

اثربخشی مداخله والد محور بر نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون سازی کودکان ۶ تا ۹ سال

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۷/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۹/۰۱

راضیه شهینی*، ایران داودی**، مهناز مهرابی زاده***، یداله زرگر****

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخله والد-محور بر نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون سازی کودکان ۶ تا ۹ سال شهر اهواز بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بود. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از مادران داوطلب واجد شرایط انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش یک دوره مداخله ۱۰ جلسه ای (هر هفته یک جلسه، به مدت ۲ ساعت) دریافت کردند و اعضای گروه کنترل نیز در انتظار مداخله قرار گرفتند. آزمودنی‌های هر دو گروه قبل از شروع مداخله، در پایان دوره (حدوداً ۲ ماه بعد)، و ۲ ماه پس از پایان دوره (در مرحله پیگیری)، به پرسشنامه‌های فهرست مشکلات رفتاری کودک و مقیاس اسپنس پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری و یک متغیری مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله والد-محور باعث کاهش نشانه‌های اضطراب ($F=۶۰/۶۷$ و $p \leq ۰/۰۰۱$) و مشکلات برون سازی ($F=۵۶/۲۲$ و $p \leq ۰/۰۰۱$) کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است، و نتایج درمانی ۲ ماه پس از پایان دوره در گروه آزمایش حفظ شده است.

نتیجه‌گیری: این مداخله می‌تواند در کاهش نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون سازی کودکان مورد استفاده قرار گیرد.
واژه‌های کلیدی: اضطراب کودکان، مشکلات برون سازی، مداخله والد محور.

raziyehshahni@gmail.com

davoudi_i@scu.ac.ir

m.honarmand@scu.ac.ir

zargar_y@scu.ac.ir

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

** استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

*** استاد، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

**** دانشیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه ریزی شده و شکل می‌گیرد. اغلب ناسازگاری‌ها و اختلالات روانی در نوجوانی و بزرگسالی، از بی‌توجهی به مسایل و مشکلات عاطفی-رفتاری دوران کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل ناشی می‌شود. با پذیرش این واقعیت، اخیراً توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان مشکلات و اختلالات دوران کودکی معطوف شده است [۱]. اختلالات دوران کودکی به دو طبقه اختلالات درونی سازی شده^۱ و برونی سازی شده^۲ تقسیم می‌شوند. گروه اول مشکلاتی هستند که در «خود» شخص وجود دارند مانند اضطراب، افسردگی، کناره‌گیری اجتماعی و شکایات جسمانی بدون علت جسمانی، در حالی که گروه دوم بیانگر تعارض‌ها با دیگران و انتظارهای آنهاست مانند برانگیختگی/ فزون کنشی، تضادورزی و منفی کاری و اختلال سلوک [۲].

بر اساس پژوهش‌هایی که در حوزه مراحل رشد و تحول کودک صورت گرفته است، می‌توان گفت ترس و اضطراب واکنشی طبیعی در مقابل خطر است و در سیر تحول کودکان و گذر آن‌ها از وابستگی به استقلال، بخشی از تحول بهنجار به شمار می‌آید. ترس و اضطراب زمانی نابهنجار تلقی می‌شود که سطح آشفتگی برانگیخته شده در مقابل محرک‌ها، نسبت به همسالان کودک بیشتر بوده و سبب پریشانی غیرقابل مهار گردد. بنابراین برای تشخیص اختلال اضطراب، باید بر تناسب شدت اضطراب با سن کودک و تخریب قابل توجه عملکرد تأکید شود [۳، ۴].

اختلال‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های روان-شناختی در دوره کودکی و نوجوانی است و شیوع آن در افراد زیر ۱۸ سال بین ۸/۳٪ تا ۲۷٪ است [۵]. در پژوهشی دیگر نرخ شیوع طول عمر اختلال‌های اضطرابی در کودکان و نوجوانان تقریباً ۳۰٪ گزارش شده است [۶]. بنابراین دوره کودکی و نوجوانی، سنین پرخطر ابتلا به اختلال‌های اضطرابی هستند. علاوه بر این، میزان بهبودی خود به خودی علائم اضطرابی کودکان و نوجوانان پایین بوده و در طول دوران رشد تداوم می‌یابد [۷].

سیر مزمن اختلال‌های اضطرابی، تداوم آن‌ها در سیر رشد، [۸]، همبودی با اختلال‌های دیگر و زمینه‌سازی بروز اختلال‌های دیگر در بزرگسالی (افسردگی، مصرف مواد، اضطراب در بزرگسالی، افسردگی اساسی و تلاش برای خودکشی) [۹-۱۱]، اهمیت تشخیص و درمان آن‌ها را در دوران کودکی برجسته تر می‌کند.

با توجه به شیوع و اهمیت اختلال‌های اضطرابی، روش‌های درمانی متعددی برای کاهش اضطراب کودکان طراحی شده است. برخی از این روش‌ها شامل درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌پویشی، مداخلات رفتاری، آموزش و درمان خانواده، رویکرد درمان جامع چندوجهی (شامل درمان شناختی-رفتاری^۳ انفرادی، آموزش خانواده، مداخله روانی-اجتماعی در سیستم خانواده و مداخله دارویی) و مداخلات شناختی-رفتاری (فردی و گروهی) است [۳]. البته نتایج اکثر پژوهش‌ها نشان می‌دهند از بین درمان‌های روان‌شناختی، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری از حمایت تجربی بیشتری برخوردار است [۱۰، ۱۲، ۱۳].

تنها در ۱۵ سال گذشته محققان به طور نظام‌دار استفاده از درمان شناختی-رفتاری را برای کودکان و نوجوانان مورد بررسی قرار داده‌اند. درمان شناختی-رفتاری به طور گسترده بر روی کودکان آزمایش نشده است، اما شواهدی وجود دارد که پیشنهاد می‌کند مدل رفتاری و شناختی برای آنها مؤثر است [۱۴-۱۷]. هرچند اجرای درمان شناختی-رفتاری بر روی خردسالان دشوار بوده و پژوهش‌های اندکی در این رابطه وجود دارد ولی با این حال در خصوص اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مورد کودکان اتفاق نظر وجود ندارد. از آنجا که درمان شناختی-رفتاری مستلزم تفکر بوده و علاوه بر این مشکلات رایجی که در هنگام درمان با کودکان بوجود می‌آید (بطور مثال: عدم برقراری ارتباط، بی‌میلی، عدم مسوولیت برای تغییر توسط کودکان و ...)، برخی پژوهشگران بجای استفاده از درمان شناختی-رفتاری در درمان اضطراب کودکان، اثر آموزش دادن این رویکرد به والدین را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. شواهد نشان می‌دهد که دخالت دادن والدین در درمان شناختی-رفتاری برای کودکان موجب دستیابی به منافع بیشتری می‌شود [۱۸-۲۰].

1- internalizing

2- externalizing

3- Cognitive-Behavior Therapy (CBT)

یافتند. نتایج این مطالعه شواهد بیشتری را برای نقش مهارت های مدیریت رفتاری فرزندپروری در کاهش اضطراب دوران کودکی نشان می دهد.

کارت رایت-هاتون و همکارانش [۲۱] یک برنامه درمانی به نام "از ترس تا شجاعت" را طراحی کردند، اگرچه این برنامه تا حد زیادی از اصول درمان شناختی-رفتاری اقتباس شده است، برای کمک به افزایش اعتماد کودکان مضطرب و کاهش مشکلات برون سازی آنها از اصول آموزش رفتاری والد نیز کمک گرفته است. طبق گزارش کارت رایت-هاتون و همکارانش این برنامه برای والدین کودکان دارای اختلالات اضطرابی اولیه طراحی شده است و در انواع اختلالات اضطرابی شامل اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر، اختلال هراس، فوبیای خاص و آگروفوبیا مورد ارزیابی قرار گرفته است. اما برای کودکانی که تشخیص اولیه آنها اختلال استرس پس از سانحه است آزمایش نشده، هر چند شمار قابل توجهی از کودکان دارای اختلالات اضطرابی که با این روش مداخله درمان شده اند، علایم اختلال استرس پس از سانحه را نیز داشتند. به طور مشابه، این نکته در مورد کودکان دارای تشخیص اولیه اختلال وسواس جبری نیز صدق می کند. بسیاری از کودکانی که والدین آنها در این برنامه شرکت کردند، به غیر از اضطراب مشکلات دیگری از جمله مشکلات رفتاری خفیف تا متوسط و اختلالات طیف اوتیستیک خفیف داشتند. نتایج نشان داد که این مداخله برای این کودکان نیز مفید و اثر بخش می باشد.

با توجه به شیوع و اثرات منفی اختلالات اضطرابی در کودکان، کمبود شواهد پژوهشی در زمینه تأثیر درمان شناختی-رفتاری در آنها و مشکلات اعمال این نوع درمان با کودکان، علاوه بر این ضعف والدین این کودکان در اجرای درست اصول فرزندپروری و اصلاح مشکلات برون سازی کودکان، در این پژوهش از برنامه درمانی والد-محوری استفاده شد، که هم شامل آموزش اصول درمان شناختی-رفتاری و هم آموزش شیوه درست فرزند پروری است. با توجه به مباحث مطرح شده، پژوهش حاضر از چند جهت می تواند حایز اهمیت باشد: از لحاظ نظری نتایج بدست آمده از این پژوهش ضمن پیوند با بدنه علمی، در

در مدل های شناختی اختلالات روانی چنین فرض می شود که مشکلات، ناشی از طرحواره ها و الگوهای هستند که در سال های اولیه زندگی به عنوان یک تجربه در کودکی کسب می شوند. این فرض که این طرحواره های ناکارآمد از دوران کودکی منشأ می گیرند و پیامد اشتباهات تربیتی والدین هستند محتمل بوده و توسط عده زیادی پذیرفته شده است. در واقع شواهد مبتنی بر تأثیر تربیت والدین در سال های اولیه زندگی بر اختلالات اضطرابی در حال افزایش است [۲۱].

از سوی دیگر می توان گفت همه کودکان، دارای سطحی از مشکلات رفتاری اند که به مرور زمان و با رشد کودک تغییر می کند، و آنچه بیشترین تأثیر را دارد، مهارت های فرزندپروری است. به گونه ای که مطالعات متعدد، از فرزندپروری به عنوان یکی از مؤثرترین عوامل در بروز، تداوم و بهبود مشکلات برون سازی کودکان یاد کرده اند [۲۲-۲۴]. نقش فرایندهای فرزندپروری در اضطراب کودک، نسبت به نقش آن در مشکلات رفتاری دیگر کمتر مورد توجه واقع شده است. پژوهش های انجام شده در سال های اخیر نشان داده اند، فرایندهای فرزندپروری برای کودکان با مشکلات درون سازی هم مهم هستند، اما مطالعات درباره اثربخشی مداخلات فرزندپروری در درمان اضطراب دوران کودکی در مرحله نوپایی قرار دارد. بعضی از نویسندگان پیشنهاد می کنند که کودکان مضطرب نسبت به سایر کودکان در برابر اثرات فرزندپروری آسیب پذیری بیشتری دارند [۲۵]. کیفیت فرزندپروری می تواند برای کودکانی با سرشت مضطرب/بازداری شده، به طور خاص مهم باشد [۲۶، ۲۷].

به دلیل شواهدی حاکی از اینکه اضطراب کودک با فرزندپروری مرتبط است و کودکان مضطرب ممکن است به طور خاص نسبت به اثرات فرزندپروری ضعیف آسیب پذیر باشند، کارت رایت-هاتون [۱] اثر یک برنامه استاندارد آموزش رفتاری والد را بر نشانه های درون سازی گروهی از کودکان مورد بررسی قرار دادند. اگر چه ۴۳ کودک در ابتدا با مشکلات برون سازی ارجاع شده بودند، اما مشکلات درون سازی قابل توجهی نیز داشتند. بعد از دریافت مداخله استاندارد فرزندپروری رفتاری، نشانه های درون سازی به اندازه نشانه های برون سازی به طور معنی داری کاهش

ابزار

۱- برنامه کلیدی برای اختلال عاطفی و اسکیزوفرنیا- نسخه وضعیت حاضر و گستره عمر: برنامه کلیدی در سال ۲۰۰۰ توسط امبروسینی^۱ برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله طراحی شد. این مصاحبه نیمه ساختار یافته حاوی سوالات چندگانه است و برای تصریح بیشتر نشانه‌ها تدوین شده است. ابزار یاد شده اطلاعات مربوط به تشخیص فعلی و تشخیص‌های گستره عمر را آشکار می‌کند. KSADS تشخیص را بر اساس DSM-IV ارزیابی می‌کند. پرسشنامه شامل ۳ بخش است: در بخش اول اطلاعات کلی مانند خصوصیات جمعیت شناختی کودک، وضعیت عمومی، نحوه ارتباط با همسالان و خانواده و اطلاعاتی در مورد مدرسه جمع‌آوری می‌گردد. بخش دوم شامل سوالات غربالگری و تعیین معیارهایی است که علائم روانپزشکی خاص را بررسی می‌کند. اگر علائم مثبت وجود داشته باشد در مصاحبه غربالگری، یک لیست علائم تکمیل‌کننده به منظور ارزیابی سایکوپاتولوژی پر خواهد شد. حضور و شدت علائم از طریق ترکیب گزارش مصاحبه‌کننده، والدین و کودک تعیین می‌گردد. اختلالات خلقی، سایکوتیک، اضطرابی، رفتار مخرب، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن و تیک به وسیله این پرسشنامه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بخش سوم یک ارزیابی کلی است که برای تعیین سطح عملکرد کودک در وضعیت فعلی انجام می‌شود. اعتبار و پایایی این پرسشنامه برای ارزیابی و تشخیص اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ایرانی به اثبات رسیده است [۲۸، ۲۹]. در این پژوهش از این مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته برای تأیید تشخیص اختلال اضطرابی در کودکان و وجود پاره‌ای مشکلات برون‌سازی استفاده شد.

۲- فهرست مشکلات رفتاری کودک (CBCL): فهرست مشکلات رفتاری کودکان با ۱۱۳ ماده، بخشی از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ^۲ است که در سال ۱۹۹۱ توسط آخنباخ برای کودکان ۶-۱۸ ساله قابل استفاده است [۲]. نظام آخنباخ شامل مجموعه‌جمعی از فرم‌ها به منظور ارزشیابی صلاحیت‌ها، کنشوری‌های سازشی و

جهت گسترش و بسط نظریه‌های علمی در این زمینه مفید خواهد بود. از لحاظ عملی، با توجه به اینکه کودکان مبتلا و والدین آن‌ها با مشکلات زیادی مواجه هستند، آموزش‌ها می‌تواند منجر به افزایش آگاهی والدین، کنترل اضطراب کودک و بهبود فرزندپروری والدین گردد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله والد-محور (برنامه درمانی "از ترس تا شجاعت") بر نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون‌سازی کودکان ۶-۹ سال انجام شد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر، یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل مادران کودکان ۶ تا ۹ سال مدارس شهر اهواز در سال ۱۳۹۳ می‌باشد، که توسط روانشناس بالینی بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5، برای کودکان آنها تشخیص اختلال اضطرابی مطرح شد و علاوه بر آن نشانه‌های مشکلات برون‌سازی را نیز داشتند. نمونه‌گیری پژوهش حاضر بر اساس نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه والدین در مدارس شهر اهواز انجام گرفت، بدین صورت که برای انتخاب نمونه یک فراخوان عمومی در بسیاری از مدارس ابتدایی شهر اهواز، توزیع گردید. از ۱۰۰ مادر داوطلب در فراخوان عمومی مصاحبه تلفنی توسط روانشناس بالینی انجام گرفت و سپس ۳۰ نفر از مادرانی که واجد شرایط و داوطلب شرکت در جلسات مداخله بودند انتخاب شدند. آزمودنی‌ها بطور تصادفی در گروه درمان (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. لازم بذکر است که جایگزینی تصادفی افراد در گروه‌ها و جایگزینی تصادفی درمان برای گروه نمونه رعایت شد. بنابراین نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ مادر با ملاک‌های ورود بود. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: داشتن کودک با علائم اولیه اختلالات اضطرابی و پاره‌ای مشکلات برون‌سازی، نداشتن اختلال متوسط تا شدید اوتیسم در کودک، نداشتن مشکلات یادگیری متوسط تا شدید در کودک یا والدین، دارا بودن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر و عدم استفاده از هر نوع درمانی برای کودک (از جمله درمان دارویی) طی دوره‌ای که مداخله در جریان است.

1- Ambrosini

2- Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)

مشکلات توجه و مشکلات دیگر، معرف قلمروهای دیگر مشکلات کودک (c) هستند. مجموع نمره‌های مقیاس‌های a، b و c نمره کل را به دست می‌دهد که معرف مشکلات رفتاری کودک است. این نمره‌های خام با مراجعه به جدول‌های هنجاری و مقایسه با هنجارها در قلمروهایی که مستلزم توجه بالینی، حد آستانه توجه بالینی و زیرآستانه بالینی هستند قرار می‌گیرند. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس‌های شایستگی در سطح قابل قبولی قرار دارند و دامنه آنها از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ برای CBCL است. با عنایت به تعداد اندک پرسش‌ها و متفاوت بودن شکل آنها و با توجه به اینکه سؤال‌ها به گونه‌ای طراحی و تهیه شده‌اند که انواع شایستگی‌ها و توانمندی‌ها را بررسی کنند، مقادیر آلفا کرونباخ در سطح مورد انتظار و رضایت بخش قرار دارند. برای برآورد ثبات زمانی نمره‌های مقیاس‌ها فرم CBCL با فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته توسط ۱۳۴ نفر از والدین، دانش‌آموزان و معلمان مجدداً تکمیل شد. تمام ضریب‌های همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بودند. در فرم CBCL بالاترین و پایین‌ترین ضریب‌های همبستگی به ترتیب ۰/۹۷ (مشکلات برونی‌سازی شده) و ۰/۴۲ (رفتار پرخاشگرانه)، و بالاترین و پایین‌ترین ضریب‌های همبستگی به ترتیب ۰/۶۳ (انزوا/افسردگی) و ۰/۳۲ (شکایت‌های جسمانی) است [۳۰]. این آزمون در ایران روی ۱۸۸۰ دانش‌آموز ۷ تا ۱۱ ساله هنجاریابی شده است. بیشترین میزان آلفای کرونباخ سه نسخه پدر/مادر، معلم و کودک ۰/۹۰ [۳۱]، ۰/۹۳ [۳۲] و ۰/۸۲ [۳۳] بود. در مورد روایی سازه، همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش مشکلات رفتاری - هیجانی با نمره کلی این بخش در سه نسخه پدر/مادر، معلم و کودک در این پژوهش‌ها ۰/۸۸-۰/۶۲ [۳۱]، ۰/۹۱-۰/۴۴ [۳۲]، ۰/۵۱-۰/۸۵ [۳۳] و همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش مهارت‌ها با نمره کلی این بخش در سه نسخه پدر/مادر، معلم و کودک ۰/۸۲-۰/۲۴ [۳۱]، ۰/۹۳-۰/۷۷ [۳۲] و ۰/۸۷-۰/۶۴ [۳۳] به دست آمده است. آلفای کرونباخ، همبستگی میان نسخه‌های هم‌متا، همبستگی میان خرده‌مقیاس‌ها با نمره کلی بخش مربوطه و نقطه‌های برش به دست آمده نشانگر اعتبار سازه و

مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان است. فرم‌ها توسط والدین یا جانشین‌های والدین، کودکان و نوجوانان، و معلم‌ها تکمیل می‌شوند. برخلاف اغلب فرم‌های استاندارد شده، در این فرم‌ها امکان انعکاس دیدگاه‌های خاص افراد با پاسخ به پرسش‌های باز فراهم شده و دستیابی به بهترین خصیصه‌ها و شدیدترین نگرانی‌ها درباره کودکانی که ارزشیابی می‌شوند میسر است. افزون بر CBCL، دو فرم موازی برای سنین ۶ تا ۱۸ نیز تدارک دیده شده است، فرم خودگزارش دهی نوجوان^۱ و فرم گزارش معلمان^۲ که مقایسه دیدگاه‌های مختلف درباره کنشوری کودک را آسان می‌سازند. هر فرم از دو بخش تشکیل شده است، که بخش اول آن "صلاحیت" نام دارد و شامل سه مقیاس فعالیت، مقیاس اجتماعی و مقیاس مدرسه است. بخش دوم به تشخیص مشکلات رفتاری بر اساس دو ملاک نمره گذاری مبتنی بر DSM-IV و تحلیل عاملی می‌پردازد و زیرمقیاس‌های متفاوتی دارد. در نمره گذاری مبتنی بر DSM شش زیرمقیاس و دو مقیاس بالینی وجود دارد که زیرمقیاس‌ها شامل مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات بدنی، مشکلات مربوط به بیش‌فعالی/نقص تمرکز، مشکلات تضادورزی و مشکلات رفتار هنجاری است و از مجموع نمره‌های مشکلات عاطفی و مشکلات اضطرابی، مقیاس مشکلات رفتار درونی سازی شده و از مجموع نمره‌های مشکلات مربوط به بیش‌فعالی/نقص تمرکز، مشکلات تضادورزی و مشکلات رفتار هنجاری، مقیاس مشکلات رفتار برونی سازی شده کودک مشخص می‌شود. در نمره گذاری مبتنی بر تحلیل عاملی سه مقیاس مشکلات درونی سازی شده (a)، برونی سازی شده (b)، و قلمروهای دیگر مشکلات کودک (c) و نه زیرمقیاس وجود دارد و مشکلات رفتاری کودک با زیرمقیاس‌های اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی، شکایت‌های جسمانی مقیاس مشکلات درونی سازی شده (a) به دست می‌آید؛ مجموع نمره‌های زیرمقیاس‌های نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه مقیاس مشکلات رفتاری برونی سازی شده (b) کودک را نشان می‌دهد و مجموع نمره‌های زیرمقیاس‌های مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر،

1- Youth's Self Report (YSR)

2- Teacher's Report Form (TRF)

CBCL که توسط والدین تکمیل می‌شود به منظور سنجش مشکلات برون‌سازی کودکان استفاده شد.

۴- تکمیل پرسشنامه فهرست مشکلات رفتاری کودکان (CBCL) و پرسشنامه اسپنس توسط مادرانی که کودکانشان هم توسط روانشناس بالینی و هم بر اساس مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته KSADS-PL، تشخیص اختلال اضطرابی گرفته و همچنین مشکلات برون‌سازی داشتند.

۵- قراردادن افراد در فهرست درمان یا انتظار بر اساس شماره‌های تصادفی که از قبل تنظیم شده بود.

۶- اجرای جلسات بر اساس برنامه‌ی درمانی "از ترس تا شجاعت" اثر کارت رایت-هاتون و همکاران (۲۰۱۰) در قالب ۱۰ جلسه، هفته‌ای یکبار به مدت دو ساعت در مورد والدین گروه درمان به صورت گروهی.

۷- انجام ارزیابی مجدد گروه درمان پس از اجرای مداخله درمانی و اجرای دومین مرحله ارزیابی افراد گروه کنترل پس از دو ماه انتظار.

۸- انجام ارزیابی سوم هر دو گروه (پیگیری)، دو ماه پس از ارزیابی دوم.

۹- اجرای یک جلسه برای گروه کنترل و ارائه جزوات مربوط به دوره آموزشی.

برنامه درمانی "از ترس تا شجاعت": این برنامه شامل مؤلفه‌هایی از دو طبقه گسترده مداخله است که فواید آنها برای گروه‌های دیگری از مراجعان نشان داده شده است. اولین طبقه درمان شناختی-رفتاری برای اضطراب است و دومین طبقه آموزش رفتاری والد می باشد، مداخله‌ای مبتنی بر یک نظریه یادگیری اجتماعی و رفتاری که به طور گسترده به والدین کودکان دارای مشکلات رفتاری کمک می‌کند.

منظور از مداخله گروهی مبتنی بر والدین "از ترس تا شجاعت" در این پژوهش، برنامه درمانی است که بر اساس راهنمای گام به گام این درمان، در قالب ۱۰ جلسه هفتگی ۲ ساعت اجرا شده است [۲۱]. محتوای جلسات این برنامه درمانی بصورت خلاصه در ادامه ارائه خواهد شد:

جلسه اول: مقدمه برنامه و مفاهیم مقدماتی (نقش توجه والدین در رفتارهای دوران کودکی، دلایل اختلال‌های اضطرابی، مقدمه‌ای بر درمان شناختی-رفتاری شامل

پایایی مناسب این ابزار برای ارزیابی مهارت‌ها و مشکلات رفتاری کودکان است [۳۱-۳۳]. در این پژوهش از مقیاس اسپنس ۳- مقیاس اسپنس^۱: اولین فرم مقیاس اسپنس توسط اسپنس در استرالیا طراحی شد [۳۴]. هدف از ساخت این مقیاس، اندازه‌گیری و ارزیابی اضطراب کودکان ۸-۱۵ ساله براساس طبقه بندی تشخیصی و آماری DSM-IV 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 فکری-عملی، آسیمیگی-بازارهراسی، اضطراب فراگیر و ترس از صدمات جسمانی است. نمره گذاری بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی (هرگز، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) تنظیم شده و نمره کلی، حاصل مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها است. هرچه نمره کلی بالاتر باشد، اضطراب بیشتر است. بر اساس گزارش اسپنس [۳۵]، این پرسشنامه از ویژگی‌های روانسنجی مطلوبی برخوردار است، به طوری که پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی برابر با ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است. در پژوهشی دیگر، پایایی نسخه والدین این پرسشنامه برای کودکان ۸-۴ ساله، به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. از این پرسشنامه برای سنجش اضطراب کودکان در این پژوهش استفاده شده است [۳۶].

روند اجرای پژوهش: در اجرای پژوهش حاضر مراحل زیر دنبال شده است:

۱- اعلام فراخوان عمومی در بسیاری از مدارس ابتدایی شهر اهواز.

۲- انجام مصاحبه تلفنی اولیه توسط روانشناس بالینی با ۱۰۰ نفر از مادران داوطلب شرکت در این دوره آموزشی (در این مصاحبه تلفنی ملاک‌های ورود بررسی شد).

۳- انجام مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان (KSADS-PL) با مراجعانی که توسط روان‌شناس بالینی تشخیص اختلال اضطرابی گرفته و پاره‌ای مشکلات برون‌سازی هم داشتند.

1- Spence Children Anxiety Scale (SCAS)

مقایسه تفاضل نمرات پس آزمون-پیش آزمون، و تفاضل نمرات پیگیری-پیش آزمون دو گروه استفاده شده است. جدول یک میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های کودکان را در متغیرهای وابسته اضطراب و برون سازی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. نگاهی به نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای اضطراب و مشکلات برون سازی در دو گروه آزمایش و کنترل، قبل از شروع کارآزمایی بالینی به یکدیگر نزدیک بوده است، و پس از آن در گروه آزمایش تغییر چشمگیری داشته است.

همانطور که قبلاً اشاره کردیم برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده گردید. لذا قبل از تحلیل داده‌ها، به بررسی مفروضه‌های این تحلیل پرداخته شد. مفروضه‌های اصلی شامل بهنجار بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی کواریانس‌ها می‌باشد [۳۷]. در پژوهش حاضر جهت بررسی بهنجار بودن از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید، که در مورد هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نمی‌باشد که نشان دهنده نرمال بودن این متغیرهاست (اضطراب: $p=0/34 > 0/05$ و برون سازی: $p=0/71 > 0/05$). بنابراین، بهنجار بودن توزیع نمره‌های متغیرها در جامعه پژوهشی تأیید شد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در این پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که یافته‌های مربوط به آزمون لوین بر روی متغیرهای وابسته پژوهش معنی‌دار نمی‌باشد (اضطراب: $p=0/681 > 0/05$ و $0/172$ ، $F(1,28)=0/369 > 0/05$ ، برون سازی: $p=0/834$ و $F(1,28)=0/28$). بنابراین، واریانس گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای پژوهش بطور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید گردید. در این پژوهش قبل از تحلیل داده‌ها، برای بررسی همگنی کواریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد. آزمون ام باکس نشان می‌دهد کواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته مربوط به دو گروه در جامعه برابر است و یا تفاوت در جامعه صفر می‌باشد ($p=0/711 > 0/05$ و $F=0/459$ و $MB\Box=1/492$). لذا شرط همگنی ماتریس/کواریانس رعایت شد.

افکار، احساسات و رفتار، و هفت فکر اطمینان بخش، نکاتی در مورد رژیم غذایی، کافئین و موارد روتین جلسه دوم: امنیت دادن به پیوند والد-کودک از طریق بازی (ساختن ارتباط والد-کودک و ایجاد اعتماد به نفس با انجام بازی‌هایی با محوریت کودکان، و تشویق والدین به انجام این گونه بازی‌ها به مدت حداقل ۱۰-۵ دقیقه در روز) جلسه سوم: درک اضطراب کودکان (پاسخ جنگ و گریز، اجتناب، نقش افکار، احساسات و رفتار در اضطراب، الگوگیری از والدین در حالت اضطراب)

جلسه چهارم: استفاده از تحسین برای ایجاد اعتماد در کودکان (تحسین برای تمام رفتارهای خوب و شجاعانه، ارائه نکاتی در مورد استفاده مؤثر از تحسین، استفاده از سلسله مراتب ترس برای مهار کردن ترس کودکان) جلسه پنجم: استفاده از پاداش برای انگیزه دادن به کودکان (استفاده از پاداش و جدول ستاره برای تشویق رفتارهای خوب و شجاعانه)

جلسه ششم: تنظیم محدودیت برای رفتار کودکان مضطرب (استفاده از دستورهای واضح و با آرامش برای کنترل رفتارهای دشوار)

جلسه هفتم: استفاده از نادیده گرفتن برای مدیریت رفتار کودکان (عدم توجه به منظور فرونشاندن رفتارهای نامطلوب خفیف و جستجوی منابع اضطراب)

جلسه هشتم: مدیریت نگرانی کودکان (گوش دادن، حل مسأله، آزمایش رفتاری، حواس پرت کردن و تنظیم زمان نگرانی)

جلسه نهم: مدیریت رفتار بسیار دشوار: زمان سکوت و پیامدها (آموزش استفاده از پیامدها و زمان سکوت در یک کودک مضطرب)

جلسه دهم: در پایان: مرور، مدیریت مدرسه، جشن (جمع بندی، بازنگری، پیشگیری از عود، کمک به مدرسه برای کنترل کودک، اعطای گواهی و جشن).

یافته‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر آمار توصیفی، بدلیل برقرار نبودن مفروضه‌های اصلی تحلیل کواریانس چند متغیره از تحلیل کواریانس چند متغیره برای

1- Thoughts, Feelings and Behavior (TFB)

2- Seven Confident Thoughts

جدول ۱) آماره توصیفی اضطراب و برون‌سازی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه

متغیر	موقعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۱	۱۵/۱۱
		کنترل	۳۸/۷۳	۱۲/۹۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۲/۲۰	۷/۹۳
		کنترل	۴۰/۵۳	۱۳/۹۲
	پیگیری	آزمایش	۲۴	۸/۸۴
		کنترل	۴۱/۰۶	۱۱/۸۹
برون‌سازی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷	۴/۸۸
		کنترل	۱۷/۴۰	۴/۵۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰/۲۶	۵/۹۶
		کنترل	۱۶/۹۳	۳/۸۲
	پیگیری	آزمایش	۹/۶۶	۷/۴۱
		کنترل	۱۸/۷۳	۴/۱۸

خطی متغیرها در گروه آزمایش و گروه کنترل می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت بررسی این تفاوت تحلیل واریانس یک راهه روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول دو ارائه شده است.

در پژوهش حاضر دو فرضیه کلی مطرح شد. جهت بررسی فرضیه نخست که شامل اثربخشی درمان می‌باشد، تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات تفاضل پس‌آزمون-پیش‌آزمون انجام گرفت. با توجه به مقدار لامبدای ویلکز ($P \leq 0.001$, $F=60.56$) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان دهنده معنی‌داری ترکیب

جدول ۲) تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه نمره‌های تفاضل پس‌آزمون از پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	p	اندازه اثر
گروه	اضطراب	۳۱۸۲/۷۰	۱	۳۱۸۲/۷۰	۶۰/۶۷	≤ 0.001	۰/۶۸
	برون‌سازی	۲۹۴/۵۳	۱	۲۹۴/۵۳	۵۶/۲۲	≤ 0.001	۰/۶۶

نتایج مندرج در جدول دو نشان می‌دهد که تحلیل واریانس یک راهه در متغیرهای اضطراب ($P \leq 0.001$ و $F=60.67$) و برون‌سازی ($P \leq 0.001$ و $F=56.22$)، معنی‌دار می‌باشد. بر این اساس می‌توان بیان کرد که بین شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر اضطراب و مشکلات برون‌سازی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین مداخله گروهی والد-محور توانسته است نمرات اضطراب و مشکلات برون‌سازی آزمودنی‌های گروه درمان را در مقایسه با گروه کنترل، نسبت به پیش‌آزمون از آغاز مداخلات کاهش دهد. جهت بررسی فرضیه دوم که شامل اثربخشی درمان در مرحله پیگیری بود، تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات تفاضل پیگیری-پیش‌آزمون انجام گرفت. با توجه به مقدار لامبدای ویلکز ($P \leq 0.001$ و $F=60.56$) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان دهنده معنی‌داری ترکیب خطی متغیرها در گروه آزمایش و گروه کنترل می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت بین گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت بررسی این تفاوت تحلیل واریانس یک راهه روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول سه ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول دو نشان می‌دهد که تحلیل واریانس یک راهه در متغیرهای اضطراب ($P \leq 0.001$ و $F=60.67$) و برون‌سازی ($P \leq 0.001$ و $F=56.22$)، معنی‌دار می‌باشد. بر این اساس می‌توان بیان کرد که بین شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر اضطراب و مشکلات برون‌سازی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین مداخله گروهی والد-محور توانسته است نمرات اضطراب و مشکلات برون‌سازی آزمودنی‌های گروه درمان را در مقایسه با گروه کنترل، نسبت به پیش‌آزمون از آغاز مداخلات کاهش دهد. جهت بررسی فرضیه دوم که شامل اثربخشی درمان در مرحله پیگیری بود، تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات تفاضل پیگیری-پیش‌آزمون انجام گرفت. با توجه به مقدار لامبدای ویلکز ($P \leq 0.001$ و $F=60.56$) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان دهنده معنی‌داری ترکیب

جدول ۳) تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه نمره های تفاضل پیگیری از پیش آزمون متغیرهای پژوهش

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	p	اندازه اثر
گروه	اضطراب	۲۸۰۳/۳۲	۱	۲۸۰۳/۳۳	۴۸/۰۵	$\leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۳
	برون سازی	۵۶۳/۳۳	۱	۵۶۳/۳۳	۴۲/۷۸	$\leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۰

در تبیین یافته های پژوهش حاضر می توان گفت از یک سو از درمان شناختی-رفتاری و آموزش اصول آن به والدین کودکان مضطرب استفاده شده است، درمانی که در خط اول درمان های روانشناختی برای اختلالات اضطرابی می باشد. این برنامه با آموزش ماهیت اضطراب و درک اضطراب کودکان از طریق توضیح پاسخ جنگ و گریز، اجتناب، نقش افکار، احساسات و رفتار در اضطراب و الگوگیری از والدین در حالت اضطراب، به والدین کمک می کند تا متخصص کودک خود شوند. هدف این است که والدین با درک عمیق تری درباره کودکانشان، مشکلات آنها و خودشان به عنوان والدین، و یادگیری شیوه درست مواجهه و تنظیم سلسله مراتب ترس، شیوه حل مسأله و آزمایش رفتاری، و تنظیم زمان نگرانی برای کودکانشان، برنامه را به پایان برسانند. از سوی دیگر این برنامه از چارچوب آموزش رفتاری والد نیز کمک گرفته است. در سال های اخیر، مشخص شده است که فرایندهای والدگری علاوه بر نقشی که در مشکلات برونی سازی کودکان دارند، برای کودکانی که مشکلات درونی سازی (از جمله اضطراب) را نشان می دهند نیز مهم هستند. در این برنامه به نقش فرایندهای فرزندپروری در اضطراب کودک و مشکلات رفتاری وی توجه شده است. برای انجام این کار والدین مهارت هایی نظیر در نظر گرفتن زمانی خاص برای بازی با کودک در جهت امنیت دادن به رابطه والد-کودک، دادن توجه مثبت برای رفتارهای خوب و شجاعانه، استفاده از تحسین و پاداش، نادیده گرفتن رفتارهای منفی، تنظیم محدودیت، استفاده از تنبیه، پیامدها و زمان سکوت برای کودکان مضطرب را فرا می گیرند. نتایج این مطالعه نشان می دهد که تربیت در یک محیط گرم، آرام و پایدار به همراه تشویق رفتارهای مطلوب و اعتمادبخش باعث کاهش اضطراب و مشکلات رفتاری کودکان می شود. یکی دیگر از نکات مثبت این برنامه حضور مادران در جلسات درمانی است. زیرا از سویی یافته های پژوهشی بیانگر این مطلب هستند که والدین در درمان کودکان مبتلا

نتایج مندرج در جدول سه نشان می دهد که تحلیل واریانس یک راهه در متغیرهای اضطراب ($F=48/05$) و برون سازی ($P \leq 0/001$ و $F=42/78$)، معنی دار می باشد. بر این اساس می توان بیان کرد که بین شرکت کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر اضطراب و مشکلات برون سازی تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین می توان استنباط نمود که اثربخشی مداخله گروهی والد-محور بر کاهش نشانه های اضطراب و مشکلات برون سازی کودکان در مرحله پیگیری همچنان حفظ شده است.

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مداخله والد-محور بر نشانه های اضطراب و مشکلات برونسازی کودکان ۶ تا ۹ سال مبتلا در شهر اهواز بود. برای تبیین یافته ها، ابتدا خلاصه ای از نتایج فرضیه های پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان بر متغیرهای وابسته در مراحل پس آزمون و پیگیری ارایه می گردد.

نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که این روش درمانی در کاهش نشانه های اضطراب و مشکلات برون سازی کودکان مؤثر است. این یافته تأییدی بر کارایی درمان شناختی-رفتاری و آموزش رفتاری والد در درمان نشانه های اضطراب می باشد که پیش از این در پژوهش هایی (۱۵، ۲۶، ۲۷، ۳۸-۴۴) مورد تأیید قرار گرفته بود. همچنین نتایج این پژوهش تأییدی بر کارایی آموزش رفتاری والد در کاهش مشکلات برونسازی کودکان می باشد که با پژوهش های بسیاری (۴۵-۴۹) همخوانی دارد. بطور اختصاصی تر یافته های این پژوهش هم راستا با یافته های پژوهش پیشین در مورد کارایی برنامه درمانی "از ترس تا شجاعت" است که توسط کارت رایت-هاتون و همکارانش نشان داده شد. پژوهش اخیر یک آزمایش تصادفی کنترل شده در مورد برنامه درمانی "از ترس تا شجاعت" است، که نتایج آن حاکی از اثربخشی این مداخله می باشد (۵۰).

راه آشکار سازند تا تعمیم نتایج را به نمونه های ایرانی در حد قابل اطمینان تری میسر گرداند. همچنین از آنجایی که پژوهش حاضر فقط با کمک مادران این کودکان انجام گرفته است، پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی از هر دو والد کمک گرفته شود. امید است پژوهش های آتی با غلبه بر این محدودیت ها و بازبینی اندازه گیری های متغیرهای پژوهش بتواند به تعمیم بیشتر یافته ها کمک کند.

منابع

- 1- Cartwright-Hatton S, McNally D, White C, Verduyn C. Parenting skills training: an effective intervention for internalizing symptoms in younger children? *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2005; 18(2): 45-52.
- 2- Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles: an integrated system of multi-informant assessment Burlington. Burlington: University of Vermont. 2001.
- 3- Martin A, Volkmar FR, Lewis M. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook :Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
- 4- Mor N, Meijers J. Cognitive behavioral therapy in childhood anxiety. *J Psychol Relat Sci.* 2009; 46(4): 282.
- 5- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry :Behavioral Sciences/clinical Psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
- 6- Seligman LD, Ollendick TH. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 2011; 20(2): 217-38.
- 7- Teubert D, Piquart M. A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *J Anxiety Disord.* 2011; 25(1046): 59.
- 8- Podell JL, Mychailyszyn M, Edmunds J, Puleo CM, Kendall PC. The Coping Cat Program for anxious youth: The FEAR plan comes to life. *J Cogn Behav Pract.* 2010; 17(2): 132-41.
- 9- Ginsburg GS, Kingery JN. Evidence-based practice for childhood anxiety disorders. *J Contemp Psychother.* 2007; 37(3): 123-32.
- 10- James AA, Soler A, Weatherall RR. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Library.*
- 11- Albano AM, Kendall PC. Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *Int Rev Psychiatr.* 2002; 14(2): 129-34.
- 12- Edmunds J, O'Neil K, Kendall P. A review of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: Current Status and

به اختلالات اضطرابی نقش مهمی بازی می کنند، چون آنها بهترین موقعیت را دارند تا پاسخ های انطباقی را به کودک خود بیاموزند و این پاسخ ها را تقویت نمایند. این امر معمولاً وقتی محقق می شود که آنها ترس و اضطراب کودکشان را بهتر بفهمند و راهکارهای مؤثری را بدانند تا بتوانند به او راه و رسم کنار آمدن با وضعیت اضطراب زا را یاد بدهند [۵۱]. از سوی دیگر بطور کلی در انجام امور درمانی کودکان کم سن و سال، حضور و پیگیری والدین بسیار ضروری است. همچنین از نکات مهم دیگر در مورد والدین این است که پژوهش های متعددی نشان داده اند که اغلب کودکان مضطرب، خود دارای والدینی مضطرب می باشند و این کودکان رفتارهای مضطربانه را از والدین خود می آموزند [۵۲-۵۴]. بنابراین رفتارهای عاری از اضطراب والدین در برخورد با کودک می تواند الگویی برای کودک باشد و از این طریق اضطراب کودک اصلاح می گردد. در این مسیر حمایت والد از جانب گروه والدین و تشویق درمانگر عاملی تعیین کننده است. فرآیند گروهی حاکم بر این برنامه امری مهم در تأثیرگذاری آن است. زیرا والدینی که دارای کودکان دچار مشکل هستند، احساسات و هیجانات آن ها در قالب گروه تعدیل و به گونه ای همدلانه انعکاس داده می شود، در نتیجه آگاهی و بینش بیشتری کسب می کنند. ارایه بازخورد در باب تکالیف منزل یکی دیگر از فواید کارکرد این گروه آموزشی است. پویایی این برنامه، در گزارشات والدین از جلسات کار در منزل و بحث های گروهی والدین دیده شد.

کودکان مضطرب جمعیتی هستند که کمتر در پژوهش های بالینی مورد توجه قرار می گیرند و نتایج این پژوهش نشان می دهد انجام یک مداخله شناختی-رفتاری همراه با آموزش رفتاری والد در کاهش اضطراب و مشکلات برونسازی کودکان مؤثر می باشد.

اشاره بدین نکته ضروری بنظر می رسد که پژوهش حاضر حرکتی محدود همراه با محدودیت های خاص خود بوده است، نمونه گیری دردسترس و کوچک بودن نسبی حجم نمونه از محدودیت های این پژوهش بشمار می روند. از آنجا که پژوهشی بدین شکل برای نخستین بار در ایران انجام گرفته است، مسلماً یافته های تکمیلی و پژوهش های آتی می توانند نکات جدید و افق های نوینی را در این

- 25- Belsky J. Differential susceptibility to rearing influence. *Origins of the social mind: Evolutionary psychology and child development*. 2005; 139-63.
- 26- Gere MK, Villabø MA, Torgersen S, Kendall PC. Overprotective parenting and child anxiety: The role of co-occurring child behavior problems. *J Anxiety Disord*. 2012; 26(6): 642-9.
- 27- Skendi V, Alikaj V, Spaho E, Suli A. 2139-Overprotective parenting and anxiety of children presented at albanian child and adolescent psychiatry clinic. *J Eur Psychiatr*. 2013; 28:1.
- 28- Ghanizadeh A, Mohammadi MR, Yazdanshenas A. Psychometric properties of the Farsi translation of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version. *BMC Psychiatr*. 2006; 6(1): 10.
- 29- Shahrivar Z, Kousha M, Moallemi S, Tehrani-Doost M, Alaghband-Rad J. The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Life-time Version-Persian Version. *J Child Adolesc Ment Health*. 2010; 15(2): 97-102.
- 30- Farzadfar S, Hooman H. The role of child rearing training skills in reducing mother's stress and children's behavioral problems. *Dev Psychol*. 2008; 15(4): 277-92. [Persian].
- 31- Minaei A. Adaptation and normalization of Achenbach child behavior checklist, youth self-report and teacher's report form. *Res Except Child*. 2006; 19(1): 529-58. [Persian].
- 32- Yazdkhasti F, Oreyzi H. Standardization of Child, Parent and Teacher's Forms of Child Behavior Checklist in the City of Isfahan. *Iran J Clin Psychol*. 2011; 17(1): 60-70.
- 33- Tehrani-Doost M, Shahrivar Z, Pakbaz B, Rezaie A, Ahmadi F. Normative data and psychometric properties of the child behavior checklist and teacher rating form in an Iranian community sample. *Iran J Pediatr*. 2011; 21(3): 331.
- 34- Spence SH. Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *J Abnorm Psychol*. 1997; 106(2): 280.
- 35- Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. *Behav Res Ther*. 1998; 36(5): 545-66.
- 36- Mousavi R, Moradi A, Farzad V, Mahdavi S. Psychometric properties of the Spence children's anxiety scale with an Iranian sample. *Int J Psychol*. 2007; 1(1): 17-26.
- 37- Hooman H. *Multivariate data analysis in scientific research*. 3th ed ed. Tehran Paykefarhang. 2011.
- 38- Alilou M, Yadegari N, Haghazari F, Poursharifi H, Hashemi T. The effects of family cognitive-behavioral therapy in the reduction of anxiety in children with anxiety disorders. *Biannu J Appl Couns*. 2013; 3(1): 19-34. [Persian].
- 39- Bakhtiari M, Ghamkhar Fard Z, tahmasian K. The effectiveness of group cognitive-behavior future Directions. *Tidsskr Nor Psychol Foren*. 2011; 48: 26-33.
- 13- Barrett PM. Treatment of childhood anxiety: Developmental aspects. *Clin Psychol Rev*. 2000; 20(4): 479-94.
- 14- Kendall PC, Flannery-Schroeder EC. Methodological issues in treatment research for anxiety disorders in youth. *J Abnorm Child Psychol*. 1998; 26(1): 27-38.
- 15- Monga S, Rosenbloom BN, Tanha A, Owens M, Young A. Comparison of child-parent and parent-only cognitive-behavioral therapy programs for anxious children aged 5 to 7 years: Short-and long-term outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 2015; 54(2): 138-46.
- 16- Silverman WK, Kurtines WM, Ginsburg GS, Weems CF, Lumpkin PW, Carmichael DH. Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 1999; 67(6): 995.
- 17- Waters AM, Ford LA, Wharton TA, Cobham VE. Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a child+ parent condition versus a parent only condition. *J Behav Res Ther*. 2009; 47(8): 654-62.
- 18- Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SL. A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety disorders and temperament. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 2009; 48(6): 602-9.
- 19- Stallard P. *Cognitive behavioral therapy with children and young people East Sussex*: Routledge. 2008.
- 20- Puliafico A, Comer J, Pincus D. Adapting parent-child interaction therapy to treat anxiety disorders in young children. *J Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2012; 21(3): 607-19.
- 21- Cartwright-Hatton S. *From timid to tiger: A treatment manual for parenting the anxious child*: John Wiley & Sons. 2010.
- 22- Goldstein LH, Harvey EA, Friedman-Weieneth JL. Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *J Abnorm Child Psychol*. 2007; 35(1): 125-36.
- 23- Pardini DA, Fite PJ, Burke JD. Bidirectional associations between parenting practices and conduct problems in boys from childhood to adolescence: The moderating effect of age and African-American ethnicity. *J Abnorm Child Psychol*. 2008; 36(5): 647-62.
- 24- Tellegen CL, Sanders MR. Using primary care parenting interventions to improve outcomes in children with developmental disabilities: A case report. *Hindou Publ Corp, Case reports in pediatrics*. 2012.

- 52- Chapman LK, Petrie J, Vines L, Durrett E. The co-occurrence of anxiety disorders in African American parents and their children. *J Anxiety Disord.* 2012; 26(1): 65-70.
- 53- Eisen AR, Schaefer CE. Separation anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assessment and treatment: Guilford Press. 2007.
- 54- Waters AM, Zimmer-Gembeck MJ, Farrell LJ. The relationships of child and parent factors with children's anxiety symptoms: Parental anxious rearing as a mediator. *J Anxiety Disord.* 2012; 26(7): 737-45.
- therapy in children with generalized anxiety disorder. *Thought Behav Clin Psychol.* 2013; 27(7): [Persian].
- 40- Flannery-Schroeder EC, Kendall PC. Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cogn Ther Res.* 2000; 24(3): 251-78.
- 41- Kendall PC, Flannery-Schroeder E, Panichelli-Mindel SM, Southam-Gerow M, Henin A, Warman M. Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 1997; 65(3): 366.
- 42- Manassis K, Mendlowitz SL, Scapillato D, Avery D, Fiksenbaum L, Freire M, et al. Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 2002; 41(12): 1423-30.
- 43- Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PM, Minderaa RB. Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 2003; 42(11): 1270-8.
- 44- Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Eng J Med.* 2008; 359(26): 2753-66.
- 45- Davoudi I, Basak S, Zarezadegan B. The effectiveness of positive parent training in reducing conduct problems of children and maternal stress of their mothers. *Biannu J Appl Couns.* 2012;2(2):45-59. [Persian].
- 46- Forehand R, Lafko N, Parent J, Burt KB. Is parenting the mediator of change in behavioral parent training for externalizing problems of youth? *J Clin Psychol Rev.* 2014;34(8):608-19.
- 47- Haji S, Azkhosh M, Tahmasian K, Bayat M, Biglarian A. The efficacy of "parenting the strong-willed child" program for mothers' parenting practices and children's behavioral problems. *J Fam Res.* 2013;8(4):373-90. [Persian].
- 48- McKee L, Colletti C, Rakow A, Jones DJ, Forehand R. Parenting and child externalizing behaviors: Are the associations specific or diffuse? *J Aggress Violent Behav.* 2008; 13(3): 201-15.
- 49- Slobodskay H. Behavioral problems, effects of parenting and family structure on. *Int Encycl Soc Behav Sci.* 2015; 2: 470-6.
- 50- Cartwright-Hatton S, McNally D, Field AP, Rust S, Laskey B, Dixon C, et al. A new parenting-based group intervention for young anxious children: Results of a randomized controlled trial. *Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 2011; 50(3): 242-51.
- 51- Shroeder C, Gordon B. Assessment and treatment of childhood problems. 3th ed ed. Tehran: Danjeh. 2014.

Effectiveness of Parent-Based Intervention on Anxiety Symptoms and Externalizing Problems of 6-9 Years Old Children

Shahni, R. * Ph.D Student., Davoudi, I. Ph.D., Mehrabizadeh, M. Ph.D., Zargar, Y. Ph.D.

Abstract

Introduction: Childhood is the most important life stages. Often incompatibility and psychiatric disorders in adolescence and adulthood arises from the neglect of emotional-behavioral problems during childhood. Present study has been aimed to evaluate effectiveness of parent-based intervention on anxiety symptoms and externalizing problems of 6-9 years old children of Ahvaz city.

Method: This research design is quasi-experimental design. In this study, 30 mothers of eligible volunteers were selected by using convenience sampling method and were assigned to two experimental group and control group (n=15). The experimental group received 10 sessions of intervention (one session per week for 2 hours) and control group were waiting for intervention. The participants of both groups responded to Children's Behavior Checklist and Spence Children's Anxiety Scale before intervention, at the end of intervention (approximately two months), and 2 months after the end of intervention (follow-up).The data was analyzed by multivariate covariance and univariate analysis of variance (MANOVA and ANOVA).

Results: The findings of data analysis showed that parent-based intervention has significantly reduced symptoms of anxiety ($p < 0.001$, $F = 60.67$) and externalizing problems ($p \leq 0.001$, $F = 56.22$) in children of experimental group compared to control group and these results has been maintained for two months after intervention.

Conclusion: Parent-based intervention can be used in reduction of anxiety symptoms and externalizing problems in children.

Keywords: Children's Anxiety, Externalizing Problems, Parent-Based Intervention.

*Correspondence E-mail:
raziehshahni@gmail.com