراب سلامتی، استرس پس از سانحه، و خودکشی (وو و همکاران، ۲۰۲۰). از جمله مواردی که می تواند احتمالاً کودکان دچار ترس از کرونا را تحت تأثیر قرار دهد، آسیب های دوران کودکی^۲ می باشد. آسیب های کودکی به انواع مختلفی تقسیم می شود که مهمترین آنها عبارتند از سوء استفاده (هیجانی، جنسی و فیزیکی) و غفلت (هیجانی و فیزیکی). سوء استفاده فیزیکی عبارت است از ایجاد جراحت عمدی یا وارد کردن ضربه های جسمانی به کودک کمتر از ۱۸ سال توسط یک بزرگسال که احتمال خطر مرگ، آسیب دیدن، از دست دادن عضو بدن یا سلامتی وجود داشته باشد (مفاخری، نفس زاده و کاظمی، ۱۳۹۷). سوء استفاده هیجانی زمانی ایجاد می شود به کودک القا شود که موجودی بی ارزش، معیوب، منفور، ناخواسته و مخاطره انگیز می باشد و ارزش وجودی او تنها به برآورده کردن انتظارات و نیازهای دیگران بستگی دارد. سوء استفاده جنسی از کودک نیز مربوط می شود به رابطه جنسی میان یک

^۱. World Health Organization

^۲. Liu, S

^۳. Wu

^۴. Childhood Trauma Questionnaire

کودک و یک بزرگسال یا دو کودک، زمانی که یکی از آنها به طور مشخص بزرگتر بوده یا از زور و اجبار استفاده کرده است (محمدخانی، سلیمانی و نقی سیداحمد، ۱۳۹۸). غفلت فیزیکی نیز به اعمال حذفی اشاره دارد که طی آن کودک از امکاناتی از قبیل امنیت، تغذیه، پوشاک، سرپناه، مراقبت های پزشکی و ... محروم می شود و به عبارتی نیازهای اساسی او برآورده نمی شود. غفلت هیجانی نیز به اعمال حذفی اشاره دارد که در آن کودک مراقبت و حمایت عاطفی مناسبی را دریافت نمی کند مانند نشان ندادن توجه، عشق، محبت و علاقه به کودک (برنشتاین دی پی، فینک^۵، ۲۰۰۵). غمخوار فرد و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره های کودکان به نسبت سبک های فرزندپروری مادر، نقش برجسته تری در پیش بینی اضطراب دوره کودکی ایفا می کنند. علاوه بر این یافته های حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که اضطراب دوره کودکی توسط طرحواره های شکست، آسیب پذیری، تنهایی و سلطه پذیری کودکان پیش بینی می شود. همچنین تحقیقات نشان داده است که کودک آزاری جسمی، عاطفی و بی توجهی، ارتباط قوی با اختلالات اضطرابی دارد (سادوک، سادوک و روئیز^۶، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضائی، ۱۳۹۵). با توجه به این که تحقیقات نشان می دهند که عوامل خانوادگی مثل آسیب های روانی، در رشد و حفظ مشکلات در کودکان و نوجوانان نقش مهمی دارند (مگ تاگارت و ساندرز، ۲۰۱۱) لذا مداخلاتی که والدین را مورد هدف قرار دهند از جمله روش های موثر جهت پیشگیری از اختلالات روانی در کودکان می باشند. از جمله رایج ترین روش های آموزش فرزندپروری مثبت^۷ که یکی از انواع برنامه های مدیریت والدین^۸ می باشد که می تواند در این زمینه موثر واقع شود. فرزندپروری یک رفتار خاص می باشد که والد برای استفاده در مراقبت، پرورش و آموزش کودکش آن را برمیگزینند. معمولاً در این نوع آموزش سیستم های دلبستگی و مراقبت به طور همزمان فعال می شوند (دوینیتا و ماریا^۹، ۲۰۱۵). این روش برگرفته از یک برنامه تحقیقاتی بالینی و براساس مدل یادگیری اجتماعی است که توسط ساندرز و همکاران (۱۹۹۹) طراحی شده (ساندرز، ۲۰۰۳) و مبتنی بر پنج اصل فرزندپروری مثبت شامل اطمینان از محیطی امن و جذاب، خلق محیط آموزشی مثبت، کاربرد انضباط قاطعانه، وجود انتظارات واقع گرایانه و مراقبت از خود به عنوان یک والد می باشد. پیشینه پژوهشی خبر از اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت در کاهش مشکلات رفتاری کودکان، کاهش تنیدگی والدینی، اضطراب و افسردگی والدین، افزایش

^۵. Bernstein & Fink

^۶. Zadok, Zadok & Ruiz

^۷. parenting program positive

^۸. parent management training

^۹. Doinita & Maria

احساس صلاحیت و رضایت از زندگی می‌دهد (تارنر و ساندرز، ۲۰۱۶). به عنوان مثال اسپایکرس^۱ و همکاران (۲۰۱۸) اثربخشی برنامه فرزندپروری را در ارتقای رضایت و کارآمدی و صلاحیت والدین، همچنین کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان نشان داد (اسپایکرز، یانسن، دی میر، راینولد، ۲۰۱۸). شاین^۲ (۲۰۱۹) نیز طی مطالعه تخصصی روی والدین کودکان ناشنوا و کم شنوا آموزش والدین را از طریق برنامه‌های فرزندپروری برای بهبود ارتباط والد-کودک و کاهش مشکلات ارتباطی بین والدین و کودکان مناسب ارزیابی کرد (شاین، ۲۰۱۹). فقدان منابع اجتماعی، آموزشی و مالی برای والدین کودکان آسیب دیده دوران کودکی دچار ترس از کرونا در کنار فشارهای روانی که به آنها وارد می‌شود، عوامل خطرآفرین زیادی را هم برای والدین و هم برای کودکان به وجود می‌آورد، از این رو ضرورت بررسی روش‌های مداخله‌ای والدینی برای تسهیل و حمایت از توانایی والدین برای رفع مشکلاتشان، احساس می‌شود. همچنین با توجه به اینکه بیشتر مطالعات صورت گرفته درباره مشکلات دیگر کودکان بوده و کمتر به آسیب‌های دوران کودکی در شرایط کرونایی پرداخته شده است لذا این مطالعه با هدف اثربخشی فرزندپروری مادران بر آسیب‌های دوران کودکی کودکان دچار ترس از کرونا صورت گرفته است. پژوهش حاضر سعی دارد به این پرسش اساسی پاسخ دهد که آیا مداخله آموزشی فرزندپروری مثبت بر آسیب‌های دوران کودکی مادران دارای کودک دچار ترس از کرونا موثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر است. هر دو گروه ابتدا مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند و پس از اجرای آموزش برای گروه آزمایش، مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مادران دارای کودک دچار ترس از کرونا می‌باشد. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد و حجم نمونه شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم افزار SPSS۲۴ برای مشخص نمودن تأثیر آموزش استفاده می‌شود و برای این پژوهش از ابزار زیر استفاده شد:

^۱: Turner & Sanders

^۲: Spijkers

^۳: Jansen, de Meer & Reijneveld

^۴: Shinn

پرسشنامه آسیب های دوران کودکی برنشتاین و فینک (۱۹۹۸): این پرسشنامه خودگزارشی مشتمل بر ۲۸ سؤال می باشد که هر سؤال با معیار پنج درجه ای لیکرت میزان می شود. علاوه بر جمع امتیازها بر اساس نقطه برش برای هریک از حیطه ها نوع متوسط تا شدید تعیین شده است (سواستفاده عاطفی ۱۳ و بالاتر، سواستفاده فیزیکی ۱۰ و بالاتر، سواستفاده جنسی ۸، مسامحه عاطفی ۱۰ و بالاتر و مسامحه فیزیکی ۱۰ و بالاتر). به این ترتیب براساس توصیه مبدعین پرسشنامه (برنشتاین و فینک، ۱۹۹۸) افراد به دو گروه تقسیم می شوند: کسانی که نمره آنها در محدوده متوسط تا شدید قرار داشت به عنوان دارای سابقه سوءاستفاده دوران کودکی و نمره کمتر از آن به عنوان بدون سابقه سوءاستفاده دوران کودکی در نظر گرفته می شوند. قبل از نمره گذاری مولفه های پرسشنامه ابتدا باید نمره گذاری سوال های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲، و ۲۶ معکوس شود. نمرات بالا در پرسشنامه نشان دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. نمره گذاری هر یک از مولفه های پرسشنامه در ادامه آمده است. اگر مجموع پاسخ های داده شده به این سوالات بالاتر از ۱۲ باشد با احتمال زیادی پاسخ های فرد نامعتبر است. برنشتاین و فینک (۱۹۹۸) اعتبار و پایایی بالایی را برای این پرسشنامه گزارش کرده اند چنانکه همسانی درونی عوامل از ۰/۳۷ تا ۰/۷۵ متغیر بوده و پنج عامل به طور کلی ۰/۵۵ از واریانس را پوشش می دهند. ضریب پایایی به روش بازآزمایی و ضریب اعتبار به روش همسانی درونی نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش گروسی و نخعی (۲۰۰۹) به ترتیب ۰/۹ و ۰/۹۴ به دست آمده است.

همچنین در پژوهش حاضر مداخله آموزشی فرزندپروری مثبت به مدت ۸ جلسه هر هفته یک جلسه دو ساعته به مدت دو ماه برنامه فرزندپروری مثبت را آموزش گرفتند که شرح جلسات در جدول پایین آمده است:

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان

جلسات	محتوای آموزشی
اول (معارفه)	آشنایی با یکدیگر، توضیح درباره اهداف و محتوای برنامه، بررسی قوانین گروه، تشویق شدند به مشاهده و ردیابی رفتارهایی کودکشان با هدف تغییر رفتار کودک
دوم (ارتقای رشد کودک ۱)	آموزش استراتژی هایی برای ایجاد ارتباط مثبت با کودک (مانند صحبت کردن با کودک، عاطفه به خرج دادن، اختصاص دادن زمان مفید به کودک) و تمرین این استراتژی های با ایفای نقش در گروه
سوم (ارتقای رشد کودک ۲)	آموزش استراتژی هایی برای افزایش رفتارهای مثبت (تحسین توصیفی، فراهم کردن فعالیت های سرگرم کننده و غیره) و آموزش اینکه چه وقت و چگونه می توان این آموزش ها را به کار بست.
چهارم (ارتقای رشد کودک ۳)	آموزش استراتژی هایی همانند آموزش اتفاقی، تکنیک پرسیدن، گفتن، انجام دادن و غیره به والدین برای یاددهی رفتارها و مهارت های جدید به کودک

پنجم (مدیریت رفتار ناکارآمد)	آموزش درباره پیامد های منفی و استراتژی هایی برای مقابله با سورتار کودک. این روش ها شامل قانون گذاشتن، بحث مستقیم، دستور دادن مستقیم و روش و نادیده گرفتن است.
ششم (مدیریت رفتار ناکارآمد)	آموزش استراتژی های جایگزین تنبیه به شکل پیشرفته (شامل پیامد منطقی، محروم سازی و زمان ساکن) برای مقابله موثر با رفتارهای نامناسب
هفتم (مدیریت رفتار ناکارآمد)	آموزش سه برنامه کاربردی شامل برنامه روزانه پیروی، برنامه تصحیح و چارت رفتاری با هدف مدیریت سورتار کودک توسط والدین به صورت روزانه
هشتم (از پیش برنامه ریزی کردن)	آموزش شناسایی موقعیت های پرخطر و آموزش به کارگیری استراتژی هایی در قالب تکنیک فعالیت های برنامه ریزی شده در موقعیت های پرخطر (درخانه و خارج از خانه) همچنین رهنمودهایی برای بقا و دوام خانواده به مادران ارائه شد.

یافته ها

نتایج تحلیل توصیفی داده ها نشان می دهد دامنه سنی شرکت کنندگان از ۲۱ تا ۴۲ و است. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش عبارت است از $23/35 \pm 3/97$ و میانگین انحراف معیار سن گروه کنترل عبارت است $32/58 \pm 5/95$ می باشد. میزان تحصیلات افراد گروه آزمایش نیز ۲۶ درصد کارشناسی ارشد، ۵۴ درصد کارشناسی و ۲۰ درصد دیپلم بودند. نمرات آسیب دوران کودکی شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون بررسی شد که در جدول ۲ ارائه شده است. همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین پیش آزمون نمرات آسیب های دوران کودکی گروه آزمایش ۱۲ و گروه کنترل ۱۲/۰۸ و در پس آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۶/۸۷ و ۱۱/۷۷ است. همان طور که مشاهده می شود تفاوت گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به گروه کنترل قابل ملاحظه است.

جدول ۲: اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات آسیب دوران کودکی در پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها		گروه آزمایش		گروه کنترل	
پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
میانگین (انحراف)	میانگین (انحراف)	میانگین (انحراف)	میانگین (انحراف)	میانگین (انحراف)	میانگین (انحراف)

معیار)	معیار)	معیار)	معیار)	
نمرات آسیب های دوران کودکی	۱۲ (۱/۳۵)	۶/۸۷ (۱/۴۰)	۱۲/۰۸ (۱/۳۸)	۱۱/۷۷ (۱/۱۲)

برای تحلیل داده ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون و پس آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. یکی از مفروضه های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، بررسی همسانی ماتریس های واریانس - کوواریانس است، لذا از آزمون باکس استفاده شد [برای پیش آزمون ($M=4/08$ $F=0/90$ $P=0/87$) و برای پس آزمون ($M=4/26$ $F=0/94$ $P=0/81$) محاسبه شد. میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۵۰ بیشتر است. لذا نتیجه گرفته می شود گرفته شد که در ماتریس های واریانس - کوواریانس، همگنی رد نشد.

به منظور پی بردن به معناداری تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون تحلیل کوواریانس صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است. مطابق این جدول میزان F به دست آمده از مقایسه پس آزمون دو گروه برابر است با ۹۹/۶۱ و مجذور اتا نیز معادل ۰/۵۲۶ است. با توجه به سطح معناداری نتیجه می گیریم که نمرات آسیب های دوران کودکی شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل بعد از اجرای متغیر مستقل یعنی درمان مذکور با ثابت نگاه داشتن نمرات شرکت کنندگان قبل از اجرای مداخله، تفاوت معنادار دارد و ۴۹/۶ درصد تغییرات آن ها ناشی از درمان مذکور می باشد.

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمرات آسیب های دوران کودکی در گروه های آزمایش و کنترل

شاخص ها	d.f	F	P	مجذور اتا
هم متغیر	۱	۳/۱۴۰	۰/۰۸۸	۰/۳۴۵
عامل	۱	۹۹/۶۱	۰/۰۰	۰/۴۹۶
خطا	۲۷	*	*	*
کل	۳۰	*	*	*

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی فرزندپروری مثبت بر آسیب های دوران کودکی مادران دارای کودک دچار ترس از کرونا بود. نتایج نشان داد که مداخله آموزشی توانست آسیب های دوران کودکی را به طور معناداری کاهش دهد. نتیجه ای که دقیق همسو با نتیجه پژوهش حاضر باشد یافت نشد اما نتایج اکبریان و همکاران (۱۳۹۷)؛ دهکردی و همکاران (۱۳۹۳) و سلمانی زاده و همکاران (۱۳۹۳) تا حدودی همسو می باشد.

در تبیین این نتیجه می توان گفت که «ترومای رشدی» (Developmental Trauma) یا به عبارتی «آسیب های روانی وارده در سنین اولیه ی زندگی» پدیده ی شایعی است که در صورت درمان نشدن می تواند بزرگ سالی پردردسری را برای فرد رقم

بزند. به طور کلی ترومای رشدی یعنی تجربه‌ی شرایط دشوار و حوادث ناگوار در کودکی. کم نیستند کودکانی که در سنین قبل از مدرسه با تجربیات سختی مانند خشونت خانگی یا آزارهای جنسی روبه‌رو می‌شوند و داغ این تجربیات را تا سال‌ها بعد یدک می‌کشند. کودکانی نیز که مدام از سوی مراقبان‌شان با بی‌توجهی مواجه‌اند یا غم فوت نزدیکان‌شان را تجربه می‌کنند، قطعاً از لحاظ سلامت روانی آسیب‌پذیرتر خواهند بود. گریبان‌گیرترین عوارض این اختلال عبارت‌اند از مشکلات تنظیم عاطفی، اختلالات خودآگاهی و حافظه، ناتوانی در خودادراکی، درک نادرست سوءاستفاده‌ها و مشکلات ارتباطی. PTSD روی دید فرد از معنای زندگی نیز تأثیر منفی می‌گذارد. با اینکه آمار دقیقی از شمار مبتلایان به PTSD در دسترس نیست، می‌دانیم که عوامل افزایش‌دهنده‌ی خطر ابتلا به این اختلال شیوع بالایی دارند. البته ناگفته نماند که PTSD لزوماً در بزرگسالی همه‌ی کودکانی که مورد بدرفتاری واقع می‌شوند، بروز نمی‌کند. اما آن دسته از مبتلایانی که در پی درمان برمی‌آیند، باید خودشان را برای رویارویی با چالش‌های بسیاری آماده کنند. از طرفی مداخله آموزشی فرزندپروری فرآیند پرورش فرزند با آگاهی به تمامی ابعاد سلامت، رشد جسمی، شخصیتی، ذهنی، هیجانی، عاطفی، اجتماعی از نوزادی تا بزرگسالی. والدین زمانی تربیت و پرورش خوبی خواهند داشت که قبل از ازدواج بینش و آگاهی‌های لازم را نسبت به این امر مقدس داشته باشند. والدین در ارتباط با مسایل تربیتی، برنامه ریزی، توافق و مشارکت دارند و نسبت به رشد کودک این برنامه ریزیها را تغییر و ارتقا می‌بخشند، در غیر اینصورت کودکان از اختلاف و تفاوت و ناهماهنگی والدین استفاده کرده و آنها را بازی می‌دهند، برابر هرواکنشی در مقابل رفتار خود به والد دیگر پناه برده و بالعکس، با این شرایط کودک تکلیف روشنی از نتایج رفتار خود ندارد زیرا که تفاوت و اختلاف در رفتار والدین خود را بارها مشاهده کرده است و اعتبار والدین نزد کودک از بین می‌رود، در این مواقع می‌بینیم کودک دیگرانی چون دایی خاله و یا دوست همسال خود را جهت الگوبرداری معتبری انتخاب می‌کند و دیگر این والدین نیستند که کودک را تربیت می‌کنند، در واقع محیط که نسبتاً غیر قابل کنترل است این کار را انجام می‌دهد. پژوهش‌های دهکردی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داده است که فرزند پروری موثر یک عامل محافظ قدرتمند است. خانواده‌ها می‌توانند با تامین نیازهای اساسی، ایجاد فضای امن خانوادگی، راهنمایی، قانون گذاری مناسب و نظارت بر زندگی فرزندان‌شان، آنان را از بسیاری رفتارهای مشکل ساز و پر خطر از جمله مصرف مواد و بزهکاری دور نگه دارند. در حقیقت می‌توان گفت که مداخله آموزشی موجب شده است تا آن دسته از ویژگی‌های مادران که بر توانایی مراقبت شایسته آنان از فرزندان‌شان موثر است، تغییر ایجاد شود و به این وسیله ترس از کرونا در کودکان نیز به مراتب کاهش یابد. همچنین بررسی قلمرو کودکان دچار ترس از کرونا نیز نشان می‌دهد که آموزش فرزندپروری مثبت منجر به کاهش درد آسیب‌های دوران کودکی شده است. همچنین اکبریان و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود بیان داشتند که مولفه‌های فرزندپروری با آسیب‌های دوران کودکی در ارتباط بودند.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود از جمله محدود بودن جامعه آماری تنها مادرانی بود که کودک ترس از کرونایی داشت که تعمیم نتایج را به سایر مادران با دشواری و محدودیت مواجه ساخته است. از این رو پیشنهاد می‌شود که پژوهش دیگری با در نظر گرفتن محدودیت‌های ذکر شده روی مادران و همین طور پدران در سطح وسیع تری صورت گیرد.

منابع

- اکبریان، مهسا؛ بهادری، علی و محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۷). رابطه سبک های فرزندپروری والدین و آسیب های کودکی ادراک شده فرزندان با سبک های دلبستگی بزرگسالی آن. مجله خانواده پژوهی، ۱۳(۴۹): ۲۵-۴۵.
- چیت ساز، محمدجواد. (۱۳۹۹). کرونا و دین داری. مجله ارزیابی تأثیرات اجتماعی، ۲(ویژه نامه): ۱۲-۲۲.
- دهکردی، علی اکبر؛ کاکا جویباری، علی اصغر و محتشمی، طیبه. (۱۳۹۳). اثربخشی فرزندپروری مثبت بر تنیدگی والدین دارای کودک کم شنوا. مجله شنوا شناسی، ۲۳(۶): ۶۶-۷۵.
- رحمانیان، محمد؛ درودچی، علیرضا؛ زارع، محمد؛ حاتمی، ناصر؛ جاودانی، فرشید و کلانی، نوید. (۱۳۹۹). آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان علوم پزشکی جهرم نسبت به کروناویروس جدید(کوید ۱۹). مجله علوم پزشکی مشهد، ۶۳(۳): ۲۳۶۹-۲۳۵۹.
- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینا آلکوت. (۲۰۰۲). خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری، ترجمه نصرالله پوافکاری، ۱۳۹۶. تهران: انتشارات ارجمند.
- سلمانی زاده، علی؛ سالاریف فاطمه و سلطانزاده، حبیبه. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر کاهش افسردگی مادران کودکان با نیازهای ویژه ذهنی و اختلالات رفتاری. کنگره سراسری روان شناسی کودک و نوجوان، انجمن روانشناسی بالینی کودک و نوجوان ایران، دانشگاه شهید بهشتی.
- شیرزادی، پرستو؛ امینی، نرگس و اصغرپور، زهرا. (۱۳۹۹). رابطه اضطراب کرونا در مادران با تعامل والد- کودک و پرخاشگری کودکان در ایام قرنطینه. مجله خانواده پژوهی، ۱۶(۶۲): ۱۳۹-۱۵۴.
- غمخوارفرد، زهرا؛ امرالهی، مونا و آزاد فلاح، پرویز. (۱۳۹۸). بررسی پیش بینی کننده های اضطراب دوره کودکی براساس طرحواره های ناسازگار کودک و سبک های فرزندپروری مادر. مجله علوم رفتاری، ۶(۳): ۲۵۳-۲۶۲.
- محمدخانی، شهرام؛ سلیمانی، حمیده و نقی سیداحمد، سیدعلی. (۱۳۹۸). نقش طرحواره های هیجانی در تاب آوری کودکان آسیب دیده دوران کودکی. مجله دانش و تندرستی، ۹(۳): ۱-۱۰.

مفاخری، سامان؛ نفس زاده، یحیی و کاظمی، فرنگیس. (۱۳۹۷). ارزیابی عصب شناسی کودک آزاری. فصلنامه سلامت روان کودک، ۵(۱): ۱۴۸-۱۳۸.

- Bernstein DP, Fink L. (1998). Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report: Manual. Psychological Corporation. pp. 17-29.
- Doinita, N. E., & Maria, N. D. (2015). Attachment and Parenting Styles. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 203, 199-204.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17–e18.
- McTaggart P, Sanders MR. (2011). The transition to school project: Results from the classroom. *AeJAMH*; 2(3): 321-33.
- Sanders MR. (2003). Triple p-positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. *AeJAMH*; 2(3): 1-17.
- Shinn MM. (2019). Parent-child interaction therapy with a deaf and hard of hearing family. *Clin Case Stud.*;12(6):411-27.
- Spijkers W, Jansen DE, de Meer G, Reijneveld SA.(2018). Effectiveness of a parenting programme in a public health setting: a randomised controlled trial of the positive parenting programme (Triple P) level 3 versus care as usual provided by the preventive child healthcare (PCH). *BMC Public Health*. ;10:131.
- Turner KMT, Sanders MR. (2016). Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: learning from the triple p-positive parenting program system approach. *Aggress Violent Behav.*;11(2):176-93.