PAYESH

Volume 20, Issue 1 (January - February 2021)

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]

[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

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

Kowsar Tardast [1], Abbas Amanelahi[1*], Gholamreza Rajabi [1], Khaled Aslani [1], Khdije Shiralinia [1]

1. Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Received: 5 July 2020
Accepted for publication: 20 February 2021
[EPub a head of print-1 March 2021]
Payesh: 2021; 20 (1):91-107

Abstract

Objective (s): The present study aimed to evaluate the effect of acceptance and commitment-based parenting education on children's anxiety and parenting stress of mothers.

Methods: Non-congruent multiple baseline experimental single-case studies were used as the method in the current study. Three anxious children and their mothers were selected through purposeful sampling in Ahvaz, Iran. The effectiveness of acceptance-and-commitment-based parenting education protocol was carried out in three phases (baseline assessment, 12 session treatment, and 1-month follow-up) by using the Spence Children's Anxiety Scale-Parent Form and the Parenting Stress Index– Short Form). The data were analyzed by visual mapping, reliable change index and recovery percentage formula. The direction changes, PND, and POD were the most important variables of visual analysis of trend changes.

Results: The mothers and children's reliable change indices were significant in all the instances except for the second mother and child. The subjects' recovery percentage showed that the results of the reliable change indices and recovery percentages are consistent.

Conclusion: Acceptance and commitment-based parenting education can reduce parenting stress and children's anxiety by increasing parent's acceptance, mindfulness, and moving toward parenting values.

Key Words: acceptance and commitment-based parenting, anxiety, parenting stress

[*] Corresponding author: Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
E-mail: a.amanelahi@scu.ac.ir

سال بیستم، شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۳۹۹

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]

[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب کودکان و استرس فرزندپروری مادران

کوثر تردست[1]، عباس امان الهی[1*]، غلامرضا رجبی[1]، خالد اصلانی[1]، خدیجه شیرالی نیا[1]

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۳۰

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۱ اسفند ۹۹]

نشریه پایش: ۱۰۷-۹۱:(۱)۲۰؛۱۳۹۹

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب کودکان و استرس فرزندپروری مادران بود.

مواد و روش کار: جامعه پژوهش، کودکان ۷ تا ۱۲ ساله اهوازی با نشانه‌های اضطراب بودند که بدین منظور سه کودک ۷ تا ۱۲ ساله با نشانه‌های اضطراب 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 آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی سه مرحله (خط پایه، درمان ۱۲ جلسه‌ای و پیگیری ۱ ماهه) با استفاده از پرسشنامه‌های اضطراب کوکان اسپنس- فرم والد و فرم کوتاه پرسشنامه استرس فرزندپروری آبیدین مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. از جمله مهمترین متغیرهای تحلیل دیداری، تغییرات روند، تغییرات جهت، PND و POD بود.

یافته ها: شاخص‌های تغییر پایای مادران و کودکان نشان داد که شاخص همه آزمودنی‌ها در مرحله‌ی پیگیری به جز در مادر و کودک سوم معنادار بوده است. بررسی درصدهای بهبودی آزمودنی‌ها نشان داد که تغییرات درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا هماهنگ و همسو با هم است.

نتیجه گیری: آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش پذیرش، ذهن‌آگاهی و حرکت در جهت ارزش‌های فرزندپروری والدین می‌تواند باعث کاهش استرس فرزندپروری آنها و اضطراب کودکان شود.

کلیدواژه: استرس فرزندپروری، اضطراب، فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد

کد اخلاق: IR.ACECR.IBCRC.REC.1395.6

* نویسنده پاسخگو: اهواز، بلوار گلستان، دانشگاه شهید چمران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

E-mail: a.amanelahi@scu.ac.ir

مقدمه

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که بی‌توجهی به مسائل و مشکلات عاطفی- روانی این دوران، ناسازگاری‌ها و اختلالات روانی در نوجوانی و بزرگسالی را موجب خواهد شد. یکی از مسائلی که ممکن است در دوران کودکی به وجود بیاید و زمینه-ساز مشکلاتی در آینده شود اضطراب است. اضطراب نوع شایعی از آسیب‌شناسی روانی در میان کودکان و بزرگسالان است[۱]. اضطراب کودکان و بزگسالان گاهی با سطح ترس، نگرانی، شکایات جسمی و رفتارهای اجتناب کننده اغراق‌آمیزی همراه است [۲]. از سوی دیگر، اضطراب به عنوان ابزار مهمی برای حفاظت از آسیب شناخته می‌شود و بنابراین یک احساس ارزشمند و عملکردی است. در رشد طبیعی، کودکان همزمان با اینکه مراحل مختلف انتقال را می‌گذرانند، سطوح اضطراب افزایش می‌یابد [۳]. از سوی دیگر 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 می‌مانند [۴]. بررسی اضطراب در کودکان نشان می‌دهند که والدین هم در شکل‌گیری و هم در حفظ اضطراب کودکان خود نقش مهمی دارند [۵]. به استثنای آسیب‌پذیری ژنتیکی نسبت به اضطراب، شیوه‌های فرزندپروری والدین با اضطراب در فرزندان همبستگی دارند [۶]. ارتباط بین والدین و فرزندان مانند یک خیابان دو طرفه است. والدین به طریقی رفتار می‌کنند که روی کودک تأثیر می‌گذارد. کودک پاسخ می‌دهد، و پاسخ او بر والدین تأثیر می‌گذارد و اقدام بعدی آنها را تنظیم می‌کند و این روال به همین صورت ادامه دارد [۷]. روش‌های مختلفی برای کاهش علائم اضطراب وجود دارد که از جمله آنها تجویز دارو، آموزش والدین، اصلاح رفتار و درمان شناختی (اگر سن کودک کافی باشد) است. در ارتباط با آموزش والدین، نوعی فرزندپروری با عنوان "فرزندپروری با رویکرد پذیرش و تعهد" مطرح است [۷]. در این آموزش، نکات و مؤلفه‌هایی که برگرفته از نظریه پذیرش و تعهد است به والدین آموزش داده می‌شود و شش فرآیند درمانی اصلی از قبیل پذیرش، گسلش، ارزش، اقدام متعهدانه، تماس با لحظه حال و "خود به عنوان زمینه" در این آموزش‌ها گنجانده شده است. تنها چند مطالعه برای بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد به عنوان آموزش والدین منتشر شده است[۹-۸]. یکی از متغیرهایی که در آموزش والدین به شیوه پذیرش و تعهد تحت تأثیر قرار می‌گیرد استرس فرزندپروری است که این تأثیرپذیری هم نشأت گرفته از تحقیقات انجام شده توسط فرزندپروی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است و هم منطق نظری که در مورد فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. کوین و ویلسون یک منطق نشأت گرفته از نظریه برای استفاده از ذهن-آگاهی در آموزش والدین ارائه دادند. به طور خاص، آنها بحث می-کنند که چگونه همجوشی شناختی می‌تواند منجر به الگوهای فرزندپروری ناکارآمد شود. به عنوان مثال، اگر والدی اینگونه فکر کند که "من والد بدی هستم"، او طوری به این فکر پاسخ خواهد داد که انگار این فکر واقعاً درست است. به این ترتیب زمانی که این افکار بروز پیدا می‌کند والد احتمالاً یا تلاش می‌کند درخواست‌های کودک را به طور کامل اجابت کند یا اینکه با آنها مخالفت کند، برای مثال در فرشگاه مواد غذایی. از آنجایی که والد برای ذهن‌آگاه بودن در مورد تجربه‌ی کودک در این لحظه حضور ندارد، او نمی-تواند به طور مؤثر به کودک پاسخ دهد. در عوض، والد به افکار خودش پاسخ می‌دهد. به طور کلی درمان پذیرش و تعهد (حداقل در نظریه) می‌تواند به ایجاد واکنش‌های سازگارانه‌تری به بدرفتاری کودکان به‌وسیله ارتقای گسلش شناختی و ذهن‌آگاهی در والدین کمک کند. علاوه بر این، درمان پذیرش و تعهد، والدین را برای انجام این کار با متصل کردن آنها به ارزش‌هایشان و تقویت اقدام متعهدانه با انگیزه می‌کند [۱۰]. گرکو و ایفرت ادغام درمان پذیرش و تعهد با مداخلات آموزش رفتاری والدین را، مخصوصاً برای تعارض بین والدین و نوجوانان پیشنهاد کرده‌اند. آنها پیشنهاد می‌کنند که اجتناب تجربی نقش مهمی در به وجود آمدن و تداوم تعارضات ایفا می‌کند. به طور خاص، هم والدین و هم نوجوانان در تلاش برای جلوگیری از احساسات دردناک و ناراحت کننده، اغلب به شیوه‌هایی که تسکین کوتاه مدت را فراهم می‌کنند، اما در دراز مدت با جهت ارزش‌های آنها متناقض است رفتار می‌کنند. همانطور که والدین و نوجوانان پذیرش بیشتر افکار و احساسات خود و ذهن‌آگاه‌تر بودن در طول تعاملات چالش‌برانگیز را یاد می‌گیرند توانایی رفتار در راه-های انعطاف‌پذیرتر را که منطبق بر ارزش‌های آنهاست را پیدا خواهند کرد [۱۱].

از سوی دیگر آموزش والدین برای ایجاد مسیرهای ارتباطی جدید، اغلب به الگوهای رفتاری مثبت در فرزندانشان منجر می‌شود. به بیان دیگر تغییر در رفتارهای والدین و نحوه برخورد آنها با فرزندانشان موجب تغییر در رفتارهای کودک خواهد شد [۱۲]. در همین راستا و در ارتباط با اضطراب کودکان می‌توان گفت توجه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

اساسی والدین نسبت به رفتارهای منفی فرزند ممکن است به طور ناخواسته منجر به درگیر شدن در خدمات سلامت روان کودک باشد، همچنانکه رفتارهای منفی معمولاً تمرکز تشخیص و درمان هستند [۱۳]. به این معنا که متخصصان سلامت روان ممکن است سهواً والدین را برای توجه به رفتارهای منفی "آموزش دهند" و یک برچسب تشخیصی برای چنین رفتارهایی یا خود کودک به کار ببرند ("بیش‌فعال"، "اوتیستیک"، "مخالف") که در نتیجه دیدگاه والدین در مورد کودکشان بیشتر جنبه‌های منفی رفتارهای آنها را شامل می‌شود [۱۴]. بدون شک توجه بی‌طرفانه ممکن است یکی از اساسی‌ترین پایه‌های فرزندپروری خوب باشد [۱۴]. هنگامی که والدین نسبت به تمامی اظهارات فرزندشان بدون قضاوت توجه می‌کنند، می‌توانند با حساسیت بیشتری به نیازهایشان پاسخ دهند و کودکان احساس می‌کنند درک شده و مورد توجه قرار گرفته‌اند [۱۵]. و همین نگاه و طرز برخورد والدین در ارتباط با اضطراب فرزندشان، فشار کمتری بر کودک خواهد آورد و کودک بهتر خواهد توانست رفتارهای اضطرابی خود را کاهش دهد. در حمایت از این دیدگاه، پژوهشی نشان داده است که والدینی که ذهن‌آگاه‌تر بودن را گزارش می‌دهند مهارت‌های فرزندپروری مثبت‌تری را نشان می‌دهند [۱۶].

از آنجایی که کودکان مضطرب نسبت به کودکان غیر مضطرب توانایی کمتری در ارزیابی مجدد سناریوهای منفی دارند [۱۷] و می‌توان گفت این کودکان تمایل بیشتری به قضاوت در مورد وقایع دارند و همچنین همین الگو را مادرانشان نیز نشان می‌دهند و کودکان این الگو را از مادرانشان یاد می‌گیرند [۱۸] و از سوی دیگر یادآور شدیم که هدف اصلی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرورش ذهن‌آگاهی در والدین و اثربخشی آن بر روی کودکان است، بنابراین در این پژوهش به دنبال بررسی فرضیه "آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای اضطراب کودکان و استرس فرزندپروری مادران تأثیر دارد" هستیم.

مواد و روش کار

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک که گاهی آن را آزمایش تک‌آزمودنی می‌نامند [۱۹]، استفاده شده است. از بین طرح‌های آزمایشی تک موردی در پژوهش حاضر از طرح تجربی"خط پایه چندگانه استفاده گردید. زیرا این نوع از طرح ها، ابزار پژوهشی مناسبی برای کارهای عملی بالینی در تعیین اثربخشی مدل‌های درمانی بالینی است [۲۰]. در این گونه طرح‌ها شرایط آزمایشی به دقت کنترل می شود و متغیر مستقل نیز به طور منظم در مورد آزمودنی اعمال می گردد. از این رو طرح های آزمایشی تک موردی نسبت به بررسی های موردی از نظر کنترل شرایط ناخواسته مناسب ترند [۲۱]. این طرح‌ها امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبودی علائم را در طول درمان در آزمودنی ها و بین آزمودنی های دیگر نسبت به خط پایه فراهم می کند [۲۲]. به طور کلی این طرح ها سه ویژگی متمایز دارند: ۱. اندازه‌گیری مکرر رفتار هدف در موقعیت آزمایشی، ۲. اجرای هر موقعیت آزمایشی برای هر شرکت کننده و ۳. تحلیل اثر موقعیت آزمایشی برای هر شرکت کننده [۲۳].

جامعه آماری این پژوهش شامل کودکان ۷ تا ۱۲ ساله اهوازی و مادران آنها در سال است که توسط معلمان و والدین آنها برای شرکت در این پژوهش معرفی شدند که از این تعداد ۳ کودک ۷ تا ۱۲ ساله به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و براساس مصاحبه و نمره مقیاس تجدیدنظرشده اضطراب آشکار کودکان [۲۴] جزء 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 پرسش نامه‌ها 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 یا 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

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.

در این مطالعه از چند مقیاس اندازه‌گیری بهره گرفته شد:

- مقیاس اضطراب کودکان اسپنس: اولین فرم مقیاس اسپنس توسط اسپنس در استرالیا طراحی شد [۲۵]. 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 گویه سازمان انتشارات و نسخه والدین شامل ۳۸ گویه 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 ۴ 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 [۲۶]. در این پژوهش از فرم والد این پرسشنامه استفاده شده است. در پژوهشی، پایایی این پرسشنامه برای خرده‌مقیاس‌ها به روش آلفای کرنباخ بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۰ و نمره کل ۰/۶۲ گزارش شده است [۲۷]. در پژوهشی که توسط موسوی، مرادی، فرزاد، مهدوی‌هرسینی و اسپنس (۲۰۰۷) در یک نمونه ایرانی انجام شد، پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۷۵ و نمره کل ۰/۸۹ به دست آمد[۲۸]. در مطالعه وانگ، منگ، لیو 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 [۲۹].

- مقیاس تجدیدنظرشده اضطراب آشکار کودکان: 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 ریچموند مقیاس تجدیدنظرشده‌ی اضطراب آشکار کودکان، ارائه شده است [۳۰]. این پرسشنامه دارای ۳۷ گویه بوده و برای افرادی با دامنه سنی ۶ تا ۱۹ سال مناسب است. 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 است [۳۰]. استلارد، ولمن، لنگسفورد و بالدوین 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 [۳۱].در مطالعه انجام شده توسط کلاین و لست (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 [۳۰]. در پژوهش تقوی و علیشاهی (۱۳۸۲) اعتبار مقیاس از دو طریق آزمون مجدد و دو نیمه کردن بررسی گردید که به ترتیب ضرایب اعتبار ۶۷٪ و ۶۶٪ به دست آمد[۳۰]. در پژوهش مفرد، عاطف‌وحید و بیان‌زاده اعتبار این مقیاس ۰/۸۳ گزارش شده است [۳۲]. در پژوهشی که توسط تقوی و علیشاهی انجام شد، روایی مقیاس از دو طریق روایی تفکیکی و همبستگی گویه‌های مقیاس با نمره کل مقیاس محاسبه گردید. آزمون t مستقل، جهت بررسی روایی تفکیکی بین دو گروه بیماران اضطرابی و افراد بهنجار نشان داد که مقیاس اضطراب آشکار کودکان قادر است بین دو گروه تفکیک قائل شود. همچنین این مطالعه نشان داد که ت به همبستگی مثبت و معنی‌داری در مورد روایی همزمان سیاهه حالت- صفت اضطراب کودکان و مقیاس اضطراب آشکار کودکان دست یافتند [۳۳].

مقیاس استرس فرزندپروری (فرم کوتاه): فرم کوتاه مقیاس استرس فرزند پروری [۳۴] 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 (parental distress)، تعامل ناکارآمد والد- کودک (parent-child dysfunctional interaction) و کودک دشوار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

(difficult child) 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 [۳۴]. یک تحلیل عاملی توسط هاسکت و ایرن، وارد و الایر (۲۰۰۶) انجام شد. با این حال، این تحلیل منجر به یک ساختار دو عاملی شد[۳۵]. برای دست‌یابی به هدف این مطالعه، نمره کل این مقیاس استفاده می‌شود. در پژوهشی 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 [۳۶]. 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 [۳۴]. پروتکل آموزشی استفاده شده در این پژوهش در جدول در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها همانند سایر طرح‌های موردی از ترسیم چشمی (visual inspeetion) (تحلیل 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 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 کارآیی، روش شاخص تغییر پایا (RCI) را مطرح کردند که بعدها توسط کریستنسن و مندوزا به‌صورت یک فرمول اصلاح شده ارائه گردید [۳۷]. 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.

شیوه دیگری که در این پژوهش استفاده شد روش معناداری بالینی است. اگر درمان بتواند آماج تغییر یا بهبود معنادار بالینی را برگشت به کارکرد بهنجار در نظر می‌گیرند. به‌عبارتی 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 [۳۷].

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{نمره پس آزمون} - \text{نمره پیش آزمون}}{\text{نمره پیش آزمون}} \times ۱۰۰$$

برای سنجش عملیاتی کارایی بهبود تشخیصی از مصاحبه ساختار-یافته توسط درمانگر پس از پایان درمان و هم چنین از پرسش‌نامه ها استفاده می‌شود تا بهبود تشخیصی سنجیده شود. برای سنجش عملیاتی میزان کارایی بالینی نتایج پژوهش حاضر از ملاک‌های اینگرام، هیز و اسکات استفاده خواهد شد که عبارتند از:

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

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

۳- عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی چه‌قدر تغییر رخ داده است؟)

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

۵- ایمنی (آیا در اثر درمان سلامت روانی و جسمانی بیماران کاهش یافته است؟)

۶- ثبات (دستاوردهای درمان چه‌قدر دوام داشته‌اند؟)[۳۸].

شماره ۱ آمده است.

یافته‌ها

همانگونه که در جدول شماره ۲ آمده است دو پسر و یک دختر در این پژوهش شرکت کردند که دامنه سنی آنها بین ۸ تا ۱۰ سال بود. همه مادران شرکت‌کننده در این پژوهش حداقل دارای مدرک دیپلم بودند.

در جدول شماره ۳ به ترتیب آماره‌های توصیفی آزمودنی‌ها در اضطراب کودکان و مقیاس استرس فرزندپروری والدین ارائه شده است. همانگونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود. در مورد مادر اول در مقیاس استرس فرزندپروری، شاخص تغییر پایا در مرحله درمان ۲/۲۴ 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 نداشته است، که در اینجا نمره به دست آمده از ۱/۹۶ بزرگتر و معنادار است و این شاخص در مرحله پیگیری ۲/۴۴ است که به این معنی است آموزش اثرات خود را پس از پایان جلسات هم حفظ کرده است. اما در مورد کودک این مادر شاخص تغییر پایا در مرحله درمان ۱/۵۴ است که به معنای عدم معناداری آن است، اما این

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

شاخص در مرحله پیگیری به ۲/۳۵ رسیده است که نشان می‌دهد آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد در جلسات پایانی توانسته است تأثیر لازم را بر اضطراب کودک بگذارد. درصد بهبودی این مادر در مرحله درمان ۲۵٪ و در مرحله پیگیری ۲۹٪ و درصد بهبودی فرزندش در مرحله درمان ۲۰٪ است که با توجه به ملاک بلانچارد، درصد بهبودی زیر ۲۵٪ به معنای شکست در درمان است [۳۷]، اما این میزان بهبودی در مرحله پیگیری به ۲۴/۶۵٪ رسیده است که می‌توان گفت آموزش تأثیرات لازم را داشته است. در مورد مادر دوم شاخص تغییر پایا در مرحله درمان در متغیر استرس فرزندپروری ۱/۹۶ و در مرحله پیگیری ۲/۷۹ است که در هر دو مرحله معنادار و نشان‌دهنده تأثیر درمان است. شاخص تغییر پایا در متغیر اضطراب کودک این مادر در مرحله درمان ۱/۷۵ و در مرحله پیگیری ۲/۶۷ است که مانند کودک اول در مرحله پیگیری معنادار شده است. درصد بهبودی مادر در متغیر استرس فرزندپروری در مرحله درمان ۲۷٪ و در مرحله پیگیری ۳۴٪ است که نشان‌دهنده تأثیر آموزش بر روی مادر است. درصد بهبودی کودک در متغیر اضطراب در مرحله درمان ۲۰٪ و در مرحله پیگیری ۲۷٪ است. در مورد مادر سوم شاخص تغییر پایا در متغیر استرس فرزندپروری ۱/۳۳ و در مرحله پیگیری ۱/۴۱ است که در هر دو مرحله نتیجه به دست آمده معنادار نیست. شاخص تغییر پایا در متغیر اضطراب کودک در مرحله درمان ۱/۶۶ و در مرحله پیگیری ۱/۱۹ است که نتیجه اضطراب کودک هم معنادار نیست. درصد بهبودی مادر در متغیر استرس فرزندپروری در مرحله درمان ۱۱٪ و در مرحله پیگیری ۶٪ و درصد بهبودی کودک در متغیر اضطراب در مرحله درمان ۹٪ و در مرحله پیگیری ۷٪ است. همانطور که می‌توان دید نتایج شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در هر سه آزمودنی همسو و هم‌راستا با هم است.

گام بعدی تحلیل دیداری نمودار هر آزمودنی است. در تحلیل دیداری باید دو جنبه اساسی مورد بررسی قرار گیرد: سطح و روند (شیب یا زاویه). واژه سطح به اندازه داده‌ها بر روی محور y اشاره دارد. وقتی داده‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرند، دو جنبه اساسی در مورد سطح مطرح می‌شود: ثبات سطح و تغییر سطح. ثبات سطح، میزان تغییرپذیری دامنه مقادیر داده‌ها را در یک سری داده‌ها نشان می‌دهد. وقتی دامنه مقادیر کوچک است، داده‌ها ثبات دارند. به طور کلی، اگر ۸۰٪ نقاط داده‌های یک موقعیت در دامنه ۲۰ درصدی از میانه آن داده‌ها قرار گیرند، پژوهشگران سطح را ثابت در نظر می‌گیرند [۲۳]. برای محاسبه میانه یک سری داده، مقادیر نقاط داده‌ها از کم به زیاد مرتب می‌شود. اگر تعداد مقادیر مرتب شده فرد باشد، میانه مساوی است با نقطه وسط داده‌ها. اما اگر تعداد مقادیر زوج باشد، میانه از طرق میانگین دو نقطه میانی به دست می‌آید. سپس خط میانه داده‌ها موازی با محور x کشیده می‌شود و یک نوار ثبات روی خط میانه کشیده می‌شود. نوار ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم می‌شود. فاصله بین دو خط، میزان تغییر پذیری داده‌های ثابت را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۲۰-۸۰ درصدی، اگر ۸۰٪ نقاط داده‌ها رو یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (نوار ثبات) قرار گیرند، داده‌ها ثبات دارند. ثابت بودن سطح داده‌ها در موقعیت خط پایه از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است، به گونه‌ای که در صورت متغیر بودن سطح، پژوهشگر باید جمع‌آوری داده‌ها را تا رسیدن به یک سطح ثابت ادامه دهد. برخی پژوهشگران تحلیل‌های دیداری را براساس میانگین انجام می‌دهند. درست است که میانگین یک آماره آشنا است ولی معایبی دارد، مثلاً تحت تأثیر داده‌های پرت قرار می‌گیرد. به همین دلیل در تحلیل‌های دیداری میانه بیشتر از میانگین توصیه می‌شود. پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش ترسیم آزاد استفاده شد و محفظه ثبات خط روند براساس معیار ۲۰-۸۰ ی رسم شد. سپس شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و شاخص-های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین‌موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. PND نشان‌دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح 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 داشته است، کنترل آزمایشی کمتری دارد. همچنین هر چه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر (یا POD پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست [۲۳]. در نمودار شماره ۱روند تغییر نمره‌های اضطراب کودکان در هر سه آزمودنی آمده است و اطلاعات مربوط به نمودار شماره ۱ در جدول شماره ۴ و تحت عنوان متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین‌موقعیتی سه کودک در متغیر اضطراب مورد بررسی قرار گرفته است. همانطور که در جدول

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

شماره ۴ 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 هم سطح و افزایشی به کاهشی تغییر یافته است که این نشان‌دهنده اثربخشی آموزش‌ها بوده است. پس از آغاز مداخله در سطح نمرات تغییراتی ایجاد شده است و به طور کلی میانگین نمرات اضطراب، در آزمودنی اول از ۷۳/۵ در خط پایه به ۶۷/۶ در مداخله، در آزمودنی دوم از ۷۵ در مرحله خط پایه به ۶۸/۶ در مرحله مداخله و در آزمودنی سوم از ۷۷/۷۵ در مرحله خط پایه به ۴,۷۴ در مرحله مداخله رسیده است. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که مداخله در آزمودنی اول با ۸۰٪ اطمینان، آزمودنی دوم با ۶۰٪ اطمینان و آزمودنی سوم با ۸۰٪ اطمینان مؤثر بوده است. در نمودار شماره ۲ روند تغییر نمره‌های استرس فرزندپروری والدین در هر سه آزمودنی آمده است، و اطلاعات مربوط به نمودار شماره ۲ در جدول شماره ۵ و تحت عنوان متغیرهای تحلیل دیداری درون-موقعیتی و بین‌موقعیتی سه مادر در متغیر استرس فرزندپروری مورد بررسی قرار گرفته است. همانطور که در جدول شماره ۵ دیده می‌شود، 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 شده است و به طور کلی میانگین نمرات استرس فرزندپروری، در آزمودنی اول از ۱۴۰ در خط پایه به ۱۱۸/۶ در مداخله، در آزمودنی دوم از ۱۳۰/۶۶ در مرحله خط پایه به ۱۱۴/۲ در مرحله مداخله و در آزمودنی سوم از ۱۳۰/۵ در مرحله خط پایه به ۱۲۶/۲ در مرحله مداخله رسیده است. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که مداخله در آزمودنی اول با ۱۰۰٪ اطمینان، آزمودنی دوم با ۱۰۰٪ اطمینان و آزمودنی سوم با ۶۰٪ اطمینان مؤثر بوده است.

جدول۱: جلسات آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد

	محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی متغیر ذهن‌آگاهی و بودن در لحظه حال از طریق تمرین کشمش. ارائه تمرین‌هایی مانند مراقبه پیاده‌روی و فرزند به عنوان کشمش به عنوان تمرین خانگی
جلسه دوم	آشنا کردن والدین با ذهن‌شان از طریق تمثیل جزیره- کشتی و کمک به والدین در جهت شناخت موقعیت زمینه‌ای، نیازهای جزیره‌ای و رفتارهای جزیره‌ای‌شان
جلسه سوم	ورود به مبحث پذیرش از طریق تمثیل مهمان و تمثیل خانه سی متری و کمک به والدین برای پذیرش افکار
جلسه چهارم	آموزش مفهوم گسلش از طریق تمثیل کارخانه و معرفی ذهن به عنوان یک قصه گوی بزرگ. در این جلسه با کمک تمثیل‌های مختلف به والدین کمک شد تا خودشان را از افکارشان جدا ببینند.
جلسه پنجم	کار بر روی ارزش‌ها و حرکت در جهت آنها. کمک به والدین که ارزش‌های خود را بشناسند و بدانند مسیر درست برای رسیدن به ارزش‌هایشان کدام است. برای این منظور از تمثیل تشییع جنازه استفاده خواهد شد و ۷ مرحله تسریع ارزش‌ها با کمک والدین پیگیری خواهد شد.
جلسه ششم	اختصاص دادن این جلسه به مباحث رفتاری و چگونگی برخورد با رفتارهای درست و غلط کودکان
جلسه هفتم	صحبت در مورد اضطراب‌های کودکان و روش درست برخورد با اضطراب آنها
جلسه هشتم	صحبت در مورد اضطراب‌هایی مانند ترس از حیوان، و..... آموزش شیوه درست برخورد با آنها و همراه شدن با فرزندان برای درمان آنها

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی	جنسیت کودک	پایه تحصیلی کودک	سن کودک	تحصیلات مادر	فرزند چندم خانواده
اول	دختر	چهارم	۱۰	دیپلم	دوم
دوم	پسر	دوم	۸	لیسانس	اول
سوم	پسر	سوم	۹	لیسانس	اول

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

جدول ۳: روند تغییر نمره‌های کودکان در پرسش‌نامه‌ی اضطراب و نمره‌های مادران در پرسشنامه استرس فرزندپروری

گروه‌های درمانی	آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد			نمره‌های مادران در پرسشنامه استرس فرزندپروری		
	نمره‌های کودکان در پرسشنامه اضطراب					
مراحل آموزش	کودک اول	کودک دوم	کودک سوم	مادر اول	مادر دوم	مادر سوم
خط پایه‌ی اول	۷۳	۷۳	۷۷	۱۴۱	۱۳۵	۱۳۴
خط پایه‌ی دوم	۷۴	۷۸	۷۸	۱۳۹	۱۲۸	۱۳۰
خط پایه‌ی سوم	-	۷۴	۷۷	-	۱۳۰	۱۳۱
خط پایه‌ی چهارم	-	-	۷۹	-	-	۱۲۷
میانگین مراحل خط پایه	۷۳/۵	۷۵	۷۷/۷۵	۱۴۰	۱۳۰/۶۶	۱۳۰/۵
جلسه اول	۷۰	۷۵	۷۸	۱۳۳	۱۲۵	۱۳۱
جلسه‌ی سوم	۷۴	۷۵	۷۴	۱۲۴	۱۲۱	۱۳۱
جلسه‌ی ششم	۶۹	۷۰	۷۶	۱۱۵	۱۱۸	۱۲۶
جلسه‌ی نهم	۶۵	۶۵	۷۴	۱۱۶	۱۰۹	۱۲۴
جلسه دوازدهم	۶۰	۵۸	۷۰	۱۰۵	۹۸	۱۱۹
میانگین مراحل درمان	۶۷/۶	۶۸/۶	۷۴/۴	۱۱۸/۶	۱۱۴/۲	۱۲۶/۲
شاخص تغییر پایا (درمان)	۱/۵۴	۱/۷۵	۱/۶۶	۲/۲۴	۱/۹۶	۱/۳۳
درصد بهبودی پس از درمان	۱۷	۲۰	۹	۲۵	۲۷	۱۱
درصد بهبودی کلی پس از درمان	۱۵/۳۳				۲۱	
		پیگیری			پیگیری	
پیگیری یک ماهه	۵۵	۵۳	۷۴	۹۹	۸۹	۱۲۷
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۲/۳۵	۲/۶۷	۱/۱۹	۲/۴۴	۲/۷۹	۱/۴۱
درصد بهبودی پیگیری	۲۴/۶۵	۲۷	۷	۲۹	۳۴	۶
درصد بهبودی کلی پس از مرحله پیگیری	۱۹/۵۵				۲۲/۶۶	

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

درون موقعیتی								بین موقعیتی		
توالی موقعیت ها	A			B			مقایسه موقعیت	B A		
آزمودنی	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	آزمودنی	اول	دوم	سوم
طول موقعیت	۲	۳	۴	۵	۵	۵	تغییرات روند			
سطح							تغییرات جهت	کاهشی به هم سطح	کاهشی به افزایشی	کاهشی به افزایشی
میانه	۷۳/۵	۷۴	۷۷/۵	۶۹	۷۰	۷۴	اثر وابسته به هدف	مثبت	مثبت	مثبت
میانگین	۷۳/۵	۷۵	۷۷/۷۵	۶۷/۶	۶۸/۶	۷۴/۴	تغییر ثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات
دامنه تغییرات	۷۳-۷۴	۷۳-۷۸	۷۷-۷۹	۶۰-۷۴	۵۸-۷۵	۷۰-۷۸	تغییر در سطح			
محفظه ثبات	۶۶/۱۵	۶۶/۶	۶۹/۷۵	۶۲/۱	۶۳	۶۶/۶	تغییر نسبی	۵,۶۲ به ۷۳/۷۵	۶۱/۵ به ۷۸	۷۲ به ۷۸/۵
	۸۰/۸۵	۸۱/۴	۸۲/۲۵	۷۵/۹	۷۷	۸۱/۴				
تغییر سطح							تغییر مطلق	۷۰ به ۷۴	۷۵ به ۷۴	۷۸ به ۷۹
تغییر نسبی	۷۳/۷۵- ۷۳/۲۵	۷۳-۷۸	۷۷-۷۸/۵	۶۲/۵-۷۲	۶۱/۵-۷۴/۵	۷۲-۷۷	تغییر میانه	۶۹ به ۷۳/۵	۷۰ به ۷۴	۷۴ به ۷۷/۵
تغییر مطلق	۷۳-۷۴	۷۳-۷۴	۷۷-۷۹	۷۰-۶۰	۵۸-۷۵	۷۰-۷۸	تغییر میانگین	۶۷/۶ به ۷۳/۵	۶۸/۶ به ۷۵	۷۴/۴ به ۷۷/۷۵
روند							همپوشی داده‌ها			
جهت	هم‌سطح	افزایشی	افزایشی	کاهشی	کاهشی	کاهشی	PND	٪۸۰	٪۶۰	٪۸۰
ثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	POD	٪۲۰	٪۴۰	٪۲۰
مسیرهای چندگانه	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر				

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]

[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

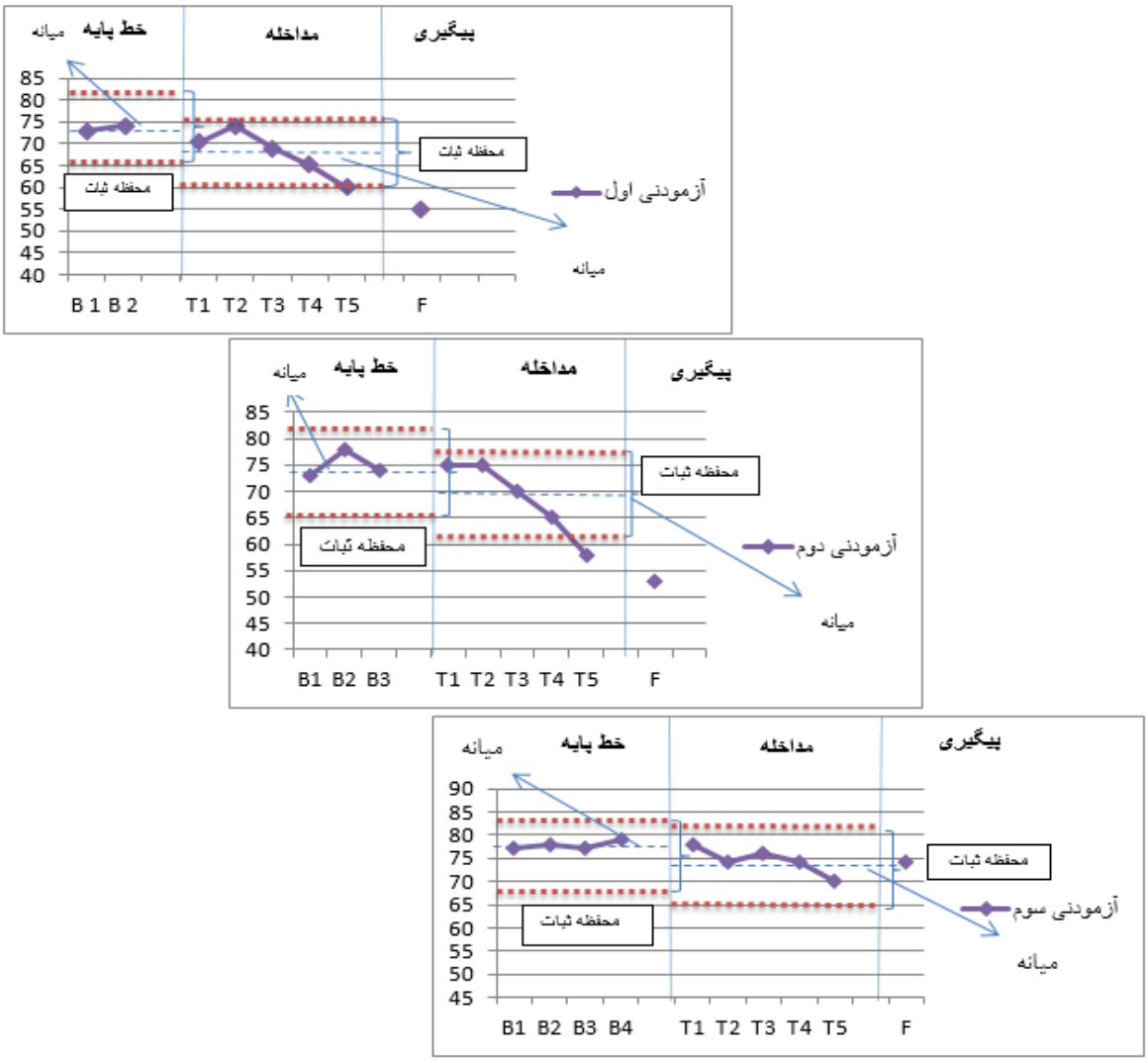
جدول۵: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی سه مادر در متغیر استرس فرزندپروری

درون موقعیتی							بین موقعیتی		
تـوالی موقعیـت ها	A			B			مقایسه موقعیت	B	
								A	
آزمودنی	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	آزمودنی	اول	دوم	سوم
طول موقعیت	۲	۳	۴	۵	۵	۵	تغییرات روند			
سطح							تغییرات جهت	کاهشی به کاهشی	کاهشی به کاهشی	کاهشی به کاهشی
میانه	۱۴۰	۱۳۰	۱۳۰/۵	۱۱۶	۱۱۸	۱۲۶	اثر وابسته به هدف	مثبت	مثبت	مثبت
میانگین	۱۴۰	۱۳۰/۶۶	۱۳۰/۵	۱۱۸/۶	۱۱۴/۲	۱۲۶/۲	تغییر ثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات
دامنه تغییرات	۱۴۱-۱۳۹	۱۳۵-۱۲۸	۱۳۴-۱۲۷	۱۳۳-۱۰۵	۱۲۵-۹۸	۱۳۱-۱۱۹	تغییر در سطح			
محفظه ثبات	۱۲۶	۱۱۷	۱۱۷/۴۵	۱۰۴/۴	۱۰۶/۲	۱۱۳/۴	تغییر نسبی	۱۱۰ به ۱۴۰/۵	۱۰۳/۵ به ۱۳۵	۱۲۱/۵ به ۱۳۲/۵
	۱۵۴	۱۴۳	۱۴۳/۵۵	۱۲۷/۶	۱۲۹/۸	۱۳۸/۶				
تغییر سطح							تغییر مطلق	۱۳۳-۱۳۹	۱۲۵-۱۳۰	۱۳۱-۱۲۷
تغییر نسبی	۱۴۰/۵- ۱۳۹/۵	۱۳۵-۱۲۸	۱۳۲/۵- ۱۲۸/۵	۱۲۸/۵-۱۱۰	۱۲۳-۱۰۳/۵	۱۳۱-۱۲۱/۵	تغییر میانه	۱۱۶ به ۱۴۰	۱۱۸ به ۱۳۰	۱۲۶ به ۱۳۰/۵
تغییر مطلق	۱۴۱-۱۳۹	۱۳۵-۱۳۰	۱۳۴-۱۲۷	۱۳۳-۱۰۵	۱۲۵-۹۸	۱۳۱-۱۱۹	تغییر میانگین	۱۱۸/۶ به ۱۴۰	۱۱۴/۲ به ۱۳۰/۶۶	۱۲۶/۲ به ۱۳۰/۵
روند							همپوشی داده‌ها PND	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۶۰
جهت ثبات	کاهشی باثبات	کاهشی باثبات	کاهشی باثبات	کاهشی باثبات	کاهشی باثبات	کاهشی باثبات				
مسیرهای چندگانه	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	POD	۰	۰	٪۴۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

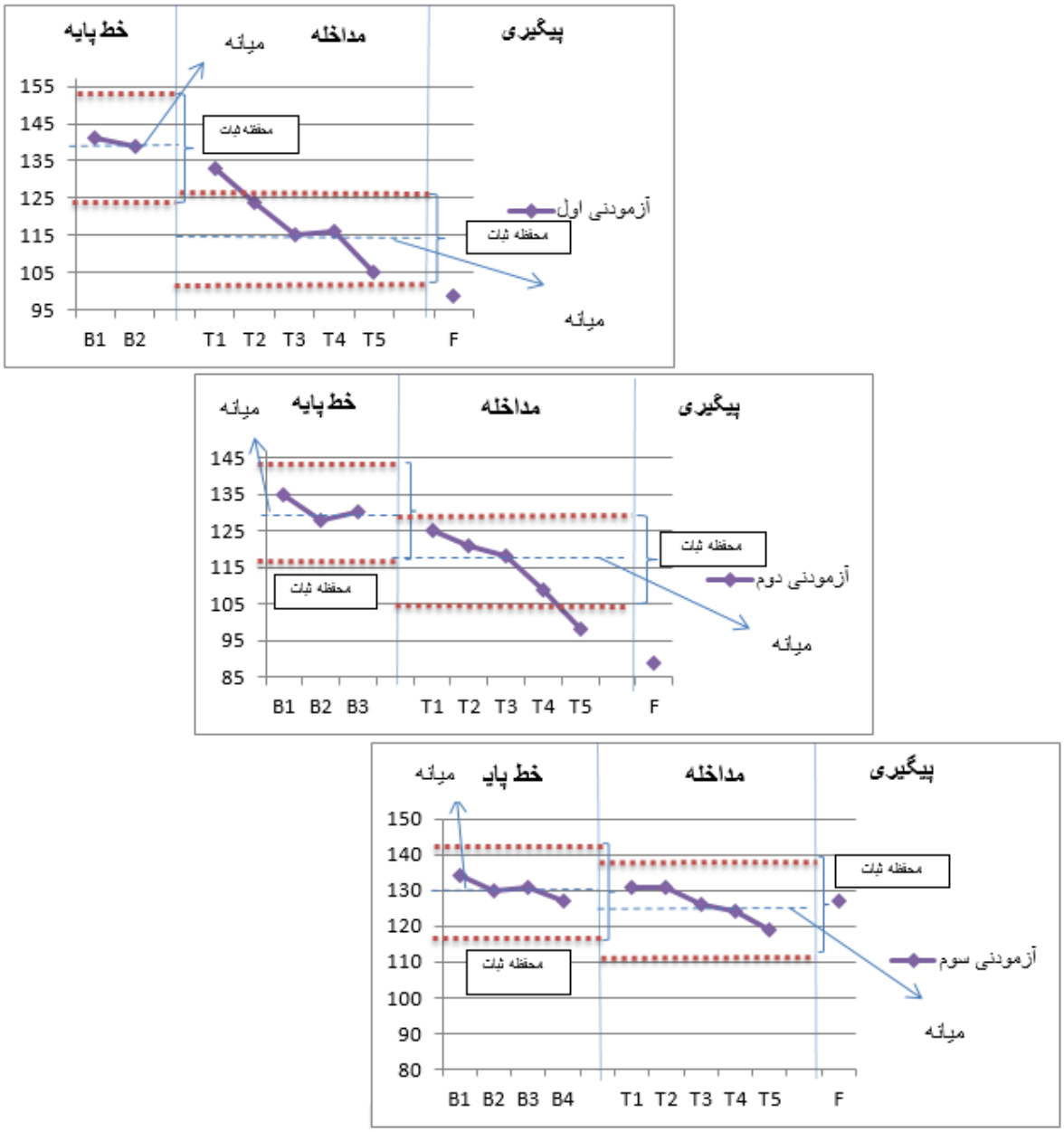
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]

[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]



نمودار ۱: روند تغییر نمره ای پرسشنامه اضطراب کودکان در هر سه آزمودنی و ترسیم خط میانه و محفظه ثبات در موقعیت خط پایه، مداخله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]



نمودار۲:روند تغییر نمره های استرس فرزندپروری والدین در سه مادر و ترسیم خط میانه و محفظه ثبات در موقعیت خط پایه و مداخله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نتیجه بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و استرس فرزندپروری بود که بر روی سه مادر و سه کودک انجام شد. این طرح‌های پژوهشی معمولاً بر روی بیش از یک نفر و با دو یا سه نفر شرکت کننده و گاه بیشتر انجام می‌شوند [۲۳]. 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 استفاده می‌کنیم [۳۸].

۱- اندازه تغییر (چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟): یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌داده‌اند که اکثر آزمودنی‌ها در متغیرهای وابسته تغییراتی را داشته‌اند. آنچه که در سراسر پژوهش به آن تأکید کردیم دو سویه بودن روابط والدین و فرزندان است. در این پژوهش مبحث دو سویه بودن روابط والدین و فرزندان به خوبی دیده می‌شود. همراه با تغییرات افزایشی یا کاهشی استرس فرزندپروری مادران در اضطراب کودکان هم این تغییرات به چشم می‌خورد (و برعکس). برای مثال در آزمودنی سوم، زمانی که به دلیل مشکلات زناشویی و مرگ پدر استرس فرزندپروری مادر افزایش یافت، اضطراب در کودک هم افزایش پیدا کرد. آزمودنی سوم شرایط ویژه‌ای داشت. در هنگام آغاز جلسات با کوله‌باری از مشکلات زناشویی وارد جلسه درمان شد؛ به گونه‌ای که نیاز مبرمی به جلسات زوج درمانی داشت. کشکمش‌های هر روزه با همسر فرصت و اجازه انجام تمرینات مربوط به جلسات آموزشی را به او نمی‌داد. در جلسات پایانی آموزش پدرش را هم از دست داد و به همین دلیل نمره استرس فرزندپروری پیگیری او افزایش یافت و به موازات استرس او، اضطراب هم در کودکش افزایش پیدا کرد. جدول ۳ نشان داد که در کل، میزان بهبودی مادران در متغیر استرس فرزندپروری ۲۱٪ و میزان بهبودی کودکان در متغیر اضطراب ۱۵/۳۳٪ بود و این میزان بهبودی در پایان یک ماهه پیگیری در مادران به ۲۲/۶۶ و در کودکان به ۱۹/۵۵٪ رسید.

در بررسی و تحلیل نتایجی که در این گروه درمانی به جز آزمودنی سوم رخ داده است می‌توان گفت که آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است استرس فرزندپروری مادران را کاهش دهد و کاهش این استرس بر کاهش اضطراب کودکان هم تأثیر گذاشته است. اتفاقاً در مورد آزمودنی سوم هم می‌توان نتیجه‌ای موازات با دو آزمودنی قبلی به دست آورد. به گونه‌ای که با افزایش استرس فرزندپروری مادر، اضطراب کودک هم افزایش پیدا کرده است و خود این مورد هم تأیید کننده دو سویه بودن روابط والدین و فرزندان است. پس می‌توان اینگونه هم تفسیر کرد که در صورت فراهم بودن شرایط برای این مادر و بهره‌مندی از نتایج این آموزش می‌توانستیم به کاهش اضطراب کودک هم امیدوار می‌بودیم. اتفاقاً در مورد نتیجه‌ای که در مورد این مادر به دست آمده است می‌توان پی برد که اختلافات زناشویی می‌تواند استرس فرزندپروری مادران و و اضطراب کودکان را افزایش دهد و لازم است در بحث اضطراب کودکان مسئله اختلافات زناشویی را هم مدنظر قرار داد.

در تبیین دوسویه بودن روابط والدین و فرزندان می‌توان اینگونه گفت که به طور قطع تأثیر مربوط به آموزش‌های والدین ابتدا متوجه خود والد خواهد شد. براساس مبانی نظری موجود در پذیرش و تعهد آنچه که باعث استرس و اضطراب در فرد می‌شود همجوشی شناختی است. همجوشی شناختی به این معناست که فرد افکار منفی که دارد را واقعیت می‌داند و سعی می‌کند بر اساس این افکار در موقعیت‌های مختلف پاسخ دهد. در فرزندپروری ذهن-آگاهانه و پذیرش و تعهد تلاش می‌شود که والد یاد بگیرد در هر لحظه به نیاز کودک پاسخ دهد نه به افکار خود [۱۰]. والد در ارتباط با فرزندان خود ممکن است نگرانی‌ها و مقایسه‌هایی را در ذهن خود انجام دهند که براساس تمرینات آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، یاد می‌گیرد از افکار خود فاصله بگیرد و بتواند گسلش شناختی را در خود تقویت کنند. زمانی که افکار را فقط افکاری بداند که در ذهنش وجود دارد و نه واقعیت، همین طرز نگاه استرس والد را کم خواهد کرد. مهارت‌های ذهن‌آگاهی در والد تقویت خواهد شد؛ او یاد می‌گیرد در لحظه باشد و تماس خود را با لحظه کنونی حفظ کند. تعبیرها و تفسیرها و برداشت‌های شخصی خود را کنار بگذارد و تنها به واقعیت چیزی که در همان لحظه اتفاق افتاده است توجه کند. به جای اجتناب و فرار از واقعیت، والد پذیرش را تمرین خواهد کرد و افکار و احساسات خود را می‌پذیرد [۱۱]. در نتیجه این آموزش، والد ارزش‌های زندگی خود را می-شناسد و در هر لحظه و هر موقعیتی براساس این ارزش‌ها، رفتارها و عکس‌العمل‌های خود را در قبال موقعیت‌های استرس‌آور و در ارتباط با فرزند خود مدیریت خواهد کرد. تمامی این آموزش‌ها دست به دست هم خواهد داد تا نگاه و نحوه برخورد والد با موقعیت‌های دشواری که در زندگی و در ارتباط با فرزندش پیش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

می‌آید تغییر کند و استرس فرزندپروری او به نحو چشم‌گیری کاهش یابد.

تنها چند مطالعه برای بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد به عنوان آموزش والدین منتشر شده است. [۹-۸]. از طرفی تحقیقات زیادی مؤید ارتباط قوی بین استرس والدین و متغیرهای مرتبط مانند افسردگی مادر، اضطراب جدایی در کودکان و اضطراب در دوران کودکی است [۳۹-۳۴]. پس به لحاظ ارتباطی که بین این متغیرها وجود دارد می‌توان گفت زمانی که استرس فرزندپروری مادران کاهش می‌یابد اضطراب کودکان هم تحت تأثیر قرار می‌گیرد و فروکش می‌کند.

در مورد ارتباط و تأثیر فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب کودکان به طور مستقیم تحقیقی صورت نگرفته است اما با توجه به نتایج تحقیقات مشابه و منطق مربوط به نظریه این آموزش، می‌توان آن را تبیین کرد. آنچه که می‌تواند باعث اضطراب یک کودک شود سوق دادن او به سمت خواسته‌های موجود در ذهن والدین و مقایسه او با هم‌سن و سالانش است. در این آموزش والدین یاد می‌گیرند که به نیازهای کودکانشان توجه کنند و آنها را بدون قضاوت نگاه کنند و با حساسیت بیشتری به فرزندانشان پاسخ دهند. این آموزش‌ها فشار روانی را از روی کودک برمی‌دارد. تغییر در نحوه برخورد والدین قطعاً باعث تفاوت در رفتار کودکان خواهد شد.

همانگونه که کابات‌زین عنوان می‌کند: آموزش والدین برای ایجاد مسیرهای ارتباطی جدید، اغلب به الگوهای رفتاری مثبت در فرزندانشان منجر می‌شود. به بیان دیگر تغییر در رفتارهای والدین و نحوه برخورد آنها با فرزندانشان موجب تغییر در رفتارهای کودک خواهد شد [۱۲].

در این درمان به والدین کمک شد تا متوجه ریشه اصلی رفتارهای نادرست خود که همان ذهنشان است شوند. زیرا اعتقاد بر این است که حلقه گم شده در فرزندپروری، ذهن والدین است. گاهی والدین در ارتباط با رفتارهای نادرست و یا اشتباه فرزندان که ممکن است ناشی از سن کودک باشد، آنچنان تحت تأثیر ذهنشان قرار می‌گیرند که به گونه‌ای واکنش نشان می‌دهند که رفتارهای اشتباه فرزندان را نه تنها تقویت می‌کند بلکه مشکلات رفتاری دیگری مانند اضطراب و استرس را در فرزندان ایجاد خواهد کرد. گاهی والدین در زندگی از ارزش‌های خود دور می‌شوند و یا اینکه تصور می‌کنند راه‌هایی که برای رسیدن به ارزش‌هایشان در ارتباط با فرزندشان انتخاب کرده‌اند درست و منطقی است و فرزندانشان را هم ملزم به اطاعت از این روش‌ها می‌کنند. دریغ از این که همین روش‌ها اضطراب و استرس و دیگر مشکلات رفتاری را در فرزندانشان ایجاد خواهد کرد. در آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد که والدین با ذهنشان روبرو می‌شوند، ارتباط والد با افکارش تغییر خواهد کرد. پذیرش و گسلش نسبت به این افکار در او شکل خواهد گرفت و به والد کمک خواهد شد که در ارتباط با ارزش‌هایش گام‌هایی اساسی بردارد که همین اقدام موجب بهتر شدن رابطه والد و فرزند خواهد شد. در جلسات پایانی مادر یاد می‌گیرد که روش‌های نادرست برخورد با اضطراب کودکش را بشناسد و روش‌های صحیح مواجه با اضطراب کودکش را یاد بگیرد و در ارتباط با فرزندش به کار ببرد. مجموعه این آموزش‌ها باعث می‌شود آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد هم بر استرس فرزندپروری مادران و هم اضطراب کودکان تأثیر داشته باشد. همانطور که در آزمودنی اول و دوم هم دیده می‌شود که اضطراب در جلسات پایانی درمان نسبت به جلسات قبل کاهش بیشتری پیدا کرده است و این امر را می‌توان به آموزش‌های مربوط به جلسات پایانی در آموزش والدین نسبت داد.

۱- کلیت تغییر (چند درصد از افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟): نتایج مطالعه حاضر نشانه داد اکثر مادرانی که تحت آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار داشتند در متغیر استرس فرزندپروری بهبودهایی را از خود نشان دادند و همزمان با این تغییر نیز کودکان آنها در اضطراب وضعیت بهتری پیدا کردند.

۲- عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟): اگر چه در پژوهش حاضر مسائل شغلی و سایر حوزه‌های بین‌فردی 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 به جز مورد سوم در مورد اول و دوم در مراحل پیگیری به بهبودی معنادار دست یافتند که نشان‌دهنده بهبودی در روابط بین‌فردی است.

۳- ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟): اکثر آزمودنی‌های این پژوهش توانستند در اکثر هدف‌های درمانی (به غیر از مورد سوم) دستاوردهای درمانی خود را در مطالعات پیگیری حفظ کنند.

۵- میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟): حتی آزمودنی سوم با وجود مشکلات زناشویی بسیار زیاد تا آخرین جلسه حضور داشت که متاسفانه با مرگ پدرش نتوانست بهبود مورد انتظار را به دست

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

بیاورد. با توجه به این مسئله می‌توان این روش رو جزء روش‌هایی تلقی کرد که قابلیت پذیرش بالایی دارند.

۶- ایمنی (آیا در اثر درمان سلامت روانی و جسمانی آزمودنی‌ها کاهش یافته است؟): هر چند برای سنجش این متغیر، ابزاری عینی و استاندارد استفاده نشده است، اما طبق گزارش مراجعان درمان موجب گرفتاری و دردسر آنها نشده است. این پژوهش ممکن است با برخی از محدودیت‌ها مواجه باشد. برای مثال برخی از درمانگران اظهار کرده‌اند که انتظارات بیماران ممکن است در نتیجه درمان تأثیر بگذارد [۴۰]، 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. از سوی دیگر و با توجه به توصیه برخی از متخصصین پیشنهاد می‌شود این مطالعه به اشکال زیر تکرار شود: الف) تکرار کامل: اجرای مجدد پژوهش توسط همان پژوهشگر ب) تکرار حقیقی: اجرای مجدد مطالعه توسط پژوهش‌گران دیگر، با همین ابزارها ج) تکرار نظام‌مند: اجرای همین پژوهش در جمعیت بالینی دیگر و با استفاده از ابزارهای دیگر [۴۱].

سهم نویسندگان

کوثر تردست: طراحی و اجرای مطالعه، نگارش مقاله
عباس امان الهی: راهنمایی، طراحی و اجرای مطالعه، نگارش مقاله
غلامرضا رجبی: همکاری در نگارش مقاله
خالد اصلانی: همکاری در نگارش مقاله
خدیجه شیرالی نیا: همکاری در نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

از شرکت‌کنندگان گرامی که صمیمانه همکاری لازم را برای اجرای این پژوهش داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد. از حمایت مالی معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه شهید چمران اهواز در قالب پژوهانه (GN: SCU.EM98.426) در انجام این پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, & Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2015: 56, 345–365

2. Wald N, Tadmor-Zisman Y, Shenaar-Golan V, Yatzkar U, Carthy T, & Apter A. Child–Mother Reappraisal and Child's Anxiety Among Anxious and Non-Clinical Groups. Journal of Child and Family Studies 2020: 29, 1642–1648

3. Nauta MH. Anxiety Disorders in Children and Adolescents*:* assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome. PhD Thesis of Philosophy, University of Groningen. 2005

4. Swain J, Hancock K, Dixon A, Koo S, & Bowman J. Acceptance and Commitment Therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2013: 14, 1-12

5. Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PMG, & Minderaa RB. Cognitive-Behavioural Therapy for Children With Anxiety Disorders in a Clinical Setting: No Additional Effect of a Cognitive Parent Training. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2003: 42, 1270-1278

6. Rapee RM. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. Clinical Psychology Review 1997: 17: 47-67

7. McCurry C. Parenting Your Anxious Child with Mindfulness and Acceptance. 1st Edition, New Harbinger Publications, Inc: Oakland, 2009

8. O'Brien K M. Evaluating the effectiveness of a parent training protocol based on an Acceptance and Commitment Therapy philosophy of parenting. Dissertation Prepared for the Degree of Doctor of Philosophy. University of North Texas 2011

9. Blackledge JT, & Hayes SC. Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. Child & Family Behavior Therapy 2006: 28: 1-18

10. Coyne LW, & Wilson KG. The role of cognitive fusion in impaired parenting: An RFT analysis. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2004: 4: 469-486

11. Greco LA, & Eifert GH. Treating parent-adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an integrative family therapy? Cognitive and Behavioral Practice 2004: 11: 305-314

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

12. Singh NN, Lancioni GE, Winton ASW, Fisher BC, Wahler RG, Mcaleavey K, Singh J, & Sabaawi M. Mindful Parenting Decreases Aggression, Noncompliance, and Self-Injury in Children With Autism. Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2015: 14: 169-177

13. Bögels SM, Lehtonen A, & Restifo K. Mindful parenting in mental health care. Mindfulness 2010; 1: 107–120

14. Bögels SM, Hellemans J, van Deursen S, Römer M, & van der Meulen A. Mindful Parenting in Mental Health Care: Effects on Parental and Child Psychopathology, Parental Stress, Parenting, Coparenting, and Marital Functioning. Mindfulness 2013: 5: 536-551

15. Duncan LG, Coatsworth JD, & Greenberg MTA Model of Mindful Parenting: Implications for Parent–Child Relationships and Prevention Research. Clinical Child and Family Psychology Review 2009: 12: 255–270

16. Williams KL, & Wahler RG. Are mindful parents more authoritative and less authoritarian? An analysis of clinic-referred mothers. Journal of Child and Family Studies 2010: 19: 230 –235

17. Carthy T, Horesh N, Apter A, Edge MD, & Gross JJ. Emotional reactivity and cognitive regulation in anxious children. Behaviour Research and Therapy 2010: 48, 384–393

18. Wald N, Carthy T, Shenaar-Golan V, Tadmor-Zisman Y, & Ziskind M. Influence of maternal negative emotion reactivity and cognitive reappraisal on child anxiety disorder. Depression and Anxiety 2018: 35: 353–359

19. Gal M, Borg W, & Gal J. Quantitative and qualitative research methods in Educational Sciences and Psychology. 2th Edition, Shahid Beheshti University and Samat Publications, Tehran 1995 [Persian]

20. Hayes SC, Barlow DH, & Nelson-Gray RO. The scientist practitioner: Research and accountability in the age of managed care. 2th Edition**,** Allyn and Bacon: Boston, 1999

21. Heiman GV. Research method in psychology. 3th Edition, Houghton Mifflin company: Boston, 1998

22. Anderson CM, & Kim C. Evaluating treatment efficacy with single-case designs. In M. C. Roberts & S. S. Ilardi (Eds.), Handbook of research methods in clinical psychology (pp. 73-91). 1st Edition Malden, MA: Blackwell ,2003

23. Farahani H, abedi A, Aghamohamadi S, & Kazemi, Z. Applied principles of single case studies in behavioral sciences and medical research. 3th Edition, Psychology and Art 2018, Tehran [Persian]

24. Reynolds CR, & Richmond BO. What i think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. Journal of Abnormal Child Psychology 1978: 6: 271–280

25. Spence SH. Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. Journal of Abnormal Psychology 1997: 106: 280.97

26. Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. Behaviour Research and Therapy 1998: 36: 545-66

27. Spence S, Barrett P, & Turner C. Psychometric properties of the spence children's anxiety scale with young adolescents. Journal of Anxiety Disorders 2003: 17: 605-625

28. Mousavi R, Moradi AR, Farzad V, Mahdavi Harsini E, & Spence SH. Psychometric Properties of the Spence Children's Anxiety Scale with an Iranian Sample. International Journal of Psychology 2007:1: 17-26

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

30. Taghavi M, Alishahi M. Validity and reliability Children's Manifest Anxiety Scale. Journal of Psychology 2003: 7: 342-357 [Persian]

31. Stellard P, Velleman R, Langsford J, & Baldwin S. Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents. British Journal of Clinical Psychology 2011: 41: 197-218

32. Mofrad S, Atefeh Vahid MK, & Bayanzadeh S. Comparison of worries of anxious and normal children in schools of Dashtestan city. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2002: 8: 72-65 [Persian]

33. Carey MP, Faulstich ME, & Carey TC. Assessment of anxiety in adolescents: Concurrent and factorial validities of the Trait Anxiety scale of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory for Children. Psychological Reports 1994: 75: 331-338

34. Abidin, R. R. Parenting Stress Index, sth Edition, Professional Manual, FL: Psychological Assessment Resources, Inc: Odessa, 1995

35. Haskett ME, Ahern LS, Ward CS, & Allaire JC. Factor structure and validity of the Parenting Stress Index-Short Form. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 2006: 35: 302-312

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]

36. Fadaei Z, Dehghani M, Tahmasian K, Farhadei M. Investigating reliability, validity and factor structure of parenting stress- short form in mother`s of 7-12 year-old children. Journal of Research in Behavioural Sciences 2010: 8: 81-91 [Persian]

37. Imani M. The effictiveness 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 [Persian]

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

39. Deater-Deckard K. Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. Clinical Psychology. Science and Practice 1998: 5: 314-33

40. Prochaska J, Norcross JC. Theories of psychotherapy. Seyed Mohammadi, Yahya. 3 thEdition, Ravan Publishing: Tehran, 2007 [Persian]

41. Hamidpour Hassan. Comparison of the effectiveness of cognitive therapy with schema therapy in the treatment of women with generalized anxiety disorder: symptom reduction, performance improvement, change in mediating variables and the process of symptom change. PhD Thesis in Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. 2009 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.2.3]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.91]