

The Effectiveness of Parent Management Training Compared With Drug Therapy on Reducing Anxiety in Preschool Children

Khoshdavi Ebrahimzade ^{1,*}, Mansour Agashteh ², Ali Berenjkar ³

¹ MSc of General Psychology, Counselling Group of Behzisti Office, Urmia, Iran

² MSc of Clinical Psychology, Counselling Group of Behzisti Office, Urmia, Iran

³ Msc of Clinical Psychology, Professor of Payam Noor University, Urmia, Iran

* **Corresponding author:** Khoshdavi Ebrahimzade, MSc of General Psychology, Counselling Group of Behzisti Office, Urmia, Iran. Tel: +98-4433481930, E-mail: ebrahimzade113@gmail.com

Received: 04 Aug 2016

Accepted: 13 Sep 2016

Abstract

Introduction: Anxiety disorders are usually chronic and the lack of treatment has negative effects on children growth and performance, thus, this research aimed at studying the efficacy of parent management training on reducing anxiety in preschool children.

Methods: This experimental study with a control group was conducted on mothers of 4- to 6-year-old children from preschools of Urmia city during years 2015 to 2016. Using multistage random sampling, 4 regions of Urmia were selected. Then, 4 preschools were randomly selected and finally the mothers of students of 3 classes of each preschool were selected. The participants completed the children anxiety scale of Spence (parent form) and structured interview based on DSM-V. Among 130 mothers, whose children's anxiety were high, 45 parents were randomly selected and allocated to an experimental (PMT, 15 persons and drug therapy, 15 persons) and a control (15 person) group.

Results: The data were analyzed using the covariance method and results showed that the PMT group had highest effectiveness among the 3 groups ($p < 0.0001$). The drug therapy group was also higher than control. The results of multivariate co-variance showed that the PMT was effective in all subscales of anxiety and the highest score belonged to separation anxiety and the lowest score was for OCD ($P < 0.0001$). The results showed that the mean anxiety was reduced among children of the experimental group after the intervention. After one month of follow-up, mean anxiety among children was low. MANCOVA showed a significant difference between the 2 groups ($P < 0/05$).

Conclusions: Using methods, such as PMT rather than drug, could reduce anxiety consequences in both children and their families.

Keywords: Anxiety; Children; Parent Management; Preschool

بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش اضطراب کودکان پیش دبستانی و مقایسه آن با دارو درمانی

خوشدوی ابراهیم زاده^{۱*}، منصور آگشته^۲، علی برنجکار^۳، اکبر بادفر^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه مشاوره اداره بهزیستی، ارومیه، ایران
^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی گروه مشاوره اداره بهزیستی شهرستان ارومیه، ارومیه، ایران
^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. مربی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، ارومیه، ایران
 * نویسنده مسئول: خوشدوی ابراهیم زاده، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه مشاوره اداره بهزیستی، ارومیه، ایران.
 تلفن: ۰۹۸-۴۴۳۳۴۸۱۹۳۰، ایمیل: ebrahimzade113@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۲۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۲۲

چکیده

مقدمه: اختلالات اضطرابی اغلب مزمن هستند که عدم درمان آنها می‌تواند تاثیرات منفی بر رشد و عملکرد کودکان بوجود آورد لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش اضطراب کودکان بود.
روش کار: این مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. به این منظور از میان کلیه مادران کودکان ۴ تا ۶ سال مهد کودک‌های شهر ارومیه که در سال ۹۴-۹۵ به مهد کودک می‌رفتند. به روش تصادفی چند مرحله‌ای، از بین چهار ناحیه شهر ارومیه ۴ مهد کودک و از هر مهد کودک ۳ کلاس مادرانی که کودک بین ۴ تا ۶ سال داشتند انتخاب و به دو ابزار اضطراب کودکان پیش دبستانی اسپنس (فرم والدین) و مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-V پاسخ دادند. از بین ۱۳۰ مادری که نمره اضطراب کودکشان بالا بود به طور تصادفی ۴۵ نفر انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی آموزش والدین و دارودرمانی (هر کدام ۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند.
یافته‌ها: تحلیل کوواریانس یک متغیره نشان داد گروه آموزش والدین بیشترین اثربخشی را در مقایسه با گروه دارو و کنترل در کاهش نشانه‌های اضطراب در کودکان داشته است ($P < 0/001$). گروه دارودرمانی نیز نسبت به گروه کنترل اثربخشی بیشتر و معناداری داشته است. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که در تمامی زیرمقیاسها آموزش والدین اثربخش بوده است که بیشترین اثربخشی مربوط به اضطراب جدایی و کمترین مورد مربوط به وسواس می‌باشد ($P < 0/001$).
نتیجه گیری: استفاده از روش غیر دارویی آموزش والدین و آموزش آن به والدین موجب کاهش بار اضطراب هم از روی کودکان و هم از روی خانواده‌ها می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، کودکان، مدیریت والدین، پیش دبستانی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

برای والدین و خانواده‌ها و همچنین هزینه‌های اجتماعی متعددی را بوجود آورد (۶، ۷). رفتار درمانی شناختی (CBT) اگر چه بعنوان درمانی مؤثر در اختلالات اضطرابی کودکان بزرگتر و نوجوانان از حمایت پژوهشی نیرومندی برخوردار است (۸، ۹)، اما برخی از کودکان بعد از درمان همچنان ملاک‌های تشخیصی اضطراب را دارند و در برخی دیگر حتی نشانه‌های اضطرابی شدیدتر می‌شود (۱۰، ۱۱). CBT شامل آموزش مهارت‌هایی برای شناسایی و تغییر افکار ناسازگارانه، خودتنظیمی اضطراب و مواجهه نظام مند با موقعیت‌های اضطراب آمیز می‌باشد، همچنین موفقیت CBT نیازمند همکاری فعال بین کودک و

اختلالات اضطرابی جزو رایج‌ترین اختلالات روانی در کودکی هستند که ۱۰ تا ۲۷ درصد کودکان و نوجوانان را مبتلا می‌کنند (۱). اختلالات اضطرابی در کودکان پیش دبستانی رایج هستند و نیمه همه گیر شناسی آنها شبیه به نیمه همه گیر شناختی کودکان بزرگتر است (۲). در تحقیقی که از ابزار سنجش PAPA استفاده شد، معلوم گشت که ۹.۵ درصد کودکان پیش دبستانی معیارهای لازم برای یکی از انواع اختلالات اضطرابی را دارند (۴). از آنجایی که اختلالات اضطرابی اغلب مزمن هستند و نشانه‌های آن تا نوجوانی ادامه دارند (۵)، عدم درمان آنها می‌تواند تاثیرات منفی بر رشد و عملکرد کودکان، مشکلات فراوان

یکی از انواع روشهای مناسب مداخله‌ای در اصلاح الگوهای اضطرابی والد-کودک و درمان کودک مضطرب می‌دانند که هدف آن آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مساله، آموزش شناخت عواطف و احساسات کودک مضطرب و آموزش شیوه‌های مدیریت اضطراب به والدین است. نتایج فراتحلیل در ۷۷ مطالعه مربوط به آموزش مدیریت والدین نشان داد که این برنامه توانایی افزایش تعامل والد-کودک، مهارت‌های ارتباط عاطفی، ارتقاء سطح شناختی، تحصیلی و مهارت‌های اجتماعی کودک و همچنین مهارت‌های حل مسئله را دارد (۲۵). معیارهایی آموزش مدیریت والدین مانند مقرون به صرفه بودن، کوتاه بودن و داشتن اعتبار تجربی با معیارهای نظام خدمات سلامت روانی همخوانی دارد. از این رو هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر اختلالات اضطرابی کودکان پیش دبستانی می‌باشد.

روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان ۴ تا ۶ سال مهد کودک‌های شهر ارومیه بود که در سال ۹۴-۹۵ به مهد کودک می‌رفتند. به روش تصادفی چند مرحله‌ای، از بین چهار ناحیه شهر ارومیه به تصادف از هر ناحیه ۴ مهد کودک و از هر مهد کودک ۳ کلاس مادرائی که کودک بین ۴ تا ۶ سال داشتند انتخاب و به دو ابزار اضطراب کودکان پیش دبستانی اسپنس (فرم والدین) و مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-V پاسخ دادند. مادرائی که کودکان آنان در پرسشنامه نمره اضطراب بالای ۳۴ داشتند انتخاب شدند و مادرائی که سابقه مشکلات روانپزشکی و اعتیاد داشتند از گروه نمونه کنار گذاشته شدند. از بین ۱۳۰ مادری که نمره اضطراب کودکانشان بالا بود به طور تصادفی ساده ۴۵ نفر انتخاب و سپس به طور تصادفی ساده ۱۵ نفر در گروه آموزش والدین، ۱۵ نفر گروه دارودرمانی و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگذاری شدند.

ابزار پژوهش

مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-V

پرسشنامه اضطراب کودکان پیش دبستانی اسپنس (فرم والدین)

این مقیاس برای سنجش اضطراب بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-V توسط اسپنس و همکاران ساخته شد این مقیاس ۲۸ گویه دارد و دارای ۵ خرده مقیاس اختلال اضطراب جدایی (۵ گویه)، اضطراب فراگیر (۵ گویه)، اضطراب اجتماعی (۶ گویه)، فوبی خاص (۷ گویه) و اختلال وسواسی-جبری (۵ گویه) می‌باشد. این مقیاس توسط والدین تکمیل و برای سنجش اضطراب کودکان ۲ تا ۵ ساله مناسب است. گویه‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرتی از ۱ (هرگز اینطور نیست) تا ۵ (همیشه اینطور است) نمره گذاری می‌شوند. نمره بالاتر به معنای اضطراب بیشتر در کودکان است. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای کل این آزمون برابر ۰/۸۹ می‌باشد (۳۵). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در تحقیق حاضر برابر با ۰/۷۸، به دست آمد.

بسته آموزشی آموزش مدیریت والدین

برنامه‌های مختلفی از آموزش مدیریت والدین وجود دارد؛ ما در پژوهش حاضر از برنامه درمانی آموزش مدیریت والدین برای اضطراب استفاده

درمانگر می‌باشد. با این حال رسیدن به میزان کامل همکاری امکان‌پذیر نیست، زیرا برخی بیماران از شرکت در درمان امتناع می‌کنند (۱۲). برخی کودکان اضطراب‌شان آنقدر شدید است که از شرکت در درمان برای روبرو شدن با ترس‌ها، امتناع می‌کنند. سایر کودکان در کل هیچ گونه مشکلی را در خود تشخیص نمی‌دهند و بقیه کودکان نیز ممکن است با همکاری والدین از اضطراب خود اجتناب کنند. علاوه بر این، ویژگی‌های نافرمانی نیز موجب کاهش اتحاد درمانی سازنده بین درمانگر-کودک می‌شود (۱۴).

در صورتی که کودک در جلسات شرکت نکند و یا درمان اثربخش نباشد، آموزش مدیریت والدین می‌تواند جایگزین مناسبی باشد (۱۵). برنامه آموزش والدین روشی بسیار ارزشمند و چند بعدی است که توانایی مدیریت آشفتگی‌های رفتاری کودکان و نوجوانان را دارد و همچنین مداخله‌ای روانی-اجتماعی است که در آن والدین روش‌هایی را یاد می‌گیرند تا رفتارهای اخلاقرانه کودک را کاهش و رفتارهای اجتماعی را با استفاده از تقویت مثبت و منفی افزایش دهند. این روش یکی از مطالعات مورد تأیید در کاهش رفتارهای اخلاقرانه کودک از دامنه سنی پیش دبستانی تا نوجوانی می‌باشد (۱۶-۱۸). آموزش مدیریت والدین برآمده از مجموعه گسترده‌ای از تحقیقات است که نشان می‌دهد رفتارهای اخلاقرانه کودکان ناشی از تعامل ناسالم والد-کودک می‌باشد، برای مثال والدین به دلیل این که نمی‌خواهند با کودکان‌شان تعارض پیدا کنند از محدود ساختن رفتارهای غیرقابل قبول عاجز می‌مانند. در سایر موارد اجرای قواعد والدین به دلیل انعطاف‌ناپذیری موجب پرخاشگری و نافرمانی در کودک می‌شود و نیز والدین ممکن است به دلیل افزایش تنش و خصومت در شناخت رفتارهای مثبت کودک و موقعیت‌های مختلف دچار مشکل شوند (۱۹). در آموزش مدیریت والدین روش‌های خاص رفتارکردن، آموزش داده می‌شوند، از جمله روش تقویت مثبت متوالی و تعیین کردن انتظارات و محدودیت‌ها بطور کاملاً مشخصه موجب کاهش رفتارهای ناسازگارانه و افزایش رفتارهای مثبت می‌شوند (۲۰). آموزش مدیریت والدین برای کاهش ناسازگاری و مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلالات روانی - عصبی مانند اوتیسم (۲۱) و سندرم توره (۲۲) نیز بکار برده می‌شود برای درمان بسیاری از اختلالات دیگر از جمله بیش‌فعالی، نافرمانی، افسردگی، مشکلات رفتاری نیز مؤثر می‌باشد (۱۸، ۲۳-۲۵).

آموزش مدیریت والدین نه تنها فنون ارزشمندی را جهت تغییر و کنترل رفتارهای منفی در اختیار والدین قرار می‌دهد، بلکه به آنها توانایی حل مشکلات و اعتماد به نفس لازم را در کسب مهارت‌های والدگری می‌بخشد (۲۶). عوامل مختلف مربوط به خانواده و والدین وجود دارد که موجب رشد و تداوم اختلالات اضطرابی می‌شوند (۲۷، ۲۸) برای مثال یافته‌های تحقیق لازاروس، داد، مجداندزیک و همکاران (۲۰۱۶) (۲۹) نشان داد که رفتارهای چالش برانگیز والدین و سبک‌های تربیتی آنها با تداوم اختلالات اضطرابی کودکان ارتباط دارد. از این رو امروزه بر نقش عوامل خانوادگی در سبب شناسی و درمان اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان توجه ویژه‌ای شده است بطوری که در ارائه برنامه‌های درمانی مختلف آموزش مدیریت والدین رواج بیشتری یافته است. ویکتور و همکاران (۲۰۰۷) (۳۰)، کارتورایت، مکنالیو وایت (۲۰۰۵) (۳۱) و گینزبرگ، سیلورمن و کارتینز (۱۹۹۵) (۳۲) آموزش مدیریت والدین را

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که مادران در دامنه سنی ۲۴-۳۶ سال قرار داشتند و میانگین سنی آنان ۳۰ سال بود. از این تعداد ۷۰ درصد تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. ۲۰ درصد مادران شاغل بودند و ۶۳ درصد آنان فقط یک فرزند داشتند. **جدول ۱** میانگین و انحراف استاندارد هر سه گروه مورد مطالعه را در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه اضطراب در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

میانگین \pm انحراف استاندارد	
	پیش آزمون
آموزش والدین	۱/۴۵۷ \pm ۳۸/۸۶
دارودرمانی	۰/۸۲۸ \pm ۴۳/۴۰
کنترل	۱/۷۳۲ \pm ۴۸/۰۰
کل	۴/۰۰ \pm ۴۳/۴۲
	پس آزمون
آموزش والدین	۴/۹۶ \pm ۱۵/۴۶
دارودرمانی	۱۳/۰۸ \pm ۲۹/۶۰
کنترل	۱۳/۹۰ \pm ۳۳/۱۳
کل	۱۳/۵۴ \pm ۲۶/۰۶

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها را در پرسشنامه اضطراب در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین گروه‌های آزمایش در مرحله پس آزمون کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. به منظور انجام تحلیل کوواریانس از بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها استفاده گردید که نتایج آن در **جدول ۲** آمده است.

شد که در مورد اختلالات اضطرابی کاربرد دارد. این برنامه شامل ۸ جلسه یک ساعته است که هفته‌ای یکبار تشکیل می‌شود و تقریباً ۲-۳ ماه طول می‌کشد که در پژوهش حاضر نیز طبق راهنمای درمانی کارترایت و هاوتون (۳۶)، جلسات آموزش مدیریت والدین به شکل زیر برگزار شد.

جلسه اول. مقدمه: نقش توجه والدین در رفتار کودکان؛ علت اختلالات اضطرابی؛ مقدمه‌ای بر رفتار درمانی شناختی (افکار، احساس، رفتار)؛ مسائل روزمره، رژیم غذایی و تمرینات.

جلسه دوم. بازی: بازی باعث ایجاد رابطه والد-کودک می‌شود که باعث افزایش اعتماد به نفس و استقلال کودکان می‌شود؛ انجام بازی به میزان روزانه ۱۰ دقیقه

جلسه سوم. آموزش اضطراب: پاسخ جنگ و گریز؛ اجتناب؛ افکار، احساس و رفتار در اضطراب؛ الگوهی والدین در مورد اضطراب جلسه چهارم. تحسین و سلسله مراتب ترس: تحسین برای افزایش رفتارهای مناسب و جرأت‌مندانه. استفاده از سلسله مراتب ترس در ترسهای کودکان.

جلسه پنجم. پاداش‌ها: استفاده از پاداش‌ها و جدول ستاره‌ها برای افزایش رفتارهای مناسب و جرأت‌مندانه.

جلسه ششم. بی‌توجهی: صرف نظر از توجه به رفتارهای ناخوشایند ملایم و رفتارهای اطمینان جویانه اضطرابی.

جلسه هفتم. مدیریت نگرانی: گوش دادن؛ حل مسئله؛ حواس‌پرتی؛ فهرست زمان نگرانی

جلسه هشتم. استفاده از پیامد و تایم اوت با کودک اضطرابی به تمامی بیماران اطلاع و اطمینان لازم داده شد که اطلاعات مربوط به آنان در هیچ جایی عنوان نخواهد شد و همچنین اجباری برای ورود به این آزمایش و درمان ندارند و بر اساس علاقمندی و رضایت شخصی می‌توانند در مداخله مشارکت نمایند. پس از توضیح نوع مداخله و مراحل انجام آن و اخذ موافقت بیماران گروه نمونه تکمیل گردید.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد. داده‌ها در قالب میانگین، انحراف استاندارد، و بر اساس آزمون‌های تحلیل کوواریانس، و مقایسه‌های زوجی ارائه شد.

جدول ۲: نتایج آزمون لوین

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۹/۹۴۶	۲	۴۲	۰/۲۳۳

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمره کل گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
گروه	۲۶۲۱/۷۳۳	۲	۱۳۱۰/۸۶۷	۱۰/۱۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲۵	۰/۹۷۹
پیش آزمون	۲۱۶/۳۴۰	۱	۲۱۶/۳۴۰	۸۰/۱۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۱	۱/۰۰۰

همانطور که در **جدول ۳** آمده است میزان تأثیر عامل پیش آزمون معنی دار نیست. با کنترل اثر این متغیر و با توجه به سطح معنی داری میزان F و مجذور اتای گروه‌ها (۰/۳۲۵) می‌توان گفت بین گروه کنترل و گروه‌های آزمایش در میزان علائم اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد. در نتیجه آموزش والدین باعث کاهش علائم و بهبود اضطراب

همانطور که **جدول ۲** نشان می‌دهد مقدار F بدست آمده برای آزمون لوین برای بررسی پیش فرض همسانی واریانسها معنی دار نیست و می‌توان نتیجه گرفت که واریانسها همگونند و آزمون تحلیل کوواریانس مقدور است. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمره کل گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون در **جدول ۳** آمده است.

دارودرمانی بوده است. همچنین نتایج بین گروه دارو درمانی و کنترل نیز تفاوت معنی داری نشان می‌دهد اما بیشترین اثربخشی مربوط به گروه آموزش والدین است.

نتایج حاصل از **جدول ۵** نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش پس از مداخله تغییر چشمگیری داشته است. در تمامی خرده مقیاس‌های اضطراب بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد. همانطور که **جدول ۶** و **۷** نشان می‌دهد در تمامی خرده مقیاسهای اضطراب معنی دار می‌باشد. بنابراین مداخله روی انواع خرده مقیاسهای اضطراب در سطح ۰/۰۰۱ تا ۰/۰۰۳ اثربخش بوده است.

کودکان شده است. توان آماری به دست آمده (۰/۹۷۹) نشانگر کفایت حجم نمونه و دقت آماری بسیار مطلوب و مقدار مجذور اتا (۰/۳۲۵) نشانگر اثربخشی مطلوب مداخله است.

برای مشخص کردن تفاوت‌های درمانی بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون از مقایسه‌های زوجی استفاده شد. نتایج مقایسه‌های زوجی در **جدول ۴** آمده است.

همانطور که در **جدول ۴** آمده است، بین گروه‌های آموزش والدین و دارودرمانی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری ($P < 0/0001$) وجود دارد یعنی اثر بخشی در گروه آموزش والدین بالاتر از گروه

جدول ۴: مقایسه‌های زوجی بین گروه‌های درمانی و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون

گروه	میانگین	گروه	میانگین	تفاوت میانگین گروه‌ها	سطح معنی داری
آموزش والدین	۱۵/۴۶	دارودرمانی	۲۹/۶۰	-۱۴/۱۳۳	۰/۰۰۰۱
آموزش والدین	۱۵/۴۶	کنترل	۳۳/۱۳۳	-۱۷/۶۶۷	۰/۰۰۰۱
دارودرمانی	۲۹/۶۰	کنترل	۳۳/۱۳۳	-۳/۵۳۳	۰/۰۰۱

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار پنج خرده مقیاس در گروه آزمایش (آموزش والدین و دارو) و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	آموزش والدین	دارودرمانی	آموزش والدین	دارودرمانی
اضطراب فراگیر	۶/۲۰ ± ۲/۴۵	۶/۵۳ ± ۲/۹۲	۷/۶۰ ± ۲/۹۴	۵/۱۳ ± ۲/۷۹
وسواس	۷/۹۳ ± ۳/۴۹	۸/۰۶ ± ۲/۴۹	۱۱/۱۳ ± ۳/۷۵	۵/۶۰ ± ۲/۴۴
فوبی	۱۱/۰۰ ± ۳/۶۸	۱۳/۰۰ ± ۵/۷۱	۱۱/۸۶ ± ۴/۶۷	۱۰/۲۰ ± ۵/۸۵
اضطراب اجتماعی	۷/۲۰ ± ۱/۹۷	۸/۰۶ ± ۲/۹۳	۹/۰۶ ± ۳/۵۱	۵/۲۰ ± ۳/۵۲
اضطراب جدایی	۶/۵۳ ± ۲/۱۹	۷/۷۳ ± ۳/۶۹	۸/۳۳ ± ۲/۸۴	۶/۶۰ ± ۴/۰۳

اطلاعات در جدول به صورت انحراف معیار ± میانگین آمده است.

جدول ۶: نتایج آزمون‌های آماری روی تمامی خرده مقیاس‌های اضطراب

آزمون	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری
اثر پیلائی	۰/۴۴۳	۱/۹۳۷	۱۰	۶۸/۰۰	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۱/۶۰۵	۱/۸۸۵	۱۰	۶۶/۰۰	۰/۰۰۰۱
Hotelling Trace	۱/۵۷۳	۱/۸۳۴	۱۰	۶۴/۰۰	۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۳۳۳	۲/۲۶۵	۵	۳۴/۰۰	۰/۰۰۳

جدول ۷: نتایج آزمون‌های آماری روی تمامی خرده مقیاس‌های اضطراب

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
اضطراب فراگیر	۷۶/۱۳۰	۲	۳۸/۰۶۵	۳/۲۱۵	۰/۰۰۲	۰/۶۶	۰/۸۲
وسواس	۴۸/۵۰۲	۲	۲۴/۲۵۱	۳/۵۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۷۷
فوبی	۱۳۵/۷۶	۲	۶۷/۸۸	۳/۱۱۹	۰/۰۰۳	۰/۶۳	۰/۶۸
اضطراب اجتماعی	۲۸/۲۷۲۴	۲	۱۴/۳۶۲	۱/۲۳۴	۰/۰۰۳	۰/۶۳۰	۰/۷۲
اضطراب جدایی	۳۲/۲۲۶	۲	۱۶/۱۱۳	۱/۴۱۸	۰/۰۰۲	۰/۷۱	۰/۸۵

بحث

با توجه به هزینه‌های فردی و اجتماعی-اقتصادی مربوط به اختلالات اضطرابی، درمان اختلالات اضطرابی در سنین پایینتر در کاهش

هزینه‌ها و افزایش سلامت عمومی نقش بسیار مهمی دارد. مداخلاتی که به درمان علائم اضطرابی در کودکان زیر ۷ سال می‌پردازند، نیازمند

آموزش والدین بر تعلیم فنون مدیریت رفتار متمرکزند، مثلاً، اظهارنظرهای انعکاسی می‌تواند رشد زبانی و عزت نفس کودک را تقویت کند و همچنین یاد گرفتن راه و رسم استفاده از مدیریت وابستگی‌ها توسط والدین نیز عزت نفس کودک را مثبت می‌کند و مهارت‌های جدید به او می‌آموزد (۹، ۱۹).

نتیجه‌گیری

پدر و مادر در درمان کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی نقش مهمی بازی می‌کنند زیرا بهترین موقعیت را دارند تا پاسخهای انطباقی را به فرزند خود بیاموزند و پاسخهای انطباقی وی را تقویت کنند. والدین معمولاً وقتی روی رفتار فرزند خود تأثیر می‌گذارند که ترس و اضطراب او را بهتر بفهمند و راههای موثری را یاد بگیرند تا بتوانند به فرزندشان راه و رسم کنار آمدن با وضعیت ترسناک را یاد بدهند. والدین گاهی با تقویت یا تنبیه اضطراب فرزند خود یا توقعات بیش از حد یا کمتر از حد خود، به اضطراب فرزندشان دامن می‌زنند. در مورد این والدین از فنون آموزش و مدیریت رفتار یا تعاملات والد-کودک استفاده می‌شود. همچنین مشکلات شخصی والدین مثلاً افسردگی یا اضطراب آنان نیز در درمان کودک تداخل می‌کند. روانشناسان بالینی باید این معضلات را تشخیص دهند و به والدین کمک کنند تا آنها را رفع کنند. این تحقیق با محدودیتهایی همراه بود از آن جمله می‌توان به نمونه تحقیق اشاره کرد که نمونه تحقیق کم بوده و برای تعمیم نتایج به کل جامعه باید احتیاط نمود. همچنین این تحقیق در شهر ارومیه انجام شده است و برای تعمیم به سایر نقاط ایران باید احتیاط نمود. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود تحقیقات دیگری بر روی نمونه‌های بزرگتری انجام گیرد. همچنین برای تعمیم مناسب‌تر و بهتر نتایج پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی در سایر نقاط ایران نیز انجام گیرد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی مادرانی که در این تحقیق همکاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Costello EJ, Egger HL, Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2005;14(4):631-48, vii. DOI: [10.1016/j.chc.2005.06.003](https://doi.org/10.1016/j.chc.2005.06.003) PMID: 16171696
2. Egger HL, Erkanli A, Keeler G, Potts E, Walter BK, Angold A. Test-Retest Reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(5):538-49. DOI: [10.1097/01.chi.0000205705.71194.b8](https://doi.org/10.1097/01.chi.0000205705.71194.b8) PMID: 16601400
3. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(3-4):313-37. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x) PMID: 16492262
4. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry*. 11th ed. USA: Williams & Wilkins Co; 2015.

در نظر گرفتند و ره رشدی کودکان هستند. از آنجایی که کودکان از رشد شناختی کافی که لازمه درمان شناختی رفتاری است برخوردار نیستند لذا فراهم آوردن مهارت‌های رفتاری برای والدین به منظور شکل دهی رفتار کودکان ضروری می‌باشد. هدف از تحقیق حاضر بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش علائم اضطراب در کودکان بود. به این منظور مادران کودکان ۴-۶ ساله مهد کودکها که نمره اضطرابشان بالا بود به عنوان نمونه انتخاب و تحت درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد که میانگین گروههای آزمایش (آموزش والدین و دارو) در مرحله پس‌آزمون کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است اما بیشترین اثربخشی مربوط به گروه آموزش والدین است. این یافته با نتایج قبلی (۸، ۳۱-۳۳) همخوان است. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که آموزش والدین در کاهش علائم اضطرابی در تمامی زیرمقیاسها مطلوب بوده است و نتایج نشان می‌دهد بیشترین کاهش مربوط به اضطراب جدایی و کمترین کاهش مربوط به وسواس است. این یافته با نتایج اوگدن و هاگن و خانا و کندال (۸، ۲۵-۲۴) همخوان است.

در ارتباط با اینکه چرا مداخله بر کاهش اختلالات اضطرابی اثر گذار بوده است، می‌توان گفت که تعاملهایی که معمولاً همراه با خصومت متقابل، بدبینی و مهار بیش از حد خشونت هستند در بسیاری از آسیبهای دوران کودکی نقش دارند. همچنین کودکی که از نظر والدین غیرقابل کنترل باشد می‌تواند موجب ایجاد احساس ناکفایتی و ناکارآمدی در والدین شود و در مواردی حتی افسردگی و استرس را در آنان تشدید کند، به بیانی دیگر کودک و خانواده می‌توانند یکپارچه معیوب را ایجاد کنند که بدتر شدن شرایط هر کدام اوضاع دیگری را وخیم‌تر می‌کند. با توجه به عدم رشد شناختی کافی در کودکان، آموزش مدیریت والدین در واقع با قطع ارتباط معیوب اعضای این چرخه می‌تواند به بهبود شرایط کمک شایانی کند (۲۹).

برنامه‌های آموزش والدین عمدتاً بر درمان رفتار ناسازگارانه کودکان خردسالان متمرکز است. در این برنامه، والدین هستند که برنامه‌های خواب یا برنامه معکوس کردن عادت را اجرا می‌کنند و رفتار خود و محیط را تغییر می‌دهند تا فرزندشان مهارت‌های جدید را بهتر یاد بگیرد و رفتار منفی خودش را راحت‌تر کم کند (۲۰). بسیاری از برنامه‌های

5. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980-9. DOI: [10.1016/j.jaac.2010.05.017](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017) PMID: 20855043
6. Creswell C, Cartwright-Hatton S. Family treatment of child anxiety: outcomes, limitations and future directions. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2007;10(3):232-52. DOI: [10.1007/s10567-007-0019-3](https://doi.org/10.1007/s10567-007-0019-3) PMID: 17476594
7. Newman MG. Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):549-55. PMID: 10965629
8. 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. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(3):242-51 e6. DOI: [10.1016/j.jaac.2010.12.015](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.015) PMID: 21334564
9. Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Rettew DC, Dufton L, et al. Cognitive-behavioral intervention with young anxious children. *Harv Rev Psychiatry*. 2008;16(2):113-25. DOI: [10.1080/10673220802073956](https://doi.org/10.1080/10673220802073956) PMID: 18415883
 10. Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing R, Curry J. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(8):930-59. PMID: 15266189
 11. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:311-41. DOI: [10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628](https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628) PMID: 19152496
 12. Krebs G, Heyman I. Treatment-resistant Obsessive-compulsive Disorder in Young People: Assessment and Treatment Strategies. *Child Adolesc Ment Health*. 2010;15(1):2-11. DOI: [10.1111/j.1475-3588.2009.00548.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2009.00548.x)
 13. 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 Engl J Med*. 2008;359(26):2753-66. DOI: [10.1056/NEJMoa0804633](https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804633) PMID: 18974308
 14. Garcia AM, Sapyta JJ, Moore PS, Freeman JB, Franklin ME, March JS, et al. Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):1024-33; quiz 86. DOI: [10.1016/j.jaac.2010.06.013](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.06.013) PMID: 20855047
 15. Lebowitz ER, Omer H, Hermes H, Scahill L. Parent training for childhood anxiety disorders: the SPACE program. *Cogn Behav Pract*. 2014;21(4):456-69. DOI: [10.1016/j.cbpra.2013.10.004](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.10.004)
 16. Drugli MB, Larsson B, Fossum S, Morch WT. Five-to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(5):559-66. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2009.02178.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02178.x) PMID: 20015193
 17. De Los Reyes A, Kazdin AE. When the Evidence Says, "Yes, No, and Maybe So": Attending to and Interpreting Inconsistent Findings Among Evidence-Based Interventions. *Curr Dir Psychol Sci*. 2008;17(1):47-51. DOI: [10.1111/j.1467-8721.2008.00546.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00546.x) PMID: 21243087
 18. Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(1):215-37. DOI: [10.1080/15374410701820117](https://doi.org/10.1080/15374410701820117) PMID: 18444059
 19. Sukhodolsky DG, Gorman BS, Scahill L, Findley D, McGuire J. Exposure and response prevention with or without parent management training for children with obsessive-compulsive disorder complicated by disruptive behavior: a multiple-baseline across-responses design study. *J Anxiety Disord*. 2013;27(3):298-305. DOI: [10.1016/j.janxdis.2013.01.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.005) PMID: 23602943
 20. Puliafico AC, Comer JS, Pincus DB. Adapting parent-child interaction therapy to treat anxiety disorders in young children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21(3):607-19. DOI: [10.1016/j.chc.2012.05.005](https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.005) PMID: 22800997
 21. Scahill L, Sukhodolsky DG, Bearss K, Findley D, Hamrin V, Carroll DH, et al. Randomized trial of parent management training in children with tic disorders and disruptive behavior. *J Child Neurol*. 2006;21(8):650-6. DOI: [10.1177/08830738060210080201](https://doi.org/10.1177/08830738060210080201) PMID: 16970865
 22. Aman MG, McDougle CJ, Scahill L, Handen B, Arnold LE, Johnson C, et al. Medication and parent training in children with pervasive developmental disorders and serious behavior problems: results from a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(12):1143-54. DOI: [10.1097/CHI.0b013e3181bfd6z69](https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181bfd6z69) PMID: 19858761
 23. Ajilchi B, Borjali A, Janbozorgi M. The impact of a parenting skills training program on stressed mothers and their children's self-esteem level. *Proced Soci Behav Sci*. 2011;30:316-26. DOI: [10.1016/j.sbspro.2013.06.583](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.583)
 24. Shokoohi-Yekta M, Alimohammadi Malayeri S. Effects of Advanced Parenting Training on Children's Behavioral Problems and Family Problem Solving. *Proced Soci Behav Sci*. 2015;205:676-80. DOI: [10.1016/j.sbspro.2015.09.106](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.106)
 25. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(4):567-89. DOI: [10.1007/s10802-007-9201-9](https://doi.org/10.1007/s10802-007-9201-9) PMID: 18205039
 26. Khanna MS, Kendall PC. Exploring the role of parent training in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(5):981-6. DOI: [10.1037/a0016920](https://doi.org/10.1037/a0016920) PMID: 19803577
 27. Ginsburg GS, Schlossberg MC. Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *Int Rev Psychiatr*. 2002;14(2):143-54. DOI: [10.1080/09540260220132662](https://doi.org/10.1080/09540260220132662)
 28. Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M, Chu BC, Sigman M. Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(3):314-21. DOI: [10.1097/01.chi.0000196425.88341.b0](https://doi.org/10.1097/01.chi.0000196425.88341.b0) PMID: 16540816
 29. Lazarus RS, Dodd HF, Majdandzic M, de Vente W, Morris T, Byrow Y, et al. The relationship between challenging parenting behaviour and childhood

- anxiety disorders. *J Affect Disord.* 2016;190:784-91. DOI: [10.1016/j.jad.2015.11.032](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.032) PMID: 26625090
30. Victor AM, Bernat DH, Bernstein GA, Layne AE. Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *J Anxiety Disord.* 2007;21(6):835-48. DOI: [10.1016/j.janxdis.2006.11.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.11.005) PMID: 17161582
31. Cartwright-Hatton S, McNally D, White CA. A new cognitive behavioral parenting intervention for families of young anxious children: A pilot study. *Behav Cogn Psychoth.* 2005;33(1).
32. Ginsburg GS, Silverman WK, Kurtines WK. Family involvement in treating children with phobic and anxiety disorders: A look ahead. *Clin Psychol Rev.* 1995;15(5):457-73. DOI: [10.1016/0272-7358\(95\)00026-L](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00026-L)
33. Bassak-Nejad S, Poloi-Shapor-Abadi F, Davoudi I. Efficacy of Family Anxiety Management Training with Mothers of Anxious Preschool Children. *Zahedan J Res Med Sci.* 2014;16(5):45-9.
34. Ogden T, Hagen KA. Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(4):607-21. DOI: [10.1037/0022-006X.76.4.607](https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.607) PMID: 18665689