

«زن و مطالعات خانواده»

سال شانزدهم - شماره پنجاه و نهم - بهار ۱۴۰۲

ص: ۱۱۷-۱۴۲

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب کودکان و استرس

فرزندپروری مادران

دکتر کوثر تردست ۱

دکتر عباس امان الهی ۲

دکتر غلامرضا رجبی ۳

دکتر خالد اصلانی ۴

دکتر خدیجه شیرالی نیا ۵

پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۷

دریافت: ۱۴۰۱/۲/۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب کودکان و استرس فرزندپروری مادران بود. جامعه پژوهش، کودکان ۷ تا ۱۲ ساله اهوازی با نشانه‌های اضطراب بود که بدین منظور سه کودک ۷ تا ۱۲ ساله مضطرب به همراه مادران‌شان، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش از روش طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. کارایی پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی سه مرحله (خط پایه، درمان ۱۲ جلسه‌ای و پیگیری ۱ ماهه) با استفاده از پرسشنامه‌های اضطراب کودکان اسپنس - فرم والد و فرم کوتاه پرسشنامه استرس فرزندپروری آیدین مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آماج‌های درمان تأثیر مثبتی گذاشته‌است. این آموزش همزمان با کاهش اضطراب کودکان توانسته‌است، استرس فرزندپروری مادران را نیز کاهش دهد.

واژگان کلیدی: استرس فرزندپروری، اضطراب، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

۱ دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲ . دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)
a.amanelahi@scu.ac.ir

۳ . استاد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۴ . دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۵ . استادیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

مقدمه

اضطراب شایع‌ترین مسأله سلامت روان در جهان است. بسیاری از اضطراب‌ها در دوران کودکی آغاز می‌شود (مک‌کری، ۲۰۰۹) و ممکن است عملکرد کودک در حوزه‌های مختلف از جمله اجتماعی، عاطفی و عملکرد خانوادگی را با اختلال مواجه کند. به عنوان مثال، نقص در روابط اجتماعی^۲ در کودکان مضطرب عبارتند از: اشکال در شروع تعامل با دیگران، خودارزشی و جسارت کمتر (گینزبرگ، لاگرکا و سیلورمن، ۱۹۹۸). کودکان مضطرب همچنین گزارش می‌دهند که کنترل ادراک شده کمتری بر پاسخ‌های عاطفی و جسمانی نسبت به عوامل استرس‌زا دارند (گینزبرگ، لامبرت و دریک، ۲۰۰۴). کودکان کم‌سن و سال مبتلا به اضطراب معمولاً در پژوهش‌های بالینی کمتر مطرح می‌شوند و به طور بالقوه اضطراب در کودکان اغلب توسط متخصصین بهداشت دست کم گرفته می‌شود، به دلیل این درک مشترک که در این جمعیت اضطراب رشدی، گذرا و بی‌خطر است (هیرشفلد-بکر، ماسک، هنین، بلیکلی، پولاک-وورمن و همکاران، ۲۰۱۰، پیاستینی و روبلک، ۲۰۰۲). با وجود این، اضطراب در دوران کودکی، احتمال مشکلات در زمینه مهارت‌های تحصیلی و اجتماعی و همچنین سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد و اغلب در صورت عدم درمان، پایدار باقی می‌ماند (سیمپل و لی، ۲۰۰۸، به نقل از سوین و همکاران، ۲۰۱۳ الف). علاوه بر این، تاریخچه اضطراب دوران کودکی پیش‌زمینه‌ای برای افسردگی است و اضطراب و افسردگی در زندگی بعدی را پیش‌بینی می‌کند (روزا، هوسترا، وان‌دراند و وهالست، ۲۰۰۳، کاسپی، مافیت، نیومن و سیلوا، ۱۹۹۶). علاوه بر این، خانواده‌های دارای کودک مضطرب، اختلال در بعضی از حیطه‌ها، شامل صمیمیت کمتر (ارنریچ، میکو، فیشر و وارنر، ۲۰۰۹) کنترل رفتاری کمتر، حل ضعیف‌تر مشکلات و درگیری عاطفی را گزارش می‌دهند (هیوز و هدتکا و کندال، ۲۰۰۸). که در نتیجه اضطراب کودک، استرس فرزندپروری والدین^{۱۲} نیز افزایش پیدا می‌کند. استرس فرزندپروری به عنوان عدم تعادل بین ادراکات خواسته‌های فرزندپروری و منابع در دسترس برای والدین تعریف می‌شود (رافائل، ژانگ، لیو و گاردینو، ۲۰۱۰). این استرس ممکن است در مدیریت ضعیف وظایف فرزندپروری، سوء رفتار کودکان و یا تعاملات ناکارآمد والد فرزند منعکس

1. McCurry
2. social deficits
3. Ginsburg , & La Greca, & Silverman
4. Lambert, & Drake
5. Hirshfeld-Becker, Masek, Henin, Blakely, Pollock-Wurman , & et al
6. Piacentini, & Roblek
7. Semple, & Lee
8. Roza, Hofstra, van der Ende, & Verhulst
9. Caspi, Moffitt, Newman, & Silva P
10. Ehrenreich, Micco, Fisher, & Warner
11. Hughes, Hedtke, & Kendall
12. parenting stress of parentes
13. Raphael, Zhang, Liu, & Giardino

شود (پاتنیک، بارنستین، هندریکس، پینتر، سوالسکی و کالینز^۱، ۲۰۱۰). مشکلات رفتاری و استرس والدین در هم آمیخته‌اند و همواره بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند، به گونه‌ای که نیاز به درک بهتر عوامل، مانند مشکلات رفتاری خاص، که درگیر در این رابطه متقابل است، روشن و مبرهن است. با توجه به رابطه بین استرس والدین و مشکلات رفتاری کودک، نیاز به مداخله برای کاهش استرس والدین وجود دارد (دیویس، ۲۰۱۵). یکی از درمان‌هایی که جدیداً برای درمان اضطراب کودکان مطرح شده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ است که به عنوان بخشی از «سومین موج» درمان‌های رفتاری و شناختی محسوب می‌شود و ترکیب عناصر درمان شناختی - رفتاری با فرآیندهای ذهن‌آگاهی و پذیرش^۳ است (فلچر و هیز^۴، ۲۰۰۵). در حالی که درمان‌های دیگر بر تغییرات، محتوا، فراوانی و شکل تجربه خصوصی (افکار، احساسات و حس‌ها) تمرکز می‌کنند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا عملکرد تجارب درونی را اصلاح کند - از جمله حمایت از افراد برای شناخت افکار آن‌گونه که هستند، فقط افکار و نه لزوماً حقیقت - و بنابراین کاهش تأثیر آنها در رفتار (گرکو، بلکلج^۵، کوین^۶ و انریچ، ۲۰۰۵؛ به نقل از سوین، هنکوک، دیکسون، کو و بویمن^۷، ۲۰۱۳). فرآیندهای درمان پذیرش و تعهد کارکرد مشابهی در میان کودکان و بزرگسالان دارند (کوین، مک‌هیو و مارتینز^۸، ۲۰۱۱). به این صورت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توضیح می‌دهد که بسیاری از مشکلات از تلاش برای کنترل یا اجتناب از وقایع خصوصی و از «همجوشی با شناخت‌ها» یا اعتقاد به اینکه افکار که نشان‌دهنده تجارب است، لزوماً به معنای واقعی کلمه درست است، ناشی می‌شود. تلاش برای کنترل و یا از بین بردن حوادث خصوصی می‌تواند با حرکت به سمت اهداف ارزشمند تعیین شده شخص، تعارض داشته باشد. بنابراین، هدف درمان پذیرش و تعهد این نیست که محتوا یا فراوانی رویدادهای خصوصی را همان‌طور که در درمان شناختی سنتی انجام می‌شود، تغییر دهد، بلکه باید فرد یاد بگیرد که چگونه این رویدادها را با تغییر زمینه‌های مشکل‌ساز این رویدادهای خصوصی در خدمت دستیابی به اهداف ارزشمند به طور کامل تجربه کند (هربرت^۹، ۲۰۰۲).

هادیان و کاظمی (۱۳۹۶) مقاله‌ای با عنوان «اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اختلال اضطراب فراگیر کودکان مبتلا به دیابت نوع یک» انجام دادند که نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کاهش اضطراب فراگیر کودکان مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر

1. Putnick, Bornstein, Hendricks, Painter, Suwalsky, & Collins

2. acceptance and commitment therapy

3. mindfulness and acceptance

4. Fletcher & Hayes

5. Greco, Blackledge

6. Coyne

7. Swain, Hancock, Dixon, Koo, & Bowman

8. McHugh, & Martinez

9. Herbert

بود و حاکی از ماندگاری علائم، در پایان دوره پیگیری بود. همچنین هنکوک و همکاران (۲۰۱۶) در مقاله‌ای تحت عنوان "درمان پذیرش و تعهد در برابر درمان شناختی - رفتاری برای کودکان مضطرب" که از طریق ارجاع مشاوران مدرسه، والدین و متخصصین به کار گرفته شده بودند و با استفاده از برنامه مصاحبه اضطراب برای کودکان (ADIS-IV، آلبانو^۱ و سیلورمن، ۱۹۹۶، به نقل از هنکوک و همکاران، ۲۰۱۶) مورد ارزیابی قرار گرفتند، به این نتیجه دست یافتند که هر دوی این درمان‌ها در کاهش علائم اضطراب و کاهش تداخل اضطراب در زندگی مؤثر هستند.

اگر چه تحقیقات منتشر شده کمی در مورد اثربخشی پذیرش و تعهد در درمان کودکان مضطرب وجود دارد، با این حال اینگونه استدلال شده‌است که از آنجا که کودکان به معنای واقعی کلمه کمتر از بزرگسالان فکر می‌کنند و ممکن است به راحتی بتوانند، مفاهیم انتزاعی را از طریق تجربه درک کنند، کاربرد استعاره‌ها و روشی تجربی در درمان پذیرش و تعهد ممکن است به ویژه برای آن‌ها مناسب باشد (اوبرین، لارسون و مورل^۲، ۲۰۰۸). تنها در چند مقاله اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در درمان اضطراب کودکان مورد بررسی قرار گرفته‌است (براون و هوپر^۳، ۲۰۰۹؛ سوین و همکاران، ۲۰۱۳ الف؛ هنکوک، سوین، هانسورث، دیکسون، کو و مونرو^۴، ۲۰۱۶). در ارتباط با استرس فرزندپروری می‌توان گفت که اضطراب کاملاً مسری است. هنگامی که کودک مضطرب است، والدین نسبت به ترس، نگرانی و شاید احساسات پریشان‌کننده‌ی دیگری مانند ناامیدی یا خشم یا ناراحتی آسیب‌پذیرتر می‌شوند. هنگامی که اضطراب کودک بروز می‌یابد، ما به عنوان یک والد، احساس ناراحتی فرزندمان را با احساسات مشابه از جمله دودلی، بی‌تفاوتی و ناامیدی پاسخ می‌دهیم (مک‌کری، ۲۰۰۹). که در نتیجه کاهش اضطراب کودک، استرس‌های فرزندپروری والدین را کمتر می‌کند.

بنابراین در این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این مسأله هستیم که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای اضطراب کودکان و استرس فرزندپروری مادران تأثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک موردی^۵ که گاهی آن را آزمایش تک‌آزمودنی^۶ می‌نامند (گال، بورگ و گال^۷، ۱۹۹۵، ترجمه نصر، عریضی، ابوالقاسمی، باقری، علامت‌ساز و همکاران، ۱۳۸۶)، استفاده شده‌است. از بین طرح‌های آزمایشی تک موردی در پژوهش حاضر از طرح

-
1. Albano
 2. O'Brien, Larson, & Murrell
 3. Brown, & Hooper
 4. Munro
 5. single case experiment
 6. single subject experiment
 7. Gall, Borg, & Gall

تجربی "خط پایه چندگانه"^۱ استفاده گردید. جامعه آماری این پژوهش شامل کودکان ۷ تا ۱۲ ساله اهوازی و مادران آنها در سال ۱۳۹۹ می‌باشد که توسط معلمان و والدین آنها برای شرکت در این پژوهش معرفی شدند که از این تعداد سه کودک ۷ تا ۱۲ ساله به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و براساس مصاحبه و نمره مقیاس تجدیدنظرشده اضطراب آشکار کودکان^۲ (رینولدز و ریچمن^۳، ۱۹۷۸) جزو کودکان مضطرب قرار گرفتند و به همراه مادرانشان نمونه پژوهش را تشکیل دادند. پس از مصاحبه با کودکان، احراز شرایط با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و حذف توسط کودکان و مادران و تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه توسط مادران، کودکان به همراه مادرانشان به طور همزمان وارد مرحله‌ی خط پایه شدند. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، طبق اصول طرح‌های خط پایه‌ی چندگانه، آزمودنی‌ها به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله‌ی یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان شدند. به این نحو که آزمودنی اول پس از دو جلسه سنجش در مرحله‌ی خط پایه، یعنی از هفته‌ی سوم وارد جلسه‌ی اول درمان، و بعد از آن آزمودنی دوم در جلسه‌ی دوم آزمودنی اول وارد جلسه‌ی اول درمان و آزمودنی سوم نیز در جلسه‌ی دوم آزمودنی دوم و جلسه‌ی سوم آزمودنی اول، وارد جلسه‌ی اول درمان شدند. همچنین ضمن اجرای درمان، کلیه‌ی پرسش‌نامه‌ها در جلسات ۱، ۳، ۶، ۹، ۱۲ و پس از درمان در فاصله‌ی زمانی یک ماه، مرحله‌ی پیگیری انجام شد.

کودکان و مادران پس از احراز شرایط ورود و پر کردن پرسش‌نامه‌ها، وارد دوره‌ی درمانی (۹ جلسه‌ای) شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: وجود اضطراب در کودک براساس مصاحبه و کسب نمره‌ی ۱۹ و بالاتر در مقیاس اضطراب آشکار کودکان، نداشتن اختلال متوسط تا شدید اوتیسم در کودک، نداشتن مشکلات یادگیری متوسط تا شدید در کودک یا مادر، دارا بودن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر در مادران و عدم استفاده از هر نوع درمانی برای کودک از جمله درمان دارویی (طی دوره‌ای که مداخله در جریان است).

ملاک‌های حذف عبارتند از: اختلال متوسط تا شدید اوتیسم در کودک، مشکلات یادگیری متوسط تا شدید در کودک یا مادر و استفاده از هر نوع درمانی برای کودک از جمله درمان دارویی (طی دوره‌ای که مداخله در جریان است) یا استفاده از هر نوع خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای از طرف مادر.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس^۴: اولین فرم مقیاس اسپنس توسط اسپنس در استرالیا طراحی

1. multiple baseline
2. revised measure of children's manifest anxiety
3. Reynolds, & Richmond
4. the Spence children's anxiety scale

شد (اسپنس، ۱۹۹۷). هدف از ساخت این مقیاس، اندازه‌گیری و ارزیابی اضطراب کودکان ۱۵-۸ ساله است. این پرسشنامه دارای دو نسخه کودک و والد است. نسخه کودک شامل ۴۵ ماده و نسخه والدین شامل ۳۸ ماده است. هر دو نسخه شامل ۶ مقیاس اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، وسواس فکر- عملی، آسیمگی- بازارهراسی، اضطراب فراگیر و ترس از صدمات جسمانی است. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس درجه‌ای لیکرتی (هرگز، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) تنظیم شده و نمره کلی، حاصل مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌ها است. هرچه نمره کلی بالاتر باشد، اضطراب بیشتر است. در این پژوهش از فرم والد این پرسشنامه استفاده شده است. براساس گزارش اسپنس این پرسشنامه از ویژگی‌های روانسنجی مطلوبی برخوردار است، به طوری که پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی برابر ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (اسپنس، ۱۹۹۸). در پژوهشی دیگر، پایایی این پرسشنامه برای خرده‌مقیاس‌ها به روش آلفای کربناخ بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۰ و نمره کل ۰/۶۲ گزارش شده است (اسپنس، بارت و ترنر، ۲۰۰۳). در مطالعه وانگ، منگ، لیو^۲ و لیو (۲۰۱۵) اعتبار بازآزمایی در جمعیت پدران و مادران به صورت جداگانه به دست آمد که این ضریب در نمونه پدران ۰/۶۶ و در نمونه مادران ۰/۷۲ گزارش شد. نمره کل این مقیاس با مقیاس تجدیدنظرشده اضطراب آشکار کودکان (رینولدز و ریچمن، ۱۹۷۸) همبستگی بالایی داشت. در این مطالعه با استفاده از تحلیل عامل تأییدی، ۶ عامل مربوط به پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت (به نقل از اسپنس، ۱۹۹۸).

مقیاس تجدیدنظرشده اضطراب آشکار کودکان (۱۹۷۸): پرسشنامه «آنچه من فکر و احساس می‌کنم» یک نسخه جدید از مقیاس اضطراب آشکار کودکان است که براساس مطالعات تحلیل عاملی به وسیله‌ی رینولدز و ریچمنوند^۳ (۱۹۷۸، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵) مقیاس تجدیدنظرشده‌ی اضطراب آشکار کودکان، ارائه شده است (ترجمه تقوی و علیشاهی، ۱۳۸۲). این پرسشنامه دارای ۳۷ سؤال بوده و برای افرادی با دامنه سنی ۶ تا ۱۹ سال مناسب می‌باشد. سطح خواندن گویه‌ها به طور میانگین برای یک کودک ۸ ساله تنظیم شده است. هدف پرسشنامه بررسی اضطراب آشکار کودکان از ابعاد مختلف (عوامل فیزیولوژیکی اضطراب، نگرانی و حساسیت بیش از حد، ترس / تمرکز) است. از کودکان خواسته می‌شود که به هر یک از گویه‌ها به شکل بلی / خیر پاسخ دهند. طیف پاسخگویی آن بدین صورت است که به هر گزینه «بلی» یک نمره و به هر گزینه «خیر» نمره صفر تعلق می‌گیرد. نمره این مقیاس از مجموع تمام پاسخ‌های «بلی» به گویه‌ها محاسبه می‌گردد. نمره کمتر در مقیاس اضطراب، بیانگر سطح اضطراب پایین‌تر و نمره کمتر در مقیاس دروغ‌سنج، بیانگر میزان صداقت بیشتر آزمودنی در پاسخگویی به سؤالات می‌باشد (تقوی و علیشاهی، ۱۳۸۲). استلارد،

1. Barrett, & Turner
2. Wang, Meng, & Liu
3. Reynolds & Richmond

ولمن، لنگسفورد و بالدوین^۱ (۲۰۰۱) نمره برش کلی این پرسشنامه را جهت تعیین سطح معناداری بالینی اضطراب تجربه شده کودکان ۱۹ از ۲۸ در نظر گرفته‌اند. هر چه نمره فرد بالاتر از ۱۹ باشد نشان‌دهنده مشکلات اضطرابی بیشتر در فرد است.

در مطالعه انجام شده توسط کلاین و لست^۲ (۱۹۸۹) اعتبار بازآزمایی دو عامل ویژه شامل «نگرانی/ حساسیت» و «ترس/ تمرکز» در یک فاصله پنج هفته‌ای در حد متوسط و حدود ۰/۶۰ گزارش گردید (به نقل از تقوی و علیشاهی، ۱۳۸۲). در مطالعه دیگری رینولدز و ریچموند (۱۹۷۸) ضریب اعتبار مقیاس را با استفاده از فرمول بیستم کودر ریچاردسون ۰/۸۵ گزارش نمودند. در یک مطالعه تحلیل عاملی، رینولدز و ریچموند (۱۹۷۹) به سه عامل دست یافتند که عبارتند از: الف) علایم فیزیولوژیکی اضطراب ب) نگرانی و حساسیت بیش از حد و ج) ترس/ تمرکز. در این پژوهش از این مقیاس برای انتخاب کودکان مضطرب استفاده شد.

مقیاس استرس فرزندپروری (فرم کوتاه): فرم کوتاه مقیاس استرس فرزندپروری (آبیدین^۴، ۱۹۹۵) یک مقیاس خودگزارشی ۳۶ ماده‌ای و از نوع لیکرت است که یک نمره کل برای استرس فرزندپروری و همچنین سه نمره برای خرده‌مقیاس‌ها، از جمله پریشانی والدین^۵ (PD)، تعامل ناکارآمد والد-کودک^۶ (P / CDI) و کودک دشوار^۷ (DC) به دست می‌آید. از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود که میزان موافقت خود را با اظهارات بیان شده در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از به شدت موافق (۵) تا به شدت مخالف (۱) نشان دهند. یک تحلیل عاملی توسط هاسکت و ایرن، وارد و الایر^۸ (۲۰۰۶) انجام شد. با این حال، این تحلیل منجر به یک ساختار دو عاملی شد. برای دستیابی به هدف این مطالعه، نمره کل این مقیاس استفاده می‌شود. در پژوهش فدایی، دهقانی، طهماسبیان و فرهادی (۱۳۸۹) ضریب اعتبار بازآزمایی پرسشنامه استرس فرزندپروری در طول ۱۸ روز بعد از اجرای اول برای نمره کل استرس والدین برابر با ۰/۷۵ به دست آمد. حمایت از اعتبار این پرسشنامه (PSI-SF) در همبستگی (r = ۰/۹۴) بین نمرات کل فرم کوتاه مقیاس استرس فرزندپروری (PSI-SF) و نمره کل در نسخه کامل استرس فرزندپروری (PSI) می‌باشد (آبیدین، ۱۹۹۵).

روش پژوهش

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها همانند سایر طرح‌های موردی از ترسیم چسبی^۹ (تحلیل

-
1. Stellard, Velleman, Langsford, & Baldwin
 2. Klein & last
 3. parenting stress index- short form
 4. Abidin
 5. parental distress
 6. parent-child dysfunctional interaction
 7. difficult child
 8. Haskett, Ahern, Ward, & Allaire
 9. visual inspection

نمودار)، شاخص تغییر پایا و معناداری بالینی استفاده شده است. نخستین راهبرد یا روش برای تحلیل نتایج حاصل، استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری یا چشمی است که در این روش داده‌های پژوهش و عملکرد بیماران به واسطه الگوهای ترسیم دیداری بررسی شد. جاکوبسن، فولتی و رونستروف^۱ (۱۹۸۴) به منظور جلوگیری از برخی خطاهای احتمالی در تعیین نقطه برش ناشی از همپوشی و عدم همپوشی توزیع جمعیت بهنجار و نابهنجار، و برای اعتماد بیشتر به داده‌های کارآزمایی بالینی و همچنین سنجش بهتر کارایی، روش شاخص تغییر پایا (RCI) را مطرح کردند که بعدها کریستنسن و مندوزا^۲ (۱۹۸۶) به صورت فرمول اصلاح شده زیر ارائه گردید (به نقل از ایمانی، ۱۳۹۱). در این فرمول اگر نتیجه به دست آمده بزرگتر و یا مساوی با سطح معناداری نمره Z یعنی ۱/۹۶ (p < ۰/۰۵) باشد، می‌توان نتیجه گرفت که بهبودی ناشی از مداخله درمانی است و ناپایایی آزمون‌ها در این امر نقش نداشته است.

$$\text{نمره پیش آزمون - نمره پس آزمون} = \frac{\text{شاخص تغییر پایا}}{\text{خطای استاندارد تفاوت}}$$

$$\text{خطای استاندارد تفاوت} = \sqrt{2(\text{خطای استاندارد میانگین})^2}$$

$$\text{پایایی باز آزمون} = \sqrt{1 - \text{انحراف معیار}} = \sqrt{1 - \text{خطای استاندارد میانگین}}$$

شیوه دیگری که در این پژوهش استفاده شد روش معناداری بالینی است. اگر درمان بتواند آماج‌های درمانی را به حد افراد عادی برساند، می‌توان نتیجه گرفت که درمان از نظر بالینی معنادار بوده است. جاکوبسن و همکاران (۱۹۸۴) تغییر یا بهبود معنادار بالینی را برگشت به کارکرد بهنجار در نظر می‌گیرند. به عبارتی دیگر معناداری بالینی زمانی حاصل می‌شود که نمره افراد پس از درمان از نقطه برش پرسش‌نامه‌ها پایین‌تر بیاید، یعنی نمره فرد در اثر مداخله به حد نمره افراد سالم برسد. برای عینی سازی میزان بهبودی در آماج‌های درمانی از فرمول درصد بهبودی استفاده می‌شود (به نقل از ایمانی، ۱۳۹۱).

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{نمره پس آزمون} - \text{نمره پیش آزمون}}{\text{نمره پیش آزمون}} \times 100$$

برای سنجش عملیاتی کارایی بهبود تشخیصی از مصاحبه ساختاریافته توسط درمانگر پس از پایان درمان و هم چنین از پرسش‌نامه‌ها استفاده می‌شود تا بهبود تشخیصی سنجیده شود. برای

1. Jacobson, Follette, & Revenstorf
2. Christensen & Mendoza

- سنجش عملیاتی میزان کارایی بالینی نتایج پژوهش حاضر از ملاک‌های اینگرام، هیز و اسکات^۱ (۲۰۰۰) استفاده خواهد شد که عبارتند از:
- ۱- اندازه تغییر^۲ (چقدر تغییر در هدف‌های اصلی درمان رخ داده‌است؟)
 - ۲- کلیت تغییر^۳ (چند درصد از افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)
 - ۳- عمومیت تغییر^۴ (در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده‌است؟)
 - ۴- میزان پذیرش^۵ (افراد تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟)
 - ۵- ایمنی^۶ (آیا در اثر درمان سلامت روانی و جسمانی بیماران کاهش یافته‌است؟)
 - ۶- ثبات^۷ (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟)

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داده شده‌است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی	جنسیت کودک	پایه تحصیلی کودک	سن کودک	تحصیلات مادر	فرزند چندم خانواده
اول	دختر	چهارم	۱۰	لیسانس	اول
دوم	دختر	ششم	۱۲	ارشد	دوم
سوم	دختر	پنجم	۱۱	لیسانس	سوم

همان‌گونه که در جدول بالا نیز آمده‌است سه دختر در این طرح شرکت کردند که رنج سنی آن‌ها بین ۱۰ تا ۱۲ سال است. همه مادران شرکت‌کننده در این طرح حداقل دارای مدرک لیسانس هستند.

در جدول شماره ۲ و ۳ به ترتیب آماره‌های توصیفی آزمودنی‌ها در پرسشنامه اضطراب کودکان و مقیاس استرس فرزندپروری والدین ارائه شده است.

1. Ingram, & Scott
2. magnitude of change
3. universality of change
4. generality of change
5. acceptability
6. safety
7. stability

جدول ۲. روند تغییر مراحل درمان سه آزمودنی در پرسش‌نامه‌ی اضطراب

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد			گروه‌های درمانی
آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	آزمودنی‌ها
			مراحل درمان
۷۲	۷۵	۷۰	خط پایه‌ی اول
۷۰	۷۷	۷۳	خط پایه‌ی دوم
۷۵	۷۶	-	خط پایه‌ی سوم
۷۰	-	-	خط پایه‌ی چهارم
۷۱/۷۵	۷۶	۷۱/۵	میانگین مراحل خط پایه
۶۷	۷۳	۶۶	جلسه اول
۶۵	۷۶	۶۱	جلسه‌ی سوم
۵۶	۷۱	۶۲	جلسه‌ی ششم
۵۸	۷۰	۵۹	جلسه‌ی نهم
۵۲	۶۷	۵۱	جلسه دوازدهم
۵۹/۲	۷۱/۴	۵۹/۸	میانگین مراحل درمان
۲/۰۵	۱/۷۸	۲/۱۷	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۷	۱۰	۲۷	درصد بهبودی پس از درمان
	۲۱/۳۳		درصد بهبودی کلی پس از درمان
		پیگیری	
۴۸	۵۷	۴۳	پیگیری یک ماهه
۳/۰۲	۲/۵۷	۲/۳۴	شاخص تغییر پایا (درمان)
۳۳	۲۴	۳۸	درصد بهبودی پس از درمان
	۳۱/۶۶		درصد بهبودی کلی پس از درمان

جدول ۳. روند تغییر مراحل آموزش مادران در پرسش‌نامه‌ی استرس فرزندپروری

فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد			گروه‌های درمانی
آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	آزمودنی‌ها
			مراحل درمان
۱۲۹	۱۲۶	۱۲۸	خط پایه‌ی اول
۱۲۶	۱۲۲	۱۲۴	خط پایه‌ی دوم
۱۲۸	۱۲۳	-	خط پایه‌ی سوم
۱۲۵	-	-	خط پایه‌ی چهارم
۱۲۷	۱۲۳/۶۶	۱۲۶	میانگین مراحل خط پایه
۱۲۵	۱۲۶	۱۲۶	جلسه‌ی اول
۱۲۴	۱۲۶	۱۲۴	جلسه سوم
۱۱۹	۱۲۱	۱۱۸	جلسه‌ی ششم
۱۲۱	۱۱۷	۱۱۵	جلسه‌ی نهم
۱۱۰	۱۱۳	۱۰۷	جلسه دوازدهم
۱۱۹/۴	۱۲۰/۶	۱۱۸	میانگین مراحل درمان
۱/۸۶	۰/۹۲	۱/۵۲	شاخص تغییر پایا (درمان)

۱۴	۱۰	۱۶	درصد بهبودی پس از درمان
	۱۳/۳۳		درصد بهبودی کلی پس از درمان
		پیگیری	
۹۸	۱۰۰	۹۴	پیگیری یک ماهه
۳/۱۴	۲/۸	۲/۴۳	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۴	۲۰	۲۶	درصد بهبودی پس از درمان
	۲۳/۳۳		درصد بهبودی کلی پس از درمان

همان‌گونه که در جدول‌های بالا هم می‌توان دید، در مورد کودک اول در مقیاس اضطراب، شاخص تغییر پایا در مرحله درمان ۲/۱۷ است که در فرمول شاخص تغییر پایا اگر نتیجه به دست آمده بزرگتر و یا مساوی با سطح معناداری نمره Z یعنی ۱/۹۶ ($p < ۰/۰۵$) باشد، می‌توان نتیجه گرفت که بهبودی ناشی از مداخله درمانی است و ناپایایی آزمون‌ها در این امر نقش نداشته‌است، که در اینجا نمره به دست آمده از ۱/۹۶ بزرگتر و معنادار است و این شاخص در مرحله پیگیری ۲/۳۴ است که به این معنی است درمان، اثرات خود را پس از پایان جلسات هم حفظ کرده‌است. اما در مورد مادر اول شاخص تغییر پایا در مرحله درمان ۱/۵۲ است که به معنای عدم معناداری آن است، اما این شاخص در مرحله پیگیری به ۲/۴۳ رسیده‌است که نشان می‌دهد، استمرار اثرات درمان بر روی کودک، استرس فرزندپروری مادر را نیز کاهش داده‌است. درصد بهبودی کودک اول در مرحله درمان ۲۷٪ و در مرحله پیگیری ۳۸٪ و درصد بهبودی مادر در مرحله درمان ۱۶٪ است که با توجه به ملاک بلانچارد^۱، درصد بهبودی زیر ۲۵٪ به معنای شکست در درمان است (پاپن^۲، ۱۹۸۹، به نقل از ایمانی، ۱۳۹۰)، اما این میزان بهبودی در مرحله پیگیری به ۲۶٪ رسیده‌است.

در مورد کودک دوم شاخص تغییر پایا در مرحله درمان در متغیر اضطراب ۱/۷۸ و در مرحله پیگیری ۲/۵۷ است که در مرحله پیگیری معنادار و نشان‌دهنده تأثیر درمان است. شاخص تغییر پایا در متغیر استرس فرزندپروری مادر دوم در مرحله درمان ۰/۹۲ و در مرحله پیگیری ۲/۸ است که مانند مادر اول در مرحله پیگیری معنادار شده‌است. این نشان‌دهنده تأثیری است که اضطراب کودکان در استرس فرزندپروری مادران دارد. به این صورت که تداوم اثرات درمان بر روی کودک و اطمینان مادر به کاهش علائم اضطرابی استرس فرزندپروری را در آن‌ها کاهش داده‌است. درصد بهبودی کودک دوم در متغیر اضطراب در مرحله درمان ۱۰٪ و در مرحله پیگیری ۲۴٪ است که نشان‌دهنده تأثیر درمان بر روی کودک است. درصد بهبودی مادر دوم در متغیر استرس فرزندپروری در مرحله درمان ۱۰٪ و در مرحله پیگیری ۲۰٪ است.

در مورد کودک سوم شاخص تغییر پایا در متغیر اضطراب ۲/۰۵ و در مرحله پیگیری ۳/۰۲ است که در هر دو مرحله نتیجه به دست آمده بزرگتر از ۱/۹۶ و معنادار است. شاخص تغییر پایا در

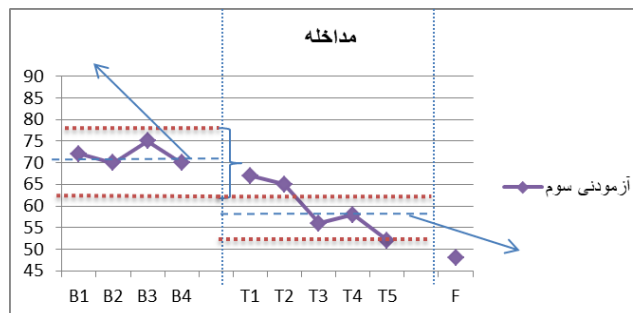
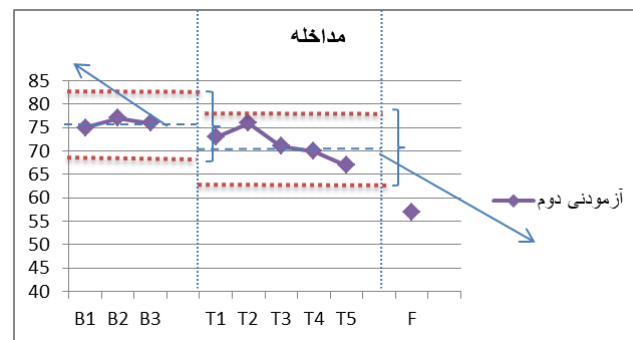
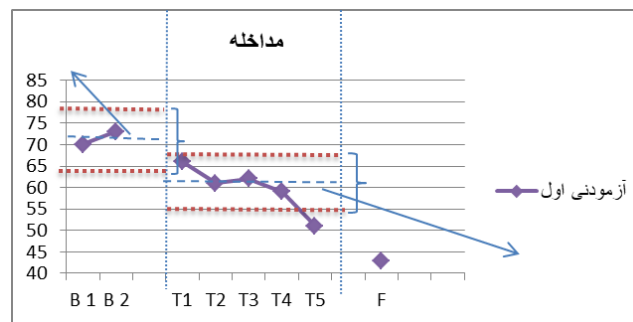
1. Blanchard
2. Poppen

متغیر استرس فرزندپروری مادر سوم در مرحله درمان $1/86$ و در مرحله پیگیری $3/14$ است که کاهش اضطراب کودک در استرس فرزندپروری مادر هم تأثیرگذار بوده است. درصد بهبودی کودک در متغیر اضطراب در مرحله درمان 27% و در مرحله پیگیری 33% و درصد بهبودی مادر در متغیر استرس فرزندپروری در مرحله درمان 14% و در مرحله پیگیری 24% است. همان طور که می توان دید نتایج شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در هر سه آزمودنی همسو و هم راستا با هم است.

گام بعدی تحلیل دیداری نمودار هر آزمودنی است. در تحلیل دیداری باید دو جنبه اساسی مورد بررسی قرار گیرد: سطح^۱ و روند^۲. واژه سطح به اندازه داده ها بر روی محور Y اشاره دارد. وقتی داده ها مورد بررسی قرار می گیرند، دو جنبه اساسی در مورد سطح مطرح می شود: ثبات سطح^۳ و تغییر سطح^۴. ثبات سطح، میزان تغییرپذیری دامنه مقادیر داده ها را در یک سری داده ها نشان می دهد. وقتی دامنه مقادیر کوچک است، داده ها ثبات دارند. به طور کلی، اگر 80% نقاط داده های یک موقعیت در دامنه 20 درصدی از میانه آن داده ها قرار گیرند، پژوهشگران سطح را ثابت در نظر می گیرند. برای محاسبه میانه یک سری داده، مقادیر نقاط داده ها از کم به زیاد مرتب می شود. اگر تعداد مقادیر مرتب شده فرد باشد، میانه مساوی است با نقطه وسط داده ها. اما اگر تعداد مقادیر زوج باشد، میانه از طریق میانگین دو نقطه میانی به دست می آید. سپس خط میانه داده ها موازی با محور X کشیده می شود و یک نوار ثبات^۵ روی خط میانه کشیده می شود. نوار ثبات، یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم می شود. فاصله بین دو خط، میزان تغییر پذیری داده های ثابت را نشان می دهد. با استفاده از معیار $20-80$ درصدی، اگر 80% نقاط داده ها رو یا درون 20 درصد مقدار میانه (نوار ثبات) قرار گیرند، داده ها ثبات دارند. ثابت بودن سطح داده ها در موقعیت خط پایه از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است، به گونه ای که در صورت متغیر بودن سطح، پژوهشگر باید جمع آوری داده ها را تا رسیدن به یک سطح ثابت ادامه دهد. برخی پژوهشگران تحلیل های دیداری را براساس میانگین انجام می دهند. درست است که میانگین یک آماره آشنا است ولی معایبی دارد، مثلاً تحت تأثیر داده های پرت قرار می گیرد. به همین دلیل در تحلیل های دیداری میانه بیشتر از میانگین توصیه می شود. پس از آن برای بررسی روند داده ها، از روش ترسیم آزاد^۶ استفاده شد و محفظه ثبات خط روند براساس معیار $20-80$ رسم شد. سپس شاخص های آمار توصیفی مانند میانگین و شاخص های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. PND نشان دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح

1. Level
2. Process
3. level stability
4. level change
5. stability envelope
6. Freehand

از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) بستگی دارد. به این معنی که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه داشته‌است، کنترل آزمایشی کمتری دارد. همچنین هر چه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر (یا پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست (فراهانی، عابدی، آقامحمدی و کاظمی، ۱۳۹۲). در ادامه نمودار مربوط به سه آزمودنی در متغیرهای اضطراب کودکان و استرس فرزندپروری رسم می‌شود و سپس نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای نمره‌های آزمودنی‌ها در هر متغیر به صورت جداگانه ارائه می‌شود.



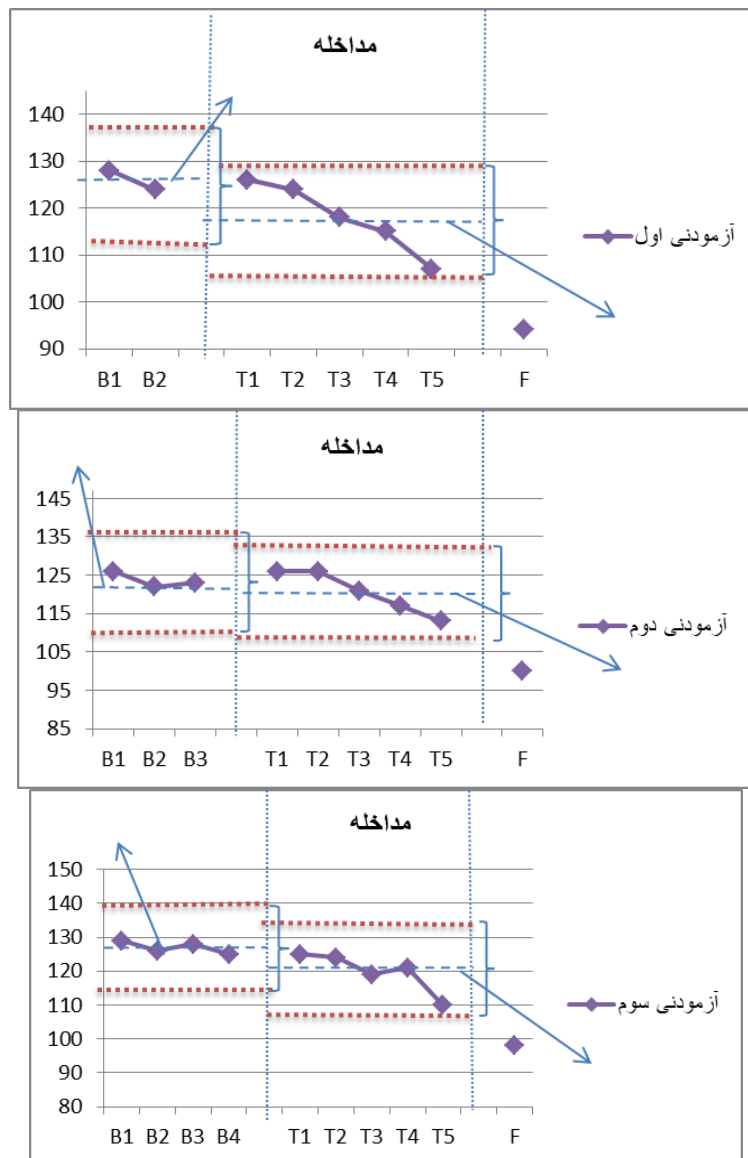
نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های پرسش‌نامه‌ی اضطراب کودکان در هر سه آزمودنی و ترسیم خط میانه و محفظه ثبات در موقعیت خط پایه و مداخله

جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی سه کودک در متغیر اضطراب

بین موقعیتی			درون موقعیتی							
B	مقایسه موقعیت	A	B			A			توالی موقعیت ها	
			اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم		
سوم	دوم	اول	آزمودنی تغییرات روند	سوم	دوم	اول	سوم	دوم	اول	آزمودنی طول موقعیت
کاهش به کاهش	کاهش به افزایش	کاهش به افزایش	تغییرات جهت	۵	۵	۵	۴	۳	۲	سطح
مثبت	مثبت	مثبت	اثر وابسته به هدف	۵۸	۷۱	۶۱	۷۱	۷۶	۷۱/۵	میان
بی ثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	تغییر ثبات	۵۹/۲	۷۱/۴	۵۹/۸	۷۱/۷۵	۷۶	۷۱/۵	میانگین
			تغییر در سطح	۵۲-۶۷	۶۷-۷۶	۵۱-۶۶	۷۵-۷۰	۷۷-۷۵	۷۳-۷۰	دامنه تغییرات
به ۵۴	۶۸/۵ به	به ۵۵	تغییر نسبی	۵۲/۲	۶۳/۹	۵۴/۹	۶۳/۹	۶۸/۶	۶۴/۳۵	محفظه
۷۳/۵	۷۷	۷۲/۲۵	تغییر مطلق	۶۳/۸	۷۸/۱	۶۷/۱	۷۸/۱	۸۳/۶	۷۸/۶۵	ثبات
به ۶۷	به ۷۳	۷۳ به ۶۶	تغییر نسبی							تغییر سطح
۷۰	۷۶		تغییر مطلق							تغییر نسبی
به ۵۸	به ۷۱	به ۶۱	تغییر نسبی	۶۶-۵۴	۷۴-۷۱	۶۴-۵۵	-۷۳/۵	۷۷-۷۵	۷۳-۷۰	تغییر نسبی
۷۱	۷۶	۷۱/۵	تغییر نسبی				۷۰		۷۰/۷۵	تغییر نسبی
به ۵۹/۲	به ۷۱/۴	به ۵۹/۸	تغییر نسبی	۵۲-۶۷	۶۷-۷۳	۵۱-۶۶	۷۰-۷۲	۷۶-۷۵	۷۳-۷۰	تغییر مطلق
۷۱/۷۵	۷۶	۷۱/۵	تغییر نسبی							تغییر مطلق
			همپوشی داده‌ها							روند
۱۰۰٪	۸۰٪	۱۰۰٪	PND	کاهش بی ثبات	کاهش باثبات	کاهش باثبات	کاهش باثبات	افزایش باثبات	افزایش باثبات	جهت ثبات
.	۲۰٪	.	POD	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

همان‌طور که در جدول بالا دیده می‌شود هر سه آزمودنی در موقعیت خط پایه روندی ثابت در نمرات خود نشان داده‌اند، چیزی که وجود آن لازمه شروع مداخله است. با شروع آموزش تغییری در روند نمرات ایجاد شده و روند نمرات از افزایشی به کاهش یافته‌است که این نشان‌دهنده اثربخشی آموزش‌ها بوده‌است. پس از آغاز مداخله در سطح نمرات تغییراتی ایجاد شده‌است و به طور کلی میانگین نمرات اضطراب، در آزمودنی اول از ۷۱/۵ در خط پایه به ۵۹/۸ در مداخله، در

آزمودنی دوم از ۷۶ در مرحله خط پایه به ۷۱/۴ در مرحله مداخله و در آزمودنی سوم از ۷۱/۷۵ در مرحله خط پایه به ۵۹/۲ در مرحله مداخله رسیده‌است. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که مداخله در آزمودنی اول با ۱۰۰٪ اطمینان، آزمودنی دوم با ۸۰٪ اطمینان و آزمودنی سوم با ۱۰۰٪ اطمینان مؤثر بوده‌است.



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های پرسش‌نامه‌ی استرس فرزندپروری والدین در هر سه مادر و ترسیم خط میانه و محفظه ثبات در موقعیت خط پایه و مداخله

جدول ۵. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی سه مادر در متغیر استرس فرزندپروری

توالی موقعیت ها	درون موقعیتی						بین موقعیتی			
	A			B			مقایسه موقعیت			
	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	
آزمودنی طول موقعیت سطح	۲	۳	۴	۵	۵	۵	آزمودنی تغییرات روند	کاهش	کاهش	کاهش
میانگین	۱۲۶	۱۲۳	۱۲۷	۱۱۸	۱۲۱	۱۲۱	اثروابسته به هدف	کاهش	کاهش	کاهش
دامنه تغییرات	۱۲۶	۱۲۲	۱۲۵	۱۰۷	۱۱۳	۱۱۰	تغییر ثبات	کاهش	کاهش	کاهش
محافظه ثبات	۱۱۳/۴	۱۱۰/۷	۱۱۴/۳	۱۰۶/۲	۱۰۸/۹	۱۰۸/۹	تغییر در سطح	کاهش	کاهش	کاهش
تغییر سطح	۱۳۸/۶	۱۳۵/۳	۱۳۹/۷	۱۲۹/۸	۱۳۳/۱	۱۳۳/۱	تغییر نسبی	کاهش	کاهش	کاهش
تغییر نسبی	۱۲۷	۱۲۶	۱۲۸	۱۲۵	۱۲۶	۱۲۴	تغییر میانه مطلق	کاهش	کاهش	کاهش
تغییر مطلق	۱۲۴	۱۲۳	۱۲۵	۱۰۷	۱۱۳	۱۱۰	تغییر میانگین	کاهش	کاهش	کاهش
همپوشی دادهها	۱۲۶	۱۲۶	۱۲۹	۱۲۶	۱۲۶	۱۲۵	همپوشی دادهها	کاهش	کاهش	کاهش
جهت ثبات	کاهش	کاهش	کاهش	کاهش	کاهش	کاهش	PND	کاهش	کاهش	کاهش
مسیرهای چندگانه	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	POD	خیر	خیر	خیر

در مورد نمرات استرس فرزندپروری هم مانند نمرات اضطراب، هر سه آزمودنی در موقعیت خط پایه روندی ثابت در نمرات خود نشان داده‌اند، چیزی که وجود آن لازمه شروع مداخله است. پس از آغاز مداخله در سطح نمرات تغییراتی ایجاد شده‌است و به طور کلی میانگین نمرات استرس

فرزندپروری، در آزمودنی اول از ۱۲۶ در خط پایه به ۱۱۸ در مداخله، در آزمودنی دوم از ۱۲۳/۶۶ در مرحله خط پایه به ۱۲۰/۶ در مرحله مداخله و در آزمودنی سوم از ۱۲۷ در مرحله خط پایه به ۱۱۹/۴ در مرحله مداخله رسیده است. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که مداخله در آزمودنی اول با ۶۰٪ اطمینان، آزمودنی دوم با ۶۰٪ اطمینان و آزمودنی سوم با ۸۰٪ اطمینان مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

اینگرام و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی سنجش کارایی درمان‌های روانشناختی به شش متغیر اشاره کرده‌اند و معتقدند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید براساس شش متغیر زیر بررسی کرد. به منظور بحث در مورد نتایج و سنجش عملیاتی کارایی دستاوردهای پژوهش حاضر و همچنین نظام‌مند کردن بحث و انسجام‌بخشی به نتایج در این بخش از ملاک‌های کارایی اینگرام و همکاران (۲۰۰۰) استفاده می‌کنیم.

۱- اندازه تغییر (چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟)

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داده‌اند که اکثر آزمودنی‌ها در متغیرهای وابسته تغییراتی را داشته‌اند.

براساس چیزی که در مقدمه گفته شد و در بررسی نتایج هم به آن می‌رسیم، دو سویه بودن روابط والدین و فرزندان است. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مبحث دو سویه بودن روابط والدین و فرزندان به خوبی دیده می‌شود. همراه با تغییرات افزایشی یا کاهش اضطراب کودکان در استرس فرزندپروری والدین هم این تغییرات به چشم می‌خورد. به عنوان مثال در بین سه کودک، کودک دوم نسبت به دو کودک دیگر بهره کمتری از درمان برده است. درصد بهبودی کودک اول در متغیر اضطراب در مرحله پیگیری ۳۸٪، کودک سوم ۳۳٪ اما در کودک دوم ۲۴٪ است. با وجود اینکه هر سه کودک تغییراتی را در نمره اضطراب خود نشان داده‌اند اما درصد بهبودی کودک دوم از همه کمتر است. جالب توجه این است که درصد بهبودی مادر دوم هم از دو مادر دیگر کمتر است و این یافته دو سویه بودن روابط والدین و فرزندان را نشان می‌دهد.

جدول ۲ و ۳ نشان داد که در کل، میزان بهبودی کودکان در متغیر اضطراب ۲۱/۳۳ و میزان بهبودی مادران در متغیر استرس فرزندپروری ۱۳/۳۳ بود و این میزان بهبودی در پایان یک ماهه پیگیری در کودکان به ۳۱/۶۶ و در مادران به ۲۳/۲۳ رسیده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی است که در سال‌های اخیر در حیطه بزرگسالان پیشرفت چشمگیری داشته و شواهد تجربی محکمی برای استفاده از این درمان در حیطه بزرگسالان به دست آمده است. اما تا به امروز مطالعات محدودی در حیطه کودکان انجام گرفته است. تنها در چند مقاله اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد

در درمان اضطراب کودکان مورد بررسی قرار گرفته است (براون و هوپر^۱، ۲۰۰۹؛ سوین و همکاران، ۲۰۱۳؛ هنکوک و همکاران، ۲۰۱۶). در مبحث قبلی در مورد دو سویه بودن ارتباط والدین و فرزندان صحبت کردیم و گفتیم رفتار والدین و فرزندان بر روی یکدیگر تأثیر دارد و بهتر یا بدتر شدن برخورد یکی از طرفین، همان نتیجه را در طرف مقابل خواهد داشت. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که با کودکان کار خواهد شد، اولین نتیجه نصیب خود فرزندان خواهد شد و در ادامه بر روی رفتارهای والدین و از جمله استرس فرزندپروری آنها تأثیرگذار است. در تبیین اینکه چرا کودکان در نتیجه تعارض والدین خود، اضطراب را تجربه می‌کنند، فرضیه امنیت عاطفی مطرح شد؛ به این صورت که تعارض زناشویی احساس امنیت عاطفی کودک در مورد رابطه زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و کودک در نتیجه مشاهده پرخاشگری و اختلاف، دچار مشکلاتی مانند اضطراب می‌شود و از سوی دیگر تعارض بین والدین، دلبستگی ایمن کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد (دیویس و مارتین^۲، ۲۰۱۴).

مهم‌ترین اصل در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بحث پذیرش است. بسیاری از مشکلات، از تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناشی می‌شود. زمانی که افراد از افکار و احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند خود فرار می‌کنند و در تلاش برای اجتناب از آنها هستند مشکلات بیشتری (اعم از اضطراب، افسردگی و غیره) دامن فرد را می‌گیرد. فرد ممکن است حس کند با فرار از آنها قضیه را حل می‌کند در حالی که به شدت آنها دامن می‌زند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آنچه که مخالف اجتناب است و می‌تواند مشکلات روانی فرد را کم کند، پذیرش است. شش مؤلفه اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه هم به فرد در کاهش اضطرابش کمک می‌کنند. زمانی که فرد فکری مانند «من انسان بد و بی‌مصرفی هستم و از عهده هیچ کاری بر نمی‌آیم» داشته باشد، و براساس اصل همجوشی شناختی این فکرش را درست و حقیقی بداند، مطمئناً در نتیجه این فکر دچار اضطراب و نگرانی خواهد شد. اما در نقطه مقابل آن چیزی به اسم گسلس شناختی می‌تواند، نجات‌بخش فرد باشد. یعنی فرد بر اثر تمرین و تکرار بتواند بپذیرد که این افکار صرفاً افکاری هستند که می‌آیند و می‌روند و حقیقت مطلق نیستند. همین طرز تفکر اضطراب کودک را کم می‌کند. در این درمان به کودک یاد داده خواهد شد که به جای غرق شدن در تفکرات و نگرانی‌های خود، در لحظه حال باشد و سعی کند به هر آنچه که در درونش اتفاق می‌افتد بدون قضاوت توجه داشته باشد. گاهی تعبیرات و برداشت‌های منفی که فرد از افکار و احساسات و حس‌های بدنی خود دارد و مدام به فکر نفی آنهاست کار را خرابتر می‌کند. فرد یاد می‌گیرد از این تجربیات خود فرار نکند، آنها را بپذیرد و بدون هیچ قضاوتی تمام آنچه را که در درونش اتفاق می‌افتد را به نظاره بنشیند. این‌ها کلید اصلی درمان اضطراب در پذیرش و

1. Brown, & Hooper
2. Martin

تعهد هستند. زمانی که فرد فکری منفی دارد و آن فکر را درست می‌داند، مجبور می‌شود جوری رفتار کند که آن فکر منفی را در مورد خود از بین ببرد و ارزش‌هایی که در زندگی دارد را فراموش کند. اما در این درمان با زبان و روش‌های کودکان به کودک آموزش داده می‌شود تا ارزش‌های زندگی خود را بازشناسد و براساس این ارزش‌ها در موقعیت‌های مختلف واکنش نشان دهد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتباط با کودکان، سعی می‌شود، مفاهیم این درمان به صورت بازی و نقاشی و استعاره‌های کودکان به کودک آموزش داده شود. به همین دلیل کودک به راحتی با این مفاهیم ارتباط برقرار می‌کند و می‌تواند آن‌ها را درونی کند. کودک در نتیجه درمان می‌فهمد آنچه که باعث اضطراب او شده موقعیت‌های اضطراب‌آور یا افکار او نیستند، بلکه ناشی از تلاشی است که می‌خواهد از این افکار اجتناب کند. در جریان درمان به او یاد داده می‌شود که باید با این افکاری که وجود دارند و مدام می‌آیند و می‌روند، چگونه برخورد کند. تمثیل‌هایی مثل تمثیل ببر به خوبی به کودک کمک می‌کند تا مشکل اصلی خود را در ارتباط با اضطراب‌هایش را بفهمد و به مرور متوجه شود که با این افکار چه کند. درمان به کودک کمک می‌کند تا زندگی‌اش را در مسیر ارزش‌هایش و آنچه که برای او مهم هستند پیش ببرد. در نهایت روش درست برخورد با افکار و اضطراب‌هایش را یاد خواهد گرفت. در موقعیت‌های اضطرابی تلاشی برای کنترل افکارش نخواهد کرد و اجازه می‌دهد تا افکار بیایند و بروند. در نتیجه این نوع نگرش، فرد می‌تواند بسیاری از اضطراب‌ها و مشکلات رفتاری خود در خانه و مدرسه را از بین ببرد. از طرف دیگر مشکلات رفتاری فرزندان و اضطراب آنها استرس‌هایی را در والدین ایجاد خواهد کرد. در اینجا یک بار دیگر اصل دوسویه بودن روابط بین والد و فرزند را متذکر می‌شویم و یادآور می‌شویم که کاهش اضطراب کودکان استرس‌های فرزندپروری در والدین را کاهش خواهد داد. زمانی که کودکان در بسیاری از موقعیت‌ها از خود اضطراب نشان می‌دهند و وظایف خود در مدرسه و اجتماع را نمی‌توانند به خوبی و به درستی انجام دهند، نگرانی‌ها و استرس‌هایی مبنی بر بی‌کفایتی در والدین شکل خواهد گرفت. از طرف دیگر اضطراب ممکن است، موجب پرخاشگری و رفتارهای آزار دهنده از سوی کودک شود و والد احساس کند که مجبور است، وقت زیادی را در زندگی برای حل مشکلات فرزندش اختصاص دهد. زمانی که در نتیجه درمان اضطراب، رفتارهای منفی و اضطراب‌های کودک کاهش یابد، والد احساس بهتری هم پیدا خواهد کرد. چندین مطالعه تأییدکننده نتیجه‌ای است که در این پژوهش به دست آمده‌است. براورن و هوپر (۲۰۰۹) در یک مطالعه موردی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای درمان افکار اضطرابی و وسواسی در یک فرد مبتلا به اختلالات یادگیری متوسط/ شدید به کار بردند. در نتیجه این درمان، فرد توانست از افکار اضطرابی و تأثیر منفی که این افکار بر زندگی‌اش داشت، فاصله بگیرد و تحصیلات خود را ادامه دهد. سوین و همکاران (۲۰۱۳) پژوهشی بر روی کودکان و نوجوان مبتلا به اضطراب انجام دادند و در این پژوهش کودکان و نوجوانان مضطرب را در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری و گروه

کنترل به صورت تصادفی گماشتند. نتیجه این پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو در کاهش اضطراب کودکان و نوجوانان مؤثر هستند و با توجه به این نتیجه درمانگران خواهند توانست با توجه به نیازهای فردی، درمان مناسب را انتخاب کنند. همکاران (۲۰۱۶) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با درمان شناختی - رفتاری برای اضطراب کودکان با هم مقایسه کردند و تأثیرات تقریباً مشابهی را در درمان اضطراب کودکان یافتند. این پژوهش شواهدی را ارائه می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است یکی از گزینه‌های درمانی تجربی پشتیبانی‌شده برای کودکان مضطرب باشد. در مطالعه مونگ و همکاران (۲۰۱۴) تأثیر درمان شناختی - رفتاری والدین و درمان شناختی - رفتاری برای والدین و کودکان بر روی اضطراب والدین و کودکان مقایسه شده‌اند. نتیجه‌ای که به دست آمد این بود که زمانی که والدین و فرزندان هر دو درگیر درمان و آموزش می‌شوند نتیجه‌ای بسیار مؤثرتر از زمانی که فقط والدین در معرض درمان قرار می‌گیرند به دست می‌آید. در این مطالعه کاهش اضطراب والدین باعث کاهش اضطراب کودکان شد و دوسویه بودن روابط والدین و فرزندان در این پژوهش اثبات شد. به خاطر تشابه برخی از مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان ذهن‌آگاهی می‌توان به پژوهش‌های انجام شده در حیطه ذهن‌آگاهی در درمان کودکان مضطرب نیز اشاره کرد. چند مطالعه تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کودکان مضطرب را ارزیابی کرده و آن را در کاهش علائم اضطراب مؤثر دانسته‌اند (سیمپل، رید و میلر، ۲۰۰۵؛ لی، سیمپل، رسا^۳ و میلر، ۲۰۰۸؛ سیمپل، ۲۰۰۵). سیمپل و همکاران (۲۰۰۵) درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را برای کودکان مضطرب به کار بردند و به این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی را می‌توان به کودکان آموزش داد و به عنوان مداخله‌ای برای علائم اضطراب مورد استفاده قرار گیرد. لی و همکاران (۲۰۰۸) درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را برای کاهش مشکلات رفتاری، اضطراب و افسردگی کودکان اجرا کردند و به این نتیجه رسیدند که درمان ذهن‌آگاهی می‌تواند، در کاهش مشکلات رفتاری، اضطراب و افسردگی کودکان نقش مؤثری داشته باشد. در پژوهش سیمپل (۲۰۰۵) هم نتیجه‌ای مشابه با دو تحقیق دیگر به دست آمد و مشخص شد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش توجه و کاهش اضطراب کودکان مضطرب می‌شود.

۲- کلیت تغییر (چند درصد از افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که همه کودکانی که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار داشتند، در متغیر اضطراب تغییر کرده‌اند و درمان توانسته‌است، اضطراب آنها را تا حد قابل قبولی کاهش دهد و همزمان با این تغییر نیز مادران آنها در نمرات استرس فرزندپروری بهبودهایی داشته‌اند. تنها در مادر دوم درصد بهبودی کمتر از دو مادر دیگر بوده‌است.

1. Semple, Reid, & Miller
2. Lee
3. Rosa

۳- عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده‌است؟)

اگر چه در پژوهش حاضر مسائل شغلی و سایر حوزه‌های بین فردی مورد اندازه‌گیری قرار نگرفت، اما با توجه به گویه‌های مختلفی که در پرسشنامه استرس فرزندپروری وجود داشت و رابطه با همسر و فرزند و دیگر افراد را ارزیابی می‌کرد، می‌توان گفت که در هر سه کودک با کاهش اضطراب، و کاهش استرس فرزندپروری در مادران آنها روابط بین فردی آنها بهبود داشته‌است.

۴- ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟)

یکی از اهداف اصلی هر درمانی این است که مشخص کند آیا نتایج مثبت درمانی پس از اتمام درمان نیز ادامه داشته‌است یا نه؟ اصولاً هیچ درمانی به این خاطر به وجود نیامده‌است که مراجعان را برای مدت کوتاهی بهبود ببخشد و پس از پایان جلسات درمان، علائم بیماری و سایر مشکلات دوباره برگردند. مطالعات پیگیری در راستای این هدف شکل می‌گیرند. تمام آزمودنی‌های این پژوهش توانستند در تمام هدف‌های درمانی، دستاوردهای درمانی خود را در مطالعات پیگیری حفظ کنند. در تبیین این یافته باید گفت که اگر مراجعین در طول درمان یاد بگیرند که چگونه مشکلاتشان را حل کنند، در آینده هنگامی که مشکل دوباره پیش بیاید، می‌توانند براساس روش خود عمل نموده و بر مشکل غلبه کنند. نتایج یک ماهه دوره پیگیری در تمام هدف‌های درمانی نشان می‌دهد که اثرات یا دستاوردهای درمان نه تنها حفظ شده‌اند، بلکه حتی بعضاً در مقایسه با نتایج جلسه آخر درمان پیشرفت نیز داشته‌اند.

۵- میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟)

یکی از مشکلاتی که در برخی از گزارش‌های مربوط به کارآزمایی بالینی به چشم می‌خورد، عدم گزارش افت آزمودنی‌هاست. طبق نظر کازدین (۱۹۹۹) افت آزمودنی‌ها را باید به عنوان یکی از متغیرهای درمان محاسبه کرد. مادران شرکت کننده در پژوهش به دلیل داشتن تحصیلات دانشگاهی، داشتن ذهنیت روانشناختی و انگیزه بالا در رسیدن به نتایج دلخواه تا آخرین جلسه حضور داشتند و افت آزمودنی نداشتند. با توجه به این مسأله می‌توان این روش رو جز روش‌هایی تلقی کرد که قابلیت پذیرش بالایی دارند.

۶- ایمنی (آیا در اثر درمان سلامت روانی و جسمانی آزمودنی‌ها کاهش یافته‌است؟)

هر چند برای سنجش این متغیر، ابزاری عینی و استاندارد استفاده نشده‌است، اما طبق گزارش مراجعان درمان موجب گرفتاری و دردسر آنها نشده‌است. حتی وضعیت روانی مراجعان در روند آموزش با نوسان‌های خاصی مواجه نبوده‌است. این پژوهش ممکن است با برخی از محدودیت‌ها مواجه باشد. برای مثال برخی از درمانگران اظهار کرده‌اند که انتظارات بیماران در نتیجه درمان تأثیر بگذارد، اما در این پژوهش انتظارات بیماران به صورت آشکار از طریق ابزار مورد سنجش قرار نگرفته بود، که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مقیاس‌های مربوط به انتظارات مراجعین از

درمان استفاده شود. در مطالعه حاضر اثربخشی این آموزش تنها بر روی مادران انجام شد که پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آینده اثربخشی این آموزش بر روی پدران نیز تکرار شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله حاضر فاقد هر گونه تعارض منافع بوده‌است.

References

- Abidin, R. (1995). Parenting Stress Index (PSI) manual (3rd edition). Pediatric Psychology Press.
- Brown, F. J., & Hooper, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a learning disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *Journal of*
- Caspi, A., Moffitt, T., Newman, D., & Silva, P. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives Of General Psychiatry*, 53, 1033-1039.
- Coyne, L. W., McHugh, L., & Martinez, E. R. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): Advances and applications with children, adolescents, and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20, 379-399.
- Davis, A. (2015). Parental Stress and Child Behavior Problems in Families of Children with Autism. A Thesis submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree Doctor of Philosophy in Clinical Psychology.
- Davies, P., & Martin, M. (2014). Children's Coping and Adjustment in High-Conflict Homes: The Reformulation of Emotional Security Theory. *Child Development Perspectives*, 8, 242-249.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314-332.
- Ehrenreich, J. T., Micco, J. A., Fisher, P. H., & Warner, C. M. (2009). Assessment of relevant parenting factors in families of anxious children: The family assessment clinician-rated interview (FACI). *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 331-342.
- Fadaei, Z., Dehghani, M., Tahmasian, K., Farhadei, M. Investigating reliability, validity and factor structure of parenting stress- short form in mothers of 7-12 year-old children. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2010: 8 (2): 81-91.(in Persian)

Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 315–336.

Farahani, H., Abedi, A., aghamohamadi, S., kazemi, Z. Single-case designs in Behavioral and Medical Sciences Research (3rd edition). 2013: Tehran. Psychology and Art Publications. (in Persian)

Gal, M., Borg, W., & Gal, J. Quantitative and qualitative research methods in Educational Sciences and Psychology. Tehran. Shahid Beheshti University and Samat Publications 1995.

Ginsburg, G. S., La Greca, A. M., & Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 175–185.

Ginsburg, G. S., Lambert, S. F., & Drake, K. L. (2004). Attributions of control, anxiety sensitivity, and panic symptoms among adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 745–763.

Hadian, M., Kazemi, M. S (1396). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on generalized anxiety disorder in children with type 1 diabetes. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 25(6). 185-198. (in Persian)

Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2016). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children With Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 00:1–16.

Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S., & Allaire, J. C. (2006). Factor structure and validity of the Parenting Stress Index-Short Form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 302-312.

Herbert, J. D. (2002). Review of S. C. Hayes, K. D. Strosahl, & K. G. Wilson, *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 164-166.

Hirshfeld-Becker, R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L. R., Pollock-Wurman, R. A., McQuade, J., DePetrillo, L., Briesch, J., Ollendick, T. H., Rosenbaum, J. F., & Biederman, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 498–510.

Hughes, A. A., Hedtke, K. A., & Kendall, P. C. (2008). Family functioning in families of children with anxiety disorders. *Journal of Family Psychology*, 22, 325–328.

Imani, M. The effectiveness of Acceptance Based Behavior Therapy and Integrative Behavioral Couple Therapy in reducing distressed couples and General Anxiety Disorder Mahshahr women. PhD Thesis of Counseling 2011. (in Persian)

Ingram, R.E., Hayes., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatment: A critical analysis. In Syder, C.R & Ingram, R.E(Eds). Handbook of psychological change (pp.40-60). New York: John Wiley & sons.

Kazdin, A.E.(1999). The meanings and measurement of clinical significance. Journal of consulting and clinical psychology, 67, 300-307.

Lee, J., Semple, R. J., Rosa, D., & Miller, L. (2008). Mindfulness based cognitive therapy for children: Results of a pilot study. Journal of Cognitive Psychotherapy, 22, 15-28.

McCurry, C. (2009) . Parenting Your Anxious Child with Mindfulness and Acceptance. New Harbinger Publications, Inc.

Monga, S., Rosenbloom, B. N., Tanha, A., Owens, M., & Young, A. (2014). Comparison of child-parent and parent-only cognitive- behavioral therapy programs for anxious children aged 5 to 7 years: short- and long-term outcomes. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1-9.

O'Brien, K., Larson, C., & Murrell, A. (2008). Third-wave behavior therapies for children and adolescents: Progress, challenges and future directions. In L. A. G. S. C. Hayes (Ed.), Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents (pp. 15-35). Oakland, CA: New Harbinger and Context Press.

Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Hendricks, C., Painter, K. M., Suwalsky, J. T. D., & Collins, W. A. (2010). Stability, continuity, and similarity of parenting stress in European American mothers and fathers across their child's transition to adolescence. Parenting: Science & Practice, 10, 60-77.

Piacentini, J & Roblek, T. (2002). Recognizing and treating childhood anxiety disorders. Western Journal of Medicine, 176,149-151.

Raphael, J. L., Zhang, Y., Liu, H., & Giardino, A. P. (2009). Parenting stress in U.S. families: Implications for paediatric health care utilization. Child: Care, Health, and Development, 36, 216-224.

Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What i think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. Journal of Abnormal Child Psychology, 6, (2), 271-280.

Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1979). Factor structure and construct validity of "What I think and feel": The Revised Children's

Manifest Anxiety Scale. *Journal of Personality Assessment*, 43(3), 281-283.

Roza, A., Hofstra, M., van der Ende, J., Verhulst, F. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioural and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Journal of Psychiatry*. 160, 2116–2121.

Semple, R. J. (2005). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: A Randomized Group Psychotherapy Trial Developed to Enhance Attention and Reduce Anxiety*. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy under the Executive Committee of The Graduate School of Arts and Sciences.

Semple, R. J., Reid, E. F. G., Miller, L. (2005). Treating Anxiety With Mindfulness: An Open Trial of Mindfulness Training for Anxious Children. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 19 (4), 379-392.

Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*; 106(2): 280-97.

Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*; 36(5), 545-66.

Spence, S., Barrett, P., & Turner, C. (2003). Psychometric properties of the spence children's anxiety scale with young adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 17(6), 605-625.

Stellard, P., Velleman, R., Langsford, J., & Baldwin, S. (2111). Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 197-218.

Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., Koo, S., & Bowman, J. (2013, a). Acceptance and Commitment Therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 1-12.

Taghavi, M., Alishahi, M Validity and reliability Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Psychology* 2003: 7 (4): 342-357. (in Persian)

Wang, M., Meng, Q., Liu, L., Liu, G. (2015). Reliability and Validity of the Spence Children's Anxiety Scale for Parents in Mainland Chinese Children and Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development* .47, 830–839.

The Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Treatment on Children's Anxiety and the Parenting Stress of Mothers

PhD Kowsar Tardast¹
Dr Abbas Amanelahi²
Dr GholamReza Rajabi³
Dr Khaled Aslani⁴
Dr Khadijeh Shiralinia⁵

Abstract

The purpose of the present study was to Complete this sentence about the purpose of the study The research population included 7 to 12-year-old ahvaz children with symptoms of anxiety. Three Anxious by the age of 7... 7 to 12 years old and their mothers were selected using purposeful sampling. Non-congruent multiple baseline experimental single case study was used as the method of the present study. The efficacy of Acceptance and Commitment based Therapy Protocol was carried out in three phases of intervention (Baseline, 12 session treatment and 1 month follow-up) by using the-Spence Children's Anxiety Scale- Parent form and Parenting Stress index- short form delete. Data were analyzed with visuals inspection, improvement percentage and reliable change index (RCI) strategies. The results presented the positive effect of acceptance-and-commitment-based parenting education on treatment's targets. Moreover, this training was able to reduce not only the children's anxiety but the parenting stress of mothers as well.

Key words: key words are: parenting stress, anxiety, acceptance and commitment-based treatment

1*. (Corresponding author), Ph.D student of counseling, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran. Email: k-tardast@stu.ac.ir

2. Associate professor, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran

3. Associate professor, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran

4. Associate professor, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran

5. Assistant professor, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran