Journal of Research in Psychological Health

December 2020, Volume 14, Issue 3

Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy on overprotection, mothers' anxiety symptoms and children's separation anxiety's symptoms

Elham Ghasemi Ali abadi[1], Mohsen Amiri[2*], Tahere Elahi[3]

1. MA of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanistic Sciences, University of Zanjan, Zanjan, Iran.
2. (Corresponding Author): Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanistic Sciences, University of Zanjan, Zanjan, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanistic Sciences, University of Zanjan, Zanjan, Iran.

Citation: Ghasemi Ali Abadi E, Amiri M, Elahi T. Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy on overprotection, mothers' anxiety symptoms and children's separation anxiety's symptoms. **Journal** of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2020; 14(3), 18-37. [Persian].

Key words:
Parent-Child Interaction Therapy, Separation Anxiety Disorder, parental anxiety, Over protection

Highlights

- Parent-Child Interaction Therapy were effective on the anxiety of children with SAD.
- Parent-Child Interaction Therapy were effective on the over protection behaviors of mothers with on children with SAD.
- Parent-Child Interaction Therapy were effective on the anxiety of mothers with on children with SAD.

Abstact

The present study aimed to investigate the effect of Parent-Child Interaction (PCIT) Therapy of mothers on children with separation anxiety disorder, on reducing over protection, parenting anxiety and anxiety symptoms of their 3-6 years old children. The research design was quasi-experimental with pre-test and post-test and control groups. To do so, 30 mothers of children with SAD (separation anxiety disorder) were selected using at-hand sampling and, then, they were replaced into two experimental and control groups after being matched. The research tools were included CSI-4 questionnaire (Sprafikin & Gadow, 1994), MCRE questionnaire (ROBERT, 1961), and State-trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1960). The parental behavior training was performed in ten 90-minute sessions in experimental group. Data were analyzed using analysis of covariance, gain score, and T-test. The results show the effectiveness of experimental treatment on reduced scores of anxiety in children of mothers in the experimental group compared with the control group. The results also showed decrease in over protection and anxiety in mothers in the experimental group. Generally speaking, the findings demonstrated that parent-child interaction education causes to reduce the separation anxiety disorder signs, parental anxiety symptoms, and over protection. Moreover, it constructs secure attachment between child and parents.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک بر بیش‌حمایتگری، علائم اضطراب مادران و کاهش علائم اضطراب جدایی در فرزندانشان

الهام قاسمی علی آبادی [۱]، محسن امیری [۲*]، طاهره الهی [۳]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران. mo.amiri@znu.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

تاریخ دریافت
۱۳۹۹/۱۰/۹

تاریخ پذیرش
۱۴۰۰/۱/۱۵

واژگان کلیدی
درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک، اختلال اضطراب جدایی، اضطراب والدین، بیش‌حمایتگری

یافته‌های اصلی

- درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک به مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی بر بیش‌حمایتگری مادران اثر دارد.
- درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک به مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی بر اضطراب مادران اثر دارد.
- درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک به مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی بر میزان اضطراب فرزندانشان اثر دارد.

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک به مادران کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بر اضطراب کودکان، بیش‌حمایتگری و علائم اضطراب مادران بوده است. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مادران کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، با دامنهٔ سنی ۳ تا ۶ سال شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود. ۳۰ نفر از مادرانی که فرزندانشان دارای اختلال اضطراب جدایی تشخیص داده شدند، به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل همتا سازی شدند. ابزارهای پژوهش شامل، پرسشنامهٔ مرضی کودکان CSI-4 (فرم والدین)(اسپرافکین و گادو، ۱۹۹۴)، پرسشنامه ارزیابی رابطهٔ مادر-کودک (MCRE)(رابرت، ۱۹۶۱) و پرسشنامهٔ حالت- رگه اضطراب اسپیلبرگر (۱۹۶۰) بود. آموزش مادران در قالب ۱۰ جلسهٔ نود دقیقه‌ای در گروه آزمایش به‌صورت انفرادی اجرا شد. در پایان دو گروه پرسشنامه‌های یاد شده را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس وروش نمره افزوده و تی مستقل مورد تحلیل قرار گرفت. تحلیل نتایج بیانگر تأثیر کاربندی آزمایشی بر کاهش نمره‌های اضطراب کودکان و مادران گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل بود، همچنین درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک موجب کاهش، رفتارهای بیش حمایگرایانه مادران در گروه آزمایش شد. به‌طورکلی یافته‌ها نشان می‌دهد، درمان مبتنی بر تعامل والد کودک، سبب کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی کودکان و اضطراب و بیش‌حمایتگری مادران آن‌ها می‌شود.

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسندهٔ اول است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

مقدمه

یکی از اختلالات اضطرابی رایج در دوران کودکی، اختلال اضطراب جدایی است. ویژگی اصلی اختلال اضطراب جدایی، ترس یا اضطراب بسیار زیاد در هنگام جدایی از خانه یا اشخاص مورد دلبستگی است و شدت آن بیش‌ازحدی است که از سطح رشدی کودک انتظار می‌رود (۱). علائم اختلال اضطراب جدایی، با ترس مداوم مفرط و یا با امتناع از تنها ماندن یا دور ماندن از اشخاص موردعلاقه مشخص شده و مانع از شرکت کودکان در مهدکودک، مدرسه یا فعالیت‌های فوق‌برنامه می‌شود. از دیگر سو این کودکان به علت شکایت‌های مکرر جسمی، غالباً تحت معاینات جسمانی قرار می‌گیرند و علائم اضطراب خود را در هنگام جدایی یا انتظار جدایی از مراقبین اصلی ممکن است به شکل تهوع، استفراغ، علائم شبه آنفولانزا و درد شکم نشان دهند (۲).

گزارش‌های متعددی در مورد شیوع اختلال اضطراب جدایی[1]وجود دارد، اما تخمین زده می‌شود که بین ۱/۰۹٪ تا ۴/۱٪ از کودکان سنین ۵ تا ۱۱ سال، دارای علائم این اختلال باشند (۳). عوامل متعددی در شکل‌گیری این اختلال نقش دارند، تحقیقاتی که در مورد علت شناسی اختلالات اضطرابی کودکان انجام شده است، نقش عوامل ژنتیکی، خانوادگی و فرزندپروری را بسیار مهم تلقی کرده‌اند (۴). در این زمینه می‌توان گفت عوامل والدینی و نوع روابط والد– کودک نقش مهمی در بروز مشکلات عاطفی – رفتاری دارند. درواقع سلامت روانی والدین و کیفیت روابط والدین با کودک نقش مهمی در بروز مشکلات اضطرابی کودکان دارند (۵). آنچه در حال حاضر در مورد تأثیر والدین بر اختلالات اضطرابی دوران کودکی شناخته شده است، سبک‌های والدگری مبتنی بر بیش‌حمایتگری و سطوح اضطراب متوسط تا شدید مادر است (۷،۶ و ۸). مطالعات نشان داده است، پدران در مقایسه با مادران، رفتارهای بیش حمایتگرایانه کمتری دارند و بیشتر احتمال دارد فعالیت‌های پرمخاطره فرزندانشان را متوقف کرده، در موقعیت‌های اضطرابی کمتر به نشانه‌های اضطرابی کودکانشان توجه کرده و احتمال این امر که به خاطر مشکلات اضطرابی کودکان مسئولیت فعالیت‌ها و امور روزانه‌ای را که کودک خود می‌تواند انجام دهد کمتر بر عهده می‌گیرند (۹ و ۱۰).

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که والدین و بالاخص مادران کودکان مضطرب، به‌طور ناخواسته پاسخ‌های مضطربانه را در کودکان تسهیل می‌کنند و این امر را از طریق الگوسازی ترس یا رفتارهای اجتنابی و توجه و تلاش برای کنترل رفتار اضطرابی کودک از طریق دلگرمی دادن به جهت کاستن از میزان اضطراب، انجام می‌دهند، به‌صورتی که این رفتارها بر میزان و حس خودمختاری کودک تأثیر گذار بوده و باعث پایین آمدن این عوامل می‌گردد. زمانی که والدین به خاطر ناتوانی در جدا شدن کودک و رفتارهایی مانند گریه کردن و پریشانی‌های رفتاری یا هیجانی وی، تحت تنش بسیاری قرار میگرند معمولاً به رفتارهای اضطرابی کودک خود توجه بسیار کرده و هرگونه توجه به این پریشانی‌ها می‌تواند به آسانی رفتار اضطرابی کودک را تقویت کند و در نتیجه منجر به تقویت چرخه اضطراب و ادامه تعاملات منفی والد- کودک شود (۱۱). در این مورد می‌توان گفت که تعامل مادر- کودک دارای چهارحالت است که شامل پذیرندگی فرزند، بیش‌حمایتگری، سهل گیری و طرد فرزند است. پذیرش فرزند نشانه کفایت روابط مادر- کودک نسبت به ابراز عواطف، علاقه به تفریحات، فعالیت‌ها و پیشرفت کودک و درک کودک به‌عنوان یک کودک خوب است. از سوی دیگر بیش‌حمایتگری مادر از ترس نسبت به اینکه کودک از جانب همسالان پذیرفته نشود، نگرانی پیرامون سلامت، ترس از غفلت، نگرانی افراطی والدین نسبت به آنچه کودک قصد انجام دادن آن را دارد و نگرانی در مورد سلامت روانی کودک ناشی می‌شود. فرزندپروری بیش‌حمایت گرایانه به جای انتقال احساس ایمنی به

[1] Separation Anxiety Disorder

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

کودک، باور آسیب پذیر بودن و نیاز به حفاظت شدن و حالت هشدار و در نهایت ارزیابی‌های شناختی سوگیرانه را در کودک ایجاد می‌کند (۱۲ و ۱۳).

بیش‌کنترلی والدین و همچنین بیش‌حمایتگری آن‌ها زمانی که کودک برای مستقل شدن، نیازمند به رویارویی با محیط و کاوش آن است، سبب کاهش خودکارآمدی، خود مختاری و افزایش اضطراب در او می‌شود. این درحالی است که تشویق والدین به خودمختاری و استقلال یافتن کودک، منجر به شناخت مهارت‌ها، احساس شایستگی و کاهش اضطراب در کودک می‌شود (۱۴).

اکثر مطالعات انجام شده در مورد اضطراب بر اهمیت روابط والدین- کودک به‌عنوان عامل اصلی و تأثیر گذار بر افزایش اختلالات اضطرابی تاکید دارند (۱۵). اختلال اضطراب والدین معمولاً به‌عنوان یک عامل خطرناک برای اختلالات اضطرابی کودکان بشمار می‌آید و شاید به همین دلیل است که بخش عمده‌ای از مطالعات خانواده، به بررسی اختلالات اضطرابی در اعضای خانواده اختصاص یافته است (۱۶). براساس این پژوهش‌ها، بچه‌های والدین دارای اختلال اضطراب، دارای اختلال اضطراب بیشتری هستند.

لذا با توجه به اینکه دوران کودکی به‌عنوان یک دوره حساس در جریان رشد در نظر گرفته می‌شود و همچنین با در نظر گرفتن این نکته که اختلال اضطراب جدایی با آسیب‌های روانی در مراحل بعدی همراه است، توجه به روش‌های درمانی مؤثر برای اختلال اضطراب جدایی به خصوص در سنین پیش از مدرسه اهمیت دو چندانی پیدا می‌کند. علی‌رغم حمایت‌های تجربی که از درمان شناختی رفتاری برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان ۷ ساله و بالاتر وجود دارد، تحقیق در مورد کودکان زیر ۷ سال توجه کمی به خود جلب کرده است (۱۷).

این مسأله ممکن است ناشی از این واقعیت باشد که روش‌های درمان شناختی رفتاری موجود به احتمال زیاد فراتر از توانایی‌های شناختی یک کودک خردسال (زیر ۷ سال) مبتلا به اختلال اضطراب جدایی است (۱۱) همچنین اثر بخش بودن درمان‌های شناختی رفتاری نیازمند مشارکت فعالانه کودک در جلسات درمانی و همکاری فعالانه بین درمانگر و کودک است، درجه‌ای از مشارکت و همکاری که معمولاً در کودکان زیر ۷ سال است کمتر وجود دارد (۱۸)، علاوه بر این با توجه به نقش کلیدی تقویت در درمان کودکان، کارایی درمان نیازمند تعمیم برنامه پاداش از جلسه‌های درمانی به خارج از درمان و روابط والدین با کودک است؛ بنابراین به دلیل تفکر عینی در این کودکان، شناخت درمانی باید از حالت انتزاعی و کل نگر به سوی بهره‌گیری از مفاهیم عینی و روزمره پیش رود. از این رو درمان‌هایی که به جای خود کودک بر والدین به‌عنوان عناصر درمانی تمرکز می‌کنند، می‌توانند یک جایگزین خوب برای درمان‌های شناختی رفتاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان خردسال باشند (۱۹). بر این اساس و با درنظر گرفتن این نکته که ریشه بسیاری از اختلالات کودکی در رفتارهای والدینی نادرست و تعاملات منفی والدین با کودک است (۲۰)، می‌توان فرض کرد درمانی که هدفش بازسازی و اصلاح رفتارهای نامناسب والدینی و تعاملات منفی والد- کودک است، می‌تواند در درمان اختلال اضطراب جدایی کودکان خردسال مفید باشد (۲۱).

درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT[2]) ازجمله درمان‌های مؤثر و مبتنی بر شواهد است که برنظریه دلبستگی و یادگیری اجتماعی استوار است. این شیوه درمانی با ترکیب مؤلفه‌های بازی درمانی و آموزش رفتاری والدین برای مشارکت رفتار مخرب کودکان ۲ تا ۸ سال طراحی و اثربخشی آن در درمان مشکلات رفتاری تأیید شده است. این شیوه درمانی با اصلاح رفتار والدینی و تعاملات بین والد- کودک مشکلات رفتاری کودکان خردسال را هدف قرار می‌دهد. از آنجا که کودکان

[2] Parent-Child Interaction Therapy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

خردسال فاقد توانایی‌های شناختی کافی برای تشخیص و تغییر رفتارهای مشکل دار هستند، این شیوه درمانی به جای درگیری مستقیم با کودکان، بر شکل‌دهی بافت اولیه تأکید دارد (۲۱). درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک در دو مرحله تعامل کودک محور و والد محور اجرا می‌گردد. درمانگر در حین مهارت‌های بازی والد- کودک راهنمایی‌های لازم را در طی مرحله اول برای بهبود کیفیت رابطه والد و کودک و افزایش رفتارهای مثبت کودک و در مرحله دوم با هدف افزایش والدگری مثبت ارائه می‌دهد (۲۱).

برخی از مطالعات پیشنهاد می‌کنند پاسخ والدین به اضطراب کودک، باعث حفظ و نگهداری اختلال اضطراب جدایی در کودک می‌شود (۲۲) الگوهای تقویت مثبت و منفی در هنگام جدایی می‌تواند ترس را در کودک تقویت کند. درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک به والدین آموزش می‌دهد که چگونه این تقویت‌ها را تغییر دهند. به‌طور مشابهی، بهبود دلبستگی که به دنبال درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک رخ می‌دهد، می‌تواند در کودک کمک کند تا هنگام دوری از والدین، احساس امنیت بیشتری کند و در نتیجه قادر باشد بدون پریشانی، از والدین جدا شود. این نکته حائز اهمیت است، از آنجا که تنش و اضطراب والدین نیز با مشاهده علائم اضطرابی کودکشان، روند افزایشی به خود می‌گیرد، با بهبود اضطراب کودک از طریق این درمان، اضطراب و نگرانی آن‌ها به‌صورت قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند. از آنجایی که درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک برنامه آموزشی-درمانی مطلوبی برای والدین مخصوصاً برای استفاده در کودکان پیش‌دبستانی است و همچنین از آنجایی که هدف این برنامه درمانی افزایش گرمی، پذیرش و تعاملات مثبت والدین و کودک است، احتمالاً، دلبستگی ایمن بین والدین و کودک را بهبود می‌بخشد (۲۱). گرمی و دلبستگی بهبود یافته به دنبال درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک، می‌تواند به احساس امنیت در کودک کمک کند و در نتیجه کودک با پریشانی کمتری از والدین جدا شود. به علاوه این نوع از درمان، همه مهارت‌های خاصی که محققان اضطراب کودک به‌عنوان اصول ضروری در آموزش والدین در نظر می‌گیرند، باهم تلفیق می‌کند، مانند افزایش توجه والدین، آموزش والدین به دادن توصیه‌های شفاف به کودکان. در نتیجه انتظار می‌رود در کاهش رفتارهای توأم با ترس کودکان هنگام جدایی مؤثر باشد. درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک به نظر می‌رسد مستقیماً سبک والدینی را اصلاح کند که مشخص شده با سبک والدین کودکان مضطرب مرتبط است، در نتیجه به نظر می‌رسد درمان بالقوه مؤثری برای اختلال اضطراب جدایی باشد (۱۱).

محققان (۲۳)، مطالعاتی را گزارش کردند که به اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک اشاره داشتند و نتایج مطالعات آن‌ها نشان داد که این روش درمانی تأثیر سودمندی بر ادراک مراقبین اولیه/والدین و سایر پیامدهای بررسی شده مانند خلق و خوی کودک و توانایی خودتنظیمی و فراوانی مشکلات رفتاری کودک و توانایی تحمل مراقب در مورد رفتار کودک، مشکلات تعاملی والد-کودک و استرس کلی مراقب دارد. به‌عنوان مثال در مطالعه‌ای که با هدف دستیابی به بینشی عمیق در مورد تجارب والدین و دیدگاههای آنان در مورد درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک با استفاده از یک روش کیفی انجام شد، محققان به این نتایج دست یافتند که والدین این درمان را در زمینه افزایش اعتماد بنفس در حوزه فرزندپروری مؤثر توصیف کردند و علاوه بر آن به‌طور مداوم بر نقش تأثیرگذار مربی در تسهیل تغییر - خصوصاً در بهبود توانایی‌های تنظیم هیجان والدین تاکید داشتند. در پژوهش نامبرده شده بازی کودکانه که یکی از اجزای اساسی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک است توسط والدین به طرز شگفت آوری مؤثر شناخته شده از دیگر سو در این پژوهش مهارت‌های والدین که در ابتدا دارای مشکلاتی بود، با تکرار و تمرین و پشتیبانی درمانگر، بهینه و مطلوبتر گشتند (۲۴).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

از اینرو واز آنجا که تأثیر این روش مداخلاتی در مورد کودکان پیش از سن دبستان کمتر مورد ارزیابی قرار نگرفته است بنابراین محقق در این پژوهش به دنبال پاسخ گویی به این سؤال است که آیا آموزش مادران با درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک، می‌تواند بر بیش‌حمایتگری، اضطراب مادران و فرزندانشان که مبتلا به اختلال اضطراب جدایی هستند تأثیر بگذارد؟

روش

این پژوهش از لحاظ روش‌شناسی، نیمه‌آزمایشی بر اساس طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است و به دلیل بررسی یک روش درمانی به مادران و کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، از حیث هدف، کاربردی محسوب می‌شود. جامعه آماری این پژوهش، شامل مادران کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، با دامنه سنی ۳ تا ۶ سال تحت آموزش در مهدکودک‌های زیر نظر بهزیستی شهر اصفهان در سال ۹۸-۹۷ است. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس بوده است. برای گزینش گروه نمونه این پژوهش، به‌صورت تصادفی چندین مهدکودک، از میان مهدکودک‌های شهر اصفهان انتخاب شد و به مادران، پرسشنامه مرضی کودکان CSI-4 (فرم والد) داده شد. بر اساس نمرات این پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی روانشناس با تکنیک وارسی علائم که پژوهشگران بر اساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (۱) با مربیان و والدین کودکان در محیط مهدکودک انجام دادند، ۵۲ کودک و والد به‌عنوان نمونه اولیه انتخاب شد. در ادامه پژوهشگران برای انتخاب نمونه، برای انجام پژوهش، ۳۰ نفر از مادرانی را که در پرسشنامه مرضی کودکان و در دو پرسشنامه (ارزیابی رابطه مادر-کودک)، برای سنجش خرده مقیاس بیش‌حمایتگری و (حالت- رگه اضطراب)، برای سنجش اضطراب مادر، نمرات بالاتری گرفته بودند را به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب کردند، پس از همگن سازی بر اساس متغییرهایی همچون میزان تحصیلات مادر، سن و جنس کودک و اعلام رضایت مادران برای شرکت در مطالعه، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند لازم به ذکر است در قسمت شیوه اجرای پژوهش معیارهای ورود و خروج ذکر شده‌اند.

در این پژوهش که با هدف اثربخشی تعامل والد- کودک به مادران کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بر بیش‌حمایتگری، علائم اضطراب والدین و اضطراب کودکان صورت گرفت، ابتدا برای انجام پژوهش، از سازمان بهزیستی استان اصفهان مجوز اجازه انجام تحقیق صادر شد و از طرف این سازمان بین مهدکودک‌های ناحیه ۵ استان اصفهان، ۱۵ مهدکودک به‌صورت تصادفی انتخاب شد تا از میان آن‌ها ۳۰ نفر از مادرانی که دارای کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بودند، انتخاب شوند. در ادامه با ارائه مجوز از بهزیستی استان، همکاری مدیران مهد و داشتن معیارهای ورود از جمله: ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب جدایی کودکان، حضور کودک در بخشی از پژوهش که مربوط به تعامل والد کودک بود، داشتن سن ۳ تا ۶ سال و موافقت مادر برای شرکت در درمان، یکی دیگر از ملاک‌های ورودی میزان سن مادران بود که همگی آن‌ها بین ۳۱ تا ۳۶ سال سن داشتند، تک‌والدی بودن یا دو والدی بودن خانواده نیز در نظر گرفته شد که در این پژوهش همگی خانواده‌ها دو والدی بودند. تعداد فرزندان مبتلا به اختلال نامبرده شده نیز مد نظر قرار گرفت که همگی خانواده‌ها دارای یک کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بودند. تحصیلات مادران نیز در این زمینه در نظر گرفته شد که همگی مادران نمونه پژوهشی حاضر دارای مدرک کارشناسی بودند. ملاک خروجی پژوهش حاضر عدم شرکت در بیش از دو جلسه از جلسات آموزش رفتاری در نظر گرفته شد.

افراد گروه نمونه به‌صورت همتاسازی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگماری شدند و اهداف و فرآیندهای درمان برای مادران گروه آزمایشی شرح داده شد، از سه پرسشنامه مرضی کودکان، حالت- رگه اضطراب و ارزیابی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

رابطه مادر کودک برای تعیین اضطراب و بیش‌حمایتگری به‌عنوان پیش‌آزمون گرفته شد، سپس گروه آزمایش طی ده جلسه نود دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه به‌صورت انفرادی آموزش داده شد و پس از پایان آموزش، دوباره متغیرهای یاد شده اندازه گیری شدند. باید خاطر نشان کرد به منظور جلوگیری از سوگیری در پرسشنامه‌ها، هیچ گونه اطلاعاتی مبنی بر اینکه چه پرسشنامه‌ای را پر خواهند کرد داده نشد و به مادران از محرمانه بودن نتیجه پرسشنامه اطمینان خاطر داده شد. در محتوای برنامه آموزشی-درمانی این پژوهش بر اساس راهنمای درمان مبتنی بر تعامل والد کودک می‌باشد (25) راهنمای درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) راهنمای عملی بسیار مطلوبی است که بر طبق رویکرد درمانی دکتر آیبرگ مورد تألیف و کار آزمایی بالینی قرار گرفته است این راهنمای درمانی ابتدا به‌عنوان یک برنامهٔ آموزشی معتبر جهت کمک به والدینِ کودکان ۳ خردسال که مشکلات هیجانی رفتاری بودند توسعه یافته است. این راهنمای درمانی-آموزشی بر نحوهٔ آموزش والدین برای انجام بازی‌درمانی رفتاری و اجرای روش‌های محروم‌سازی، در هدایت والدین برای بهبود مشکلات رفتاری و هدایت فرزندان تاکید دارد. (25). اقدامات لازم انجام شده است. در ادامه به شرح محتوای آموزشی هر جلسه مداخله پرداخته شده است.

جدول ۱- محتوای برنامه درمانی تعامل والد-کودک

جلسه اول: در این جلسه بعد از آشنایی با مادر، کودک و نحوه ارتباط‌شان با یکدیگر، از طریق مصاحبه اطلاعاتی درباره پیشینه، سیر، شیوع، مشکلات حاضر و سبب شناسی جمع آوری شد. سپس پرسشنامه‌های مربوطه به والد ارائه شد و درباره رویکرد درمانی که برای درمان اختلال کودک بود، همچنین طول درمان، تأکید بر نقش والد بر علت و درمان اختلال اضطراب جدایی اطلاعات ضروری ارائه شد.
جلسه دوم: درمان با[1] CDI (تعامل کودک مدار) آغاز شد. در این جلسه که جنبه آموزشی داشت، درمانگر فقط با والد ملاقات داشت و به ایشان اصول CDI (توضیح تکلیف ۵ دقیقه‌ای در منزل، مهارت‌های پرهیزی و انجام دادنی) را آموزش داد و در آن از بحث، گفتگو و نقش گزاری استفاده کرد. والد شرکت کننده فعالی بود که به خلق سؤالات مهم و پردازش چگونگی تناسب اصول بحث شده با روش فرزندپروری خودشان تشویق شدند.
جلسه سوم: در این جلسه، برای یادگیری مؤثرتر والد اصول CDI دوباره تکرار شد و به ایشان استفاده از توجه راهبردی (برای افزایش رفتار مطلوب با ارائه نکات ویژه) و استفاده از نادیده گرفتن انتخابی (برای کاهش برخی رفتارهای نامطلوب کودک) توصیه شد. درپایان جلسه از کودک درخواست شد که با والد در اجرای اصول CDI همکاری کند تا سؤالات و مشکلات پیش آمده رفع شود و درمانگر در آخر برگه تکلیف که مربوط به این مهارت‌ها بود، به والد ارائه داد تا هرجلسه بعد از تکمیل آن‌ها در خانه با خود به همراه بیاورد.
جلسه چهارم: هدف از این جلسه تمرین و یادگیری اصول و مهارت‌های جلسات قبلی بود، قبل از شروع کار برگه تکلیف از والد خواسته شد سپس درمانگر از مادر و کودک خواست تا CDI را در حضور ایشان انجام دهند و در حین کار، درمانگر در برگه رمزگذاری نکات مثبت و منفی کار آن‌ها را بدون هیچ گونه حواسپرتی یادداشت می‌نمود و در آخر بازخوردی از کار والد مطرح می‌شد.
جلسه پنجم: آغاز این جلسه با مرور و وارسی تکالیف منزل شروع شد، از والد کودک درخواست شد، CDI را در اتاق درمانگر اجرا کنند، درمانگر مهارت‌های مطرح شده و تعاملات ایشان را مشاهده و ثبت نمود، در پایان کار بازخوردی از تمرین والد به او ارائه شد و جلسه با جمع بندی و تعیین تکلیف منزل به اتمام رسید.
جلسه ششم: این جلسه هم برای اطمینان درمانگر مبنی بر معیار تسلط والد در CDI بعد از وارسی تکالیف منزل، دوباره والد و کودک مهارت‌ها را با همدیگر انجام دادند و درمانگر بدون هیچگونه انتقاد و سرزنش به والد بدون حضور کودک بازخورد داد. در این جلسه از مادر خواسته شد برای کمک بیشتر به مشکل کودک خود، از اطمینان‌دهی بیش از اندازه و مراقبت افراطی که خودمختاری و استقلال را از کودک‌شان می‌گیرد خودداری کنند و در

[1] Child-directed interaction

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

عوض رفتارهای شجاعانه آن‌ها را مورد تشویق و توجه قرار دهند.

جلسه هفتم: این جلسه با هدف آموزش تعامل والد مدار (PDI)، پس از کسب تسلط در معیار CDI، والد به‌صورت تنها و به منظور یادگیری مهارت‌هایی برای بهبود فرمان‌برداری و کاهش رفتارهای آشفته کودک، دوباره درمانگر را ملاقات کرد و از بحث، گفتگو و نقش‌گزاری استفاده شد. همچنین استفاده از دستورالعمل‌های مؤثر برای دستور دادن والد به کودک مطرح شد.

جلسه هشتم: در این جلسه بعد از مرور شیوه دستور دادن درست والدین، رفتارهایی از کودکان که ناپیروی محسوب می‌شد، شرح داده شد و به آن‌ها تکنیک‌هایی نظیر هشدار محروم سازی، محرومیت با صندلی و اتاق محرومیت برای فرمان برداری و کاهش لجبازی کودکان‌شان مطرح شد. وجلسه با ارائه برگه تکلیف به والد به پایان رسید.

جلسه نهم: این جلسه با مرور تکلیف، بررسی سؤالات و حل مشکلات مربوط به انجام تمرینات در منزل شروع شد. پژوهشگر بعد از توضیح والد راجب انجام مهارت‌ها به ایشان بازخورد داد و برای رفع هرگونه ابهام از روش نقش‌گزاری استفاده کرد.

جلسه دهم: در این جلسه بعد از بازخوردهایی که ارائه شد و اطمینان از نتایج کار، پژوهشگر برای پی بردن به تأثیر درمان، بار دیگر پرسشنامه‌هایی که قبل از شروع درمان به والدین داده بود را ارائه کرد و یک برنامه ریزی ۲ ماهه برای ادامه روند درمان به والد ارائه داد.

[1] Parent-directed interaction

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسشنامه مرضی کودکان CSI-4(فرم والدین)

این پرسشنامه، یک مقیاس درجه بندی رفتارهای کودکان است، نخستین بار در سال ۱۹۸۴ توسط گادو و اسپرافکین بر اساس طبقه‌بندی سومین راهنمای آماری اختلال‌های روانی به منظور غربال کردن ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی شده و در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم راهنمای آماری اختلال‌های روانی مورد تجدید نظر قرار گرفت و منتشر شد. پرسشنامه مرضی کودکان دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والد درای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلال‌های رفتاری تنظیم شده است. این پرسشنامه مشتمل بر دامنهٔ وسیعی از اختلال‌های رفتاری و هیجانی کودکان ازجمله اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی، اختلال نافرمانی، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری و عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشدی فراگیر، اختلال آسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال‌های دفع است (26) که در این پژوهش از سؤالات مربوط به اختلال اضطراب جدایی استفاده شده است. در یکی از پژوهش‌هایی که توسط گادو و اسپرافکین[1](۱۹۹۷) انجام گرفت، اعتبار بازآزمایی پرسشنامه مرضی کودک مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها و همبستگی به دست آمده از دوبار اجرای پرسش نامه مرضی کودکان نشان داد که اعتبار بازآزمایی برای همه طبقه‌های پرسش نامه مرضی کودکان در سطح ۰/۰۰۰۱> p معنا دار بود. نسخه ایرانی پرسشنامه را محمد اسماعیل (۱۳۸۱) تهیه کرده و هر دو فرم والد و معلم را شامل می‌شود، باید خاطرنشان شود که در این تحقیق از فرم والد استفاده می‌شود. ارمیس[2](۲۰۰۹) اعتبار پرسشنامه را به روش بازآزمایی و با فاصله زمانی ۶ هفته روی ۷۵ پسر سنین ۶ تا ۱۰ ساله ۰/۷۲ گزارش کرده است. در پژوهش سوج[3](۲۰۰۹) روایی پرسشنامه با فرم رفتاری کودک آشنباخ و پرسشنامه تشخیصی کودکان همبستگی مثبتی نشان داد که نشانه روایی سازه آن می‌باشد. در ایران نیز ضریب اعتبار ابزار با روش بازآزمایی محاسبه شد که در رابطه با فرم والد r=۹۶ بوده است (26). کلانتری، نشاط دوست و زارعی (۱۳۸۰) اعتبار آن را با استفاده از روش تنصیف ۰/۸۵ گزارش نمودند (27). پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

پرسشنامه ارزیابی رابطه مادر- کودک (MCRE)

مقیاس ارزیابی رابطه مادر- کودک توسط رابرت، ام، رأس در سال ۱۹۶۱ ساخته شد. این آزمون یک مقیاس نگرش سنجی است که دیدگاه مادران را در خصوص چهار سبک تعامل با کودک را ارزیابی کرده و در حیطه آزمون‌های فرافکن قرار می‌گیرد، این رویکرد برآورد عینی از رابطه یک مادر به کودکش است. نتایج یافته‌های بدست آمده از طریق این ارزیابی می‌تواند فرآیند ارزیابی و درمان رابطه مادر و کودک را تسهیل نماید. زیر مقیاس‌های این آزمون عبارت هستند از ۱- پذیرش فرزند، ۲- بیش‌حمایتگری، ۳- سهل‌گیری و ۴- طرد فرزند، پنجمین زیر مقیاس با نمرات ۴ زیر مقیاس ابتدایی مشخص می‌شود که به صدک ۷۵ و بالاتر می‌رسد. هر مقیاس دارای ۱۲ عبارت است که مجموعاً ۴۸ عبارت دارد و بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای ساخته شده است، در عبارات ۱ تا ۳۹: به کاملاً موافقم=۵، موافقم=۴، نمی‌توانم تصمیم بگیرم=۳، مخالفم=۲، کاملاً مخالفم=۱ نمره داده می‌شود و به عبارات ۴۰ الی ۴۸: کاملاً موافقم=۱، موافقم=۲، نمی‌توانم تصمیم بگیرم=۳، مخالفم=۴، کاملاً مخالف=۵ نمره داده می‌شود.

[1] Gado & sprefkin

[2] Eremis

[3] Suveg

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

این عقیده وجود دارد که (MCRE) ابزاری حساس برای سنجش نگرش‌های توصیف شده است و همچنین یک ابزار مناسب برای تحقیق در حوزه‌هایی نظیر ارتباط بین بازخوردهای مادرانه و رفتار فرزندانشان، خود ادراکی و بازخوردها، ارتباط بین بازخوردهای مادرانه و درک از خود است (28). در ایران اعتبار مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و روایی آن برای پذیرش فرزند، بیش‌حمایتگری، سهل‌گیری بیش از حد و طرد فرزند به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۱ و ۰/۷۲ گزارش کرده است (29)، ضمیری (۱۳۸۴) ضریب پایایی هر یک از زیرمقیاس‌ها را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ به‌صورت زیر گزارش کرده است: پذیرش فرزند ۰/۷۷ طرد فرزند ۰/۷۸ سهل گیری افراطی ۰/۷۱ و بیش‌حمایتگری ۰/۷۲ محاسبه شده است. روایی محتوایی و ظاهری این آزمون را اساتید با تجربه دانشگاه تبریز تأیید کردند و آزمون را قابل اجرا دانستند، همچنین میانگین ضریب همبستگی بین مقیاس پذیرش و مقیاس طرد کنندگی ۰/۵۵ به دست آمد که حاکی از روایی مناسب این ابزار است (30)، در این پژوهش پایایی بیش‌حمایتگری با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

پرسشنامه حالت- رگه اضطراب اسپیلبرگر

پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر شامل مقیاس‌های جداگانه خود سنجی، برای اندازه گیری اضطراب آشکار و پنهان می‌باشد. از ۴۰ سؤال تشکیل شده که ۲۰ سؤال اول حالت اضطراب (اضطراب آشکار) و ۲۰ سؤال دوم رگه اضطراب (اضطراب پنهان) را مورد سنجش قرار می‌دهد. اضطراب آشکار، می‌تواند به‌عنوان مقطعی از زندگی یک شخص محسوب شود یا به عبارتی بروز آن موقعیتی است و اختصاص به موقعیت‌های تنش زا (جروبحث‌ها، از دست دادن موقعیت‌های اجتماعی، تهدید امنیت و سلامت انسان) دارد؛ اما اضطراب پنهان به تفاوت‌های فردی، در پاسخ به موقعیت‌های پر استرس با میزان‌های مختلف اضطراب آشکار، دلالت دارد. این پرسشنامه در این تحقیق روی مادران سنجیده می‌شود. گویه‌ها به‌صورت مثبت و منفی تنظیم شده است و در این آزمون نمره اضطراب بین ۲۰ تا ۸۰ است (31)، در پژوهش خانی پور و همکاران (۱۳۹۰) ضریب همسانی این آزمون به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۶۶ به دست آمد. اعتبار آن به روش همسانی درونی در کار با بزرگسالان، دانشجویان و فراخواندگان ارتش ۰/۹۵ – ۰/۸۶، به روش آزمون- بازآزمون برای دانش آموزان ۰/۷۷ و برای دانشجویان ۰/۷۰ گزارش شده است (32).

در هنجاریابی آزمون در ایران اعتبار آزمون – باز آزمون برای مقیاس رگه اضطراب ۰/۶۵ تا ۰/۸۶ ضریب آلفای کرونباخ برای حالت اضطراب ۰/۹۲ محاسبه شد (32). روحی و همکارانش (۱۳۸۴) نیز در مطالعه خود، میزان پایایی آزمون اسپیلبرگر را ۹۰ درصد محاسبه کرده است. پایایی پرسشنامه دراین پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بدست آمد.

یافته‌ها

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس تک متغیری و روش نمره افزوده استفاده شد که نتایج هر یک به‌صورت جداگانه در جداول زیر آمده است. در جدول ۱ شاخص‌های آماری نمرات دو گروه در مقیاس نشانگان اضطراب مادران و فرزندانشان و در مقیاس بیش‌حمایتگری والدین ارائه شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی بین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب مادر	پیش‌آزمون	۴۷/۲۱	۸/۵۰	۴۶/۷۴	۱۰/۳۳
	پس‌آزمون	۴۲/۳۱	۱۳/۳۲	۴۷/۴۵	۱۲/۳۶
بیش‌حمایتگری	پیش‌آزمون	۳۹/۵۸	۴/۲۳	۳۹/۵۱	۴/۲۶
	پس‌آزمون	۲۶/۰۸	۳/۲۱	۴۱/۲۶	۲/۰۱
	میانگین تصحیح شده	۲۶/۲۵	۰/۷۷۳	۴۱/۲۱	۰/۷۷۳
اضطراب جدایی کودک	پیش‌آزمون	۱۱/۰۶	۲/۵۲	۱۰/۱۵	۳/۶۰
	پس‌آزمون	۴/۰۰	۲/۴۰	۹/۲۰	۳/۵۲
	میانگین تصحیح شده	۴/۱۰	۰/۸۴۷	۹/۸۸	۰/۸۴۷

آزمون آماری تحلیل کوورایانس دارای مفروضه‌هایی است که از جمله همگنی شیب‌های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش‌آزمون) و متغیرهای وابسته است که در این پژوهش شیب‌های خط رگرسیون در متغیر رفتارهای اضطرابی کودکان ($p > ۰/۰۵$ و $F=۱/۲۵۸$) و بیش‌حمایتگری مادران ($p < ۰/۰۵$ و $F=۱/۵۴$)، موازی بودند. در این مطالعه تعامل گروه و پیش‌آزمون برای متغیر رفتارهای اضطرابی کودکان ($p > ۰/۰۵$ و $F=۱/۲۵۸$)، معنا دار نیست، از این‌رو، می‌توان گفت که این پیش فرض رعایت شده است. در مورد دو متغیر، اضطراب مادران ($p < ۰/۰۵$ و $F=۶/۴۱۲$) پیش فرض نامبرده شده وجود نداشت. از دیگر مفروضه‌های این آزمون همگنی واریانس‌هاست که برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیر اضطراب جدایی کودکان، از لحاظ آماری معنی دار نبود، (اضطراب کودکان $p > ۰/۰۵$ و $F=۱/۶۰$، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. از این رو با توجه به برقراری مفروضه‌های اصلی این آزمون، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم. از سوی دیگر با توجه به اینکه مفروضه همگونی شیب رگرسیون در مورد نمرات اضطراب مادران برقرار نبود، برای تحلیل نمرات آن از روش نمره افزوده و تی نمونه‌های مستقل استفاده شد. از دیگر سو برای تحلیل مقیاس اضطراب کودکان و بیش‌حمایتگری و به منظور کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

جدول ۳- بررسی معناداری تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در اضطراب مادران

گروه	آزمون لوین		t	درجه آزادی	سطح معناداری
	F	سطح معنی‌داری			
آزمایش کنترل	۸/۰۰	P> ۰/۰۵	۲/۸۰	۲۷	P< ۰ /۰۵

با توجه به جدول ۳ و با در نظر گرفتن نمره t محاسبه شده و در سطح معناداری ۰/۰۵ تفاوت موجود بین نمرهٔ اضطراب مادران در گروه آزمایش و گروه کنترل دارای تفاوت معناداری (P< ۰ /۰۵) می‌باشند.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به متغیر بیش حمایت گری مادران دو گروه آزمایشی و کنترل

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	مجذور اتا
بیش‌حمایتگری	پیش‌آزمون	۳/۲۵۸	۱	۳/۲۵۸	۰/۵۲	۰/۳۲	۰/۰۲۳
	گروه	۳۰/۲۳	۱	۳۰/۲۳	۷/۸۴	۰/۰۰۷	۰/۲۸
	خطا	۷۲/۳۹	۲۷	۲/۵۰	-	-	-
	کل	۱۰۵۲/۸۷	۳۰	-	-	-	-

با توجه به جدول ۴، بعد از آزمودن اثر گروه یا مداخله (آموزش رابطه والد-کودک) بر متغیر وابسته (بیش‌حمایتگری)، نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است و این برنامه آموزشی درمانی میزان بیش‌حمایتگری مادران را کاهش داده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزش برنامه درمانی رابطه والد-کودک باعث تغییر در گروه‌ها شده است. علاوه بر این میزان اندازه اثر ۰/۲۸ یا به عبارت دیگر ۲۸ درصد از تغییرات بیش‌حمایتگری مربوط به عضویت گروهی است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به متغیر اضطراب جدایی کودکان دو گروه آزمایشی و کنترل

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	مجذور اتا
اضطراب کودکان	پیش‌آزمون	۱۵۰	۱	۱۵۰	۱۷۵	۰/۰۰۱	۰/۱۲
	گروه	۲۵۲	۱	۲۵۲	۲۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	خطا	۲۳	۲۷	۰/۰۰۱	-	-	-
	کل	۱۹۳۲	۳۰	-	-	-	-

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

با توجه به جدول ۵، بعد از آزمودن اثر گروه یا مداخله (آموزش رابطه والد-کودک) بر متغیر وابسته (اضطراب کودکان)، نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است و این برنامه آموزشی درمانی میزان اضطراب کودکان گروه آزمایشی را کاهش داده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزش برنامه درمانی رابطه والد-کودک باعث تغییر در گروه‌ها شده است. علاوه بر این میزان اندازه اثر ۰/۳۱ یا به عبارت دیگر ۳۱ درصد از تغییرات اضطراب کودکان مربوط به عضویت گروهی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش برنامه درمانی-آموزشی رابطه والد-کودک به مادران کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، بر اضطراب مادران و فرزندانشان و رفتارهای بیش حمایتگرایانه این مادران بوده است. نتایج تحلیل یافته‌ها نشان داد که دوره آموزش والدگری مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کاهش میزان اضطراب و بیش حمایگری مادران مؤثر بوده است. همسو با پژوهش حاضر، پژوهش‌های بسیاری نیز میزان اثرگذاری مداخلات مبتنی بر والدگری های مثبت و کمتر مداخله جویانه و از سوی دیگر بیش حمایگرایانه را بر مشکلات درونی سازی شده کودکان را مورد بررسی قرار داده‌اند و به نتایج مشابه دست یافته‌اند. روابط بین والدین و فرزندان باعث تعامل قوی بین والدین و کودک می‌شود و به عبارت دیگر به درک و پذیرش متقابل بین والدین و فرزند کمک می‌کند (33). کارنس هولت[1] ۲۰۱۴ معتقد است که تعامل والد- فرزندی یک رابطه مهم و حیاتی برای ایجاد امنیت و عشق است که متشکل از ترکیبی از رفتارها، احساسات و انتظاراتی است که منحصر به پدر و مادر خاص و یک کودک خاص می‌باشد. این تعامل نخستین معرف دنیای ارتباطات برای کودک می‌باشد و احساس عشق، امنیت و صمیمیت به‌طور مستقیم ریشه در این روابط دارد. عواملی چون شخصیت والدین، سلامت روانی و جسمانی آن‌ها، شیوه‌های تربیتی اعمال شده در داخل خانواده و بی‌نهایت متغیر دیگر که سلامت روانی و جسمانی فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (34)، درواقع رفتارهای پدرو مادر به‌طور مداوم با سلامت روان کودکان و نوجوانان در ارتباط است (35).

کوت، پیتکاس، آیبرگ و بارلو[2](۲۰۰۵) تأکید می‌کنند که بسیاری از اختلالات دوران کودکی در تعاملات منفی والد- کودک ریشه دارد. تا جایی که نتایج حاصل از پژوهش‌ها بیانگر این امر می‌باشد که اگر والدین چگونگی رفتار با کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی خود را ندانند، نسبت به دیگر والدین که از شیوه‌های فرزندپروری بهتری استفاده می‌کنند، کودکان آن‌ها بیشتر درمعرض اختلال وحشتزدگی قرار می‌گیرند. در ادامه به بیان فرضیه‌ها و تبیین نتایج پژوهش پرداخته شده است (36).

در مورد فرضیه اول پژوهش، مبنی بر اینکه (آموزش مادران با رویکرد تعامل والد- کودک در کاهش میزان اضطراب ثانویه مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی که ناشی از اضطراب کودکشان است، مؤثر است) تحلیل نتایج نشان داد که آموزش مادران از طریق این روش درمانی بر کاهش میزان اضطراب‌شان مؤثر بوده است. این یافته با نتایج دیگر پژوهش‌ها ازجمله: توماس و همکاران (37)، مبنی بر اثربخشی PCIT بر کاهش استرس والدین؛ در متاآنالیزی که توسط توماس و زیمر (38) صورت گرفت، شاهد کاهش مشکلات رفتاری و استرس والدین بودند؛ (تحقیقات پولیافیکو، کامرو پینکاس (39)؛ کارپنتر و همکاران (40)؛ باگنر و همکاران (41) و کولهاف و مورگان (42) تأثیرات PCIT را بر دامنه وسیعی از مشکلات بیرونی از جمله اضطراب و افسردگی را نشان دادند همخوانی داشت.

[1] Carnes-Holt

[2] Choate, Pincus, Eyberg & Barlow

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

در راستای تأثیر مداخله درمانی پژوهش حاضر بر کاهش اضطراب مادران حاضر در پژوهش، می‌توان گفت که با ارائه این آموزش‌ها به مادران به این نکته تأکید شد که سلامت روان والدین یکی از عوامل تأثیرگذار و حتی ایجاد کننده اضطراب جدایی است، به آن‌ها گفته شد اضطراب والدین به ویژه مادر، خود فراهم کننده مشکلات عدیده‌ای در کودکان ازجمله اضطراب می‌شود، برای مثال مادر مضطرب از گذاشتن کودکش در موقعیت‌های جدید که نیاز به جدا شدن دارد خودداری می‌کند. این مادران در زمان جدایی اطمینان‌دهی بیشتری می‌دهند، انگار نگران هستند در صورت تجربه اضطراب توسط کودکشان، والدین بدی باشند و یا اینکه حادثه نگران کننده‌ای اتفاق بیوفتد.

این والدین اغلب خودشان دچار تشویش هستند و نیازمند حمایت در امر فرزندپروری می‌باشند. محققان دریافتند که والدین فهم کافی از مکانیزم اضطراب، به خصوص محاسن رویارویی را که اجازه تعمیم در خلال زمان و موقعیت‌های جدایی را بدهند، ندارند و برای اداره موقعیت‌های تشویش برانگیز و جدایی آینده آمادگی ندارند (۱۱)؛ بنابراین رفتارهای این مادران که نمود اضطراب است به‌صورت ناخودآگاه باعث تداوم اضطراب کودکانشان می‌شود و ترس و اضطراب به‌صورت ندانسته توسط الگو پذیری مستقیم از والدین به کودکان منتقل می‌شود و این چرخه ادامه پیدا می‌کند تا جایی که شدت پریشانی مادر و کودک آن‌ها را مجبور به دریافت درمان می‌کند. PCIT برنامه جامع و روشنی برای این خانواده‌ها است که اعتماد به نفس والدین را افزایش داده و روابط والد- کودک را بهبود می‌بخشد.

در این جلسات سعی بر آن شد تا با توضیح دادن شکل‌گیری این چرخه، شیوه انتقال ترس و اضطراب مادر به کودک نشان داده شود، به عبارتی نقش عوامل یادگیری اجتماعی مؤثر در بروز واکنش‌های اضطرابی در مواردی که خود والدین دچار اضطراب هستند، بیان شد؛ بنابراین پژوهشگر تلاش کرد، باور مادران مبنی بر حوادث احتمالی که ممکن است برای کودک خود اتفاق بیوفتد، تغییر دهد که یکی از علل ایجاد کننده اضطراب است و همچنین زمانی که مادران درک کردند، بسیاری از ترس ها و نگرانی‌هایشان در مورد کودک و خانواده افراطی و غیر منطقی است، توانستند به آرامش نسبی برسند و این آرامش را طی تعاملات درستی که از طریق آموزش درمانی دریافت کرده بودند بدست آوردند.

با توجه به اینکه ازجمله اهداف PCIT عبارتند از: بهبود کیفیت روابط والد-کودک و تغییر الگوهای تعامل والد-کودک، کاهش مشکلات رفتاری با افزایش رفتارهای جامعه پسند، تقویت مهارت‌های والدگری شامل نظم و انضباط مثبت و کاهش استرس والدین است (43)، این روش درمانی کمک کرد تا اضطراب مادران به میزان قابل قبولی کاهش پیدا کند.

در مورد فرضیه دوم پژوهش، مبنی بر (آموزش مادران با رویکرد تعامل والد- کودک در کاهش میزان اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی مؤثر است) تجزیه وتحلیل نتایج نشان داد که آموزش مادران از طریق این روش درمانی بر کاهش میزان اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی مؤثر بوده است و اثربخشی آن از لحاظ آماری معنادار است. این یافته با نتایج دیگر پژوهش‌ها ازجمله: کوت (36)، PCIT را با کودکانی که تشخیص اصلی SAD داشتند مورد ارزشیابی قرار دادند، پس از درمان اضطراب جدایی شرکت‌کنندگان به‌صورت قابل توجهی کاهش یافته بود؛ مهاجری و همکاران (44)، اثربخشی این درمان را بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان درخود مانده بررسی کرده و باعث بهبود ضعیف تا متوسط خودکارآمدی آن‌ها شده است، همسو بود.

با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته، مشخص شد تعاملات والد کودک نقش مهمی در ابقای اضطراب جدایی دارد. ابتدا والدین کودکان مضطرب به‌عنوان الگویی از

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

ترس و رفتارهای اجتنابی توصیف شدند. برای مثال مشاهده شد که والدین کودکان SAD به اشتباه ترس کودکان‌شان را قبل از اینکه اتفاق بیفتد، در خلال پذیرش با پیش بینی جدایی مشکل زا تشدید می‌کردند.

قسمت CDI درمان شامل شماری از مهارت‌ها است که می‌تواند برای آموزش والدین جهت ارتقای استقلال و اقتدار در کودکان‌شان به کار رود. برای مثال به والدین یاد داده شد که وقتی کودک‌شان رفتارهای شجاعانه به تنهایی خوابیدن، تنها بازی کردن در اتاق و با پدر ومادربزرگ ماندن را هنگام رفتن والد برای خرید انجام می‌دهند، آن‌ها را مورد تمجیدهای عنوان دار قرار دهند. همچنین پژوهشگر به والدین آموخت تا چسبیدن و ترس افراطی کودک را هنگام جدا شدن نادیده بگیرند. در CDI، والدین در بکار بردن انحراف توجه برای هدایت کودک‌شان به سمت رفتار مثبت‌تر خبره می‌شوند. کودکی را در نظر بگیرید که هروقت مادرش او را با پدرش در خانه تنها می‌گذارد جیغ می‌کشد و گریه می‌کند. بعد از اینکه مادر خداحافظی می‌کند و به سرعت از خانه خارج می‌شود، پدر می‌تواند مهارت‌های CDI را برای توصیف پراشتیاق هواپیمای در حال عبور، پرنده‌های روی درخت و بادکردن بادکنک به کار ببرد. اگر کودک به گریه کردن خود ادامه دهد، پدر می‌تواند اضطراب جدایی را نادیده بگیرد و چند اسباب بازی بردارد و مشتاقانه بازی‌اش را توصیف کند. به محض اینکه کودک جذب شد پدر می‌تواند رفتارهای مناسب کودک را مورد تمجید قرار دهد.

والدین در دنبال کردن هدایت کودک‌شان در بازی مشکل داشتند (مثلاً به کودک اجازه نمی‌دادند که مشکلات را حل کنند) و خودشان را مضطرب می‌کردند و نسبت به اشتباهات CDI خود انتقادی برخورد می‌کردند. همچنین در آسوده بودن، اهل تفریح و بازی بودن با دشواری روبه رو بودند؛ بنابراین درمانگران متوجه شدند که متمرکز ساختن آموزش روی ۱) اجازه دادن به کودک برای انتخاب بازی و حل مشکلات ۲) تشویق والدین به ((آسان گیر بودن نسبت به خودشان)) و ۳) ایجاد تعامل گرم و شوخ طبعانه (مانند پانتومیم بازی کردن) مؤثر است. درمانگران مرکز اضطراب و اختلالات مرتبط با آن بر اهمیت ساختن احساسات کلامی کودکان با آموزش والدین در عنوان دار کردن و بازتاب دادن احساسات در خلال بازی، تأکید کردند (۱۱).

چگونگی برقراری ارتباط مادر با کودک از اهمیت خاصی برخوردار است. شاید بتوان گفت یکی از بهترین روش‌های وارد شدن به دنیای کودک از طریق بازی است. بازی نه تنها می‌تواند بر جسم و روان کودک تأثیر گذار باشد بلکه می‌تواند بر نحوه ارتباط مادر با کودک نیز مؤثر واقع شود (45).

در جلسات آموزشی اطلاعاتی درباره ماهیت اضطراب، چگونگی توجه به رفتار اضطرابی با عکس العمل‌های مشوش دائمی و نحوه دوری از موقعیت‌هایی که کودک مجبو است جدا شود و درواقع منجر به اضطراب جدایی برای ادامه و گاهی بدتر شدن شرایط می‌شود، به والدین داده می‌شود. والدین آموختند که در خلال موقعیت‌های جدا شدن مهارت‌های CDI را به کار برند و جدا شدن را در گام‌های کوچک تمرین کنند. کودکان تشویق شدند که در ساختن پلکان شجاعت همکاری کنند (برای مثال، پله‌هایی برای جدا شدن جهت روزهای بازی، مدرسه و غیره). همچنین کودکان به تعیین جایزه‌ها برای تمرین کردن پلکان شجاعت تشویق شدند. در خلال تمرین‌ها در مهدکودک به والدین آموزش داده شد که مهارت‌های CDI خود را برای توصیف، تمجید، بازتاب و تقلید برای توجه مثبت دادن در زمانی که کودک روی مراحل پلکان کار می‌کند، استفاده کنند. والدین برای چسبیدن و رفتارهای ناشی از ترس، از نادیده گرفتن و انحراف توجه استفاده کردند. اگر کودک برای تسلط بر مرحله‌ای از پلکان درگیری به وجود آورد. به خانواده یاد داده می‌شود که گام‌های قبلی را بیشتر تمرین نمایند و سپس دوباره امتحان کنند. برای موفقیت در مرحله پلکان، کودک کنار

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

نردبان تسلط یک برچسب می‌زند. وقتی در تمام گام‌ها تسلط به وجود آمد کودک ممکن است جایزه‌ای از فهرست فعالیت‌های خاص والد- کودک انتخاب کند. با استفاده از این آموزش‌ها، می‌توانیم برای خردسالانی که هنگام رفتن به پیش‌دبستانی اضطراب جدایی شدیدی را تجربه می‌کنند یک ساختار پلکان شجاعت بسازیم. پلکان شامل یک سری تجربه‌های متوالی رویارویی از کمترین تا بیشترین حالت تنیدگی است.

بیشترین میزان کاهش در اضطراب جدایی در خلال مرحله CDI درمان بدست آمد و در خلال PDI عمل جدا شدن تقریباً برای همه کودکان به صفر کاهش یافت. محققان ۳ مکانیزم بالقوه مؤثر در اثربخشی PCIT در کاهش اضطراب جدایی را به این شرح نام برده‌اند: ۱- افزایش کنترل کودک، ۲-توجه مثبت داشتن به رفتارهای شجاعانه و ۳- بهبود امنیت در رابطه والد-کودک، والدین را در مورد جدا شدن از کودکانشان کمتر مضطرب ساختن (36).

بررسی‌ها نشان می‌دهد عوامل مربوط به والدین و خانواده تأثیر قابل توجهی بر گسترش اضطراب کودک می‌گذارد (46)؛ بنابراین درمان مبتنی بر تعامل والد- کودک با توجه با تأثیر مثبتی که بر روابط درون خانواده می‌گذارد می‌تواند به میزان قابل توجهی بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان نقش یاری دهنده داشته باشد.

و در مورد آخرین فرضیه پژوهش (آموزش مادران با رویکرد تعامل والد- کودک در کاهش بیش‌حمایتگری مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی مؤثر است) تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد، آموزش تعامل والد- کودک در کاهش بیش‌حمایتگری مادران مؤثر بوده است و تفاوت معنا داری بین دو گروه آزمایش و کنترل دیده شده است.

در تأیید این فرضیه نتایج تحقیقات دیگر پژوهشگران از جمله: مطالعه ری و همکارانش (47)، بیانگر اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد- کودک بر پیشگیری از مشکلات رفتاری در سنین اولیه کودکی و بهبود محیط تعاملی کودک با والدین بوده است؛ کیدرون و لندرث (48)، مطالعه‌ای را بر روی والدینی که دچار تنیدگی‌های مزمنی بودند، انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که روش بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد- کودک نه تنها سطح تنیدگی والدینی را کاهش می‌دهد بلکه منجر به تعاملات همدلانه والدین با کودکان و پذیرش بیشتر آن‌ها می‌شود؛ در پژوهشی که امیر و همکارانش (42)، با عنوان بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر سبک‌های فرزندپروری انجام داد، نتیجه گرفتند بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر بهبود به کارگیری سبک‌های فرزندپروری اثرگذار است، با این فرضیه همسو بود.

کیفیت روابط والدین به خصوص مادر-کودک نقش تعیین کننده‌ای در شکل گیری شخصیت و عملکرد اجتماعی و شناختی و نیز بهداشت روان کودک در آینده داشته و تأثیر طولانی مدت آن بر رشد و تکامل کودک به اثبات رسیده است. یافته‌های پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که الگوهای ارتباطی مادر کودک با خودناتوان پنداری، اختلالات خوردن و اضطراب و مشکلات روان‌تنی در کودکان ارتباط دارد (49,50).

والدین کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بسیار بیش حمایت‌گرانه عمل می‌کنند، والدین بیش‌حمایتگر در عین صمیمی و با محبت بودن فاقد قاطعیت هستند، به‌طوری که با کوچکترین اصرار و پافشاری تسلیم کودک می‌شوند. آن‌ها برای اطمینان‌سازی با گفتن عبارت‌هایی مثل ((نگران نباش عزیزم. من در اتاق دیگر هستم. می‌توانی اگر نیاز داشتی بیایی پیش من. فکر می‌کنی خوب هستی؟)) فراتر می‌روند. عبارت‌هایی از این دست این پیام را به کودکان می‌دهد که واقعاً باید چیز نگران کننده‌ای وجود داشته باشد. موضوع مرتبط دیگری که قابل توجه است این است که این والدین از کودکان‌شان

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

مراقبت افراطی به عمل می‌آورند که این امر مانع از تجربه خودمختاری و استقلال توسط کودکانشان می‌شود. آن‌ها ممکن است دائماً به کودک تذکر بدهند که نزدیک من بمان، بیش از حد روی تحصیل تمرکز کنند و مانع از جذب کودک‌شان در فعالیت‌های متناسب با سن شوند فعالیت‌هایی مانند خرید کردن، با دوچرخه راندن و یا از سرسره پر شیب پایین آمدن. رفتار اشتباه دیگر والدین، تمایل آن‌ها به منتقد بودن است، به ویژه زمانی که کودکانشان گریه می‌کنند یا در مقابل جدا شدن مقاومت می‌ورزند. یک نگرانی مهم این است که والدین کودکان مضطرب، با توجه به رفتارهای هول برانگیز، پریشانی ناشی از جدا شدن را چه به شکل اطمینان بخشی و چه انتقاد، به اشتباه تشدید می‌کنند.

یافته‌های تحقیق لازاروس و همکاران (51)، 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 توجه ویژه‌ای شده است بطوری که در ارائه برنامه‌های درمانی مختلف آموزش مدیریت والدین رواج بیشتری یافته است. بوگز وهمکاران (52) تأکید می‌کنند درمان تعامل والد-کودک به وسیله تشویق تعاملات مثبت والد-کودک و آموزش والدین به این که چطور رفتار کودک را کنترل کنند، کمک می‌کند تا رفتارهای چرخه‌ای منفی والد-کودک شکسته شود.

از آنجا که سلامت هر فرد وابسته به روابط بین فردی وی می‌باشد و اولین رابطه بین‌فردی از رابطه مادر و کودک منشأ می‌گیرد، پینکاس و همکارانش (۱۱)، PCIT را برای اصلاح تعاملات ناکارآمد والد- کودک که باعث پایداری اضطراب می‌شود مؤثر تشخیص دادند. ایجاد رابطهٔ گرم و پذیرنده، به کاربردن سبک و روش مناسب فرزندپروری و فراهم آوردن محیطی که کودک در آن احساس امنیت و آرامش خاطر کند از عواملی است که تأثیر بسزایی در سلامت روان کودک دارد. واز PCIT می‌توان به‌عنوان روشی برای برقراری این ارتباط استفاده کرد.

در جلسات آموزشی سعی بر آن شد به مادران کمک شود تا به کودکانشان اجازه دهند رفتارهای مستقلانه بدون دخالت والدین انجام دهند، مثلاً اجازه دهند فرزندشان هرازگاهی به‌صورت تنها به خرید برود، در خرید لوازم شخصی انتخاب را بر عهده کودک بگذارند، به تنهایی حمام برود، اگر در هنگام بازی با دیگر کودکان به جروبحث بپردازند والدین‌شان دخالت نکنند؛ و مادران آموختند که به چنین رفتارهای مستقلانه کودکان توجه مثبت و پاداش بدهند تا کودک تشویق به ادامه این رفتارها شود. همچنین درخلال این برنامه آموزشی کودکان رهبری بازی را بر عهده می‌گرفتند، نوع بازی را خود کودک انتخاب می‌کرد و مادر از او در هنگام بازی پیروی می‌کرد و مشتاقانه او را تشویق می‌کرد. این تکنیک‌ها به‌صورت ظریف کمک می‌کرد تا بیش‌حمایتگری مادر کاهش پیدا کند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، نداشتن مرحله پیگیری است.

در این پژوهش به علت کمبود زمان و مشکل در دسترسی دوباره به شرکت کنندگان از پیگیری نتایج پژوهش صرف نظر شد. محدودیت دیگر پژوهش، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس بود. از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی از محدودیت‌های مذکور فراتر روند و مداخلات با حضور تعداد آزمودنی و مداخله‌گر بیشتر انجام شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود که به دلیل اهمیت نقش هر دو والد، پدران در کنار مادران در جلسات شرکت داده شوند.

تشکر و قدردانی

از تمام متخصصین و شرکت کنندگانی که مارا در انجام این پژوهش یاری کردند. صمیمانه سپاسگذاریم.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

منابع

Mohammadi sy. Diagnosis & statistical guidline of psycho disorder, fifth edition. American psychological association.2013. [Persian].

Roye SS. “Assessment of Separation Anxiety Disorder: A Review of Evidence Based Approaches, Child and Adolescent”. Social Work Journal.2014; (4):19-50.

Lavallee K, Herron C, Blatter-Meniere J, Amoretto C, In-Alban T, & Schneider S. Early predictors of separation anxiety disorder: early stranger anxiety, parental pathology and prenatal factors. Psychopathology. 2011; 44(6): 354-361.

Rapee RM, Bagels SM, van der Slues CM. Crake MG. & Ollendick T. Annual research review: conceptualizing functional impairment in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2012; 53(5): 454-468.

Timmer SG. & Urquiza AJ. Empirically based treatments for maltreated children: a developmental perspective. In Handbook of Child Maltreatment (pp. 351-376). Springer, Dordrecht. 2014.

McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. Clinical psychology review. 2007; 27(2): 155-172.

Murray, L. Creswell, C. & Cooper, P. J. The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. Psychological medicine. 2009; 39(9): 1413-1423.

Rapee RM, Schniering CA & Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. Annual review of clinical psychology. 2009; 5: 311-341.

Lindsey, E. W. & Mize, J. Contextual differences in parent–child play: Implications for children's gender role development. Sex Roles. 2001; 44(3-4): 155-176.

Paquette D, & Bigras M. The risky situation: A procedure for assessing the father–child activation relationship. Early Child Development and Care. 2010; 180(1-2): 33-50.

Pincus DB, Eyberg, SM, & Choate ML. Adapting parent-child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder, Education and Treatment of Children. 2005; 28(2): PP.163-181.

Lotfi Kashani F, Vaziri Sh. Morbid psychology of the child. Tan: Publication Arasbaran. 2007; P.212-30. [Persian].

Brumariu LE, & Kerns KA. Mother–child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. Journal of applied developmental psychology 2008; 29(5): 393-402.

Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang W C, & Chu BC. Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. Journal of child psychology and psychiatry. 2003; 44(1): 134-151.

Rapee RM. The development of generalized anxiety. The developmental psychopathology of anxiety. 2001; 481-503

Bögels SM, & Brechman-Toussaint, ML. Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. Clinical psychology review. 2006; 26(7): 834-856.

Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, & Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. British journal of clinical psychology 2004; 43(4): 421-436.

Krebs G, & Heyman I. Treatment-resistant Obsessive-compulsive Disorder in Young People: Assessment and Treatment Strategies. Child and Adolescent Mental Health. 2010; 15(1): 2-11.

Lebowitz ER, Omer H, Hermes H, & Scahill L. Parent training for childhood anxiety disorders: the SPACE program. Cognitive and Behavioral Practice. 2014; 21(4): 456-469.

Affrunti NW, Ginsburg GS. Maternal overcontrol and child anxiety: The mediating role of perceived competence. Child Psychiatry & Human Development. 2012; 43(1): 102-112.

Eyberg SM, Funderburk B. Parent-child interaction therapy protocol. Gainesville, FL: PCIT International. 2011.

Fischer DJ, Himle JA, Thyer BA. Separation anxiety disorder. In R. T. Ammerman, M. Hersen & C. Last (Eds.), Handbook of prescriptive

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

treatments for children and adolescents. Boston: Allyn & Bacon. 1999.

Cooley ME. Veldorale-Griffin, A. Petren, R E. Mullis Ak. Parent-child interaction therapy: A Meta analysis of child behavior outcome and parent stress. Journal of family social work, 2014; 7: 191-208.

Woodfield MJ, Cartwright C. Parent-Child Interaction Therapy from the Parents' Perspective. Journal of Child and Family Studies. 2020; 29: 632–647.

Bodiford mcneil ch, hembree kigin t Parent-child interaction therapy. 2016.

Mohammad esmael E, alipour A. Preliminary review of validity & determine the cutting points disorder of child pediatric symptoms. Quarterly research in exceptional children. 2002. [Persian] .

Tabatabaee SM, bigdeli I, biabani GH, hadadi T. Review of prevalence level of psycho – behaviour disorder in children with prisoned parent of Semnan. Journal of disciplinary medicine. 2014; 2 (1): 21-29. [Persian]

Robert MRoth. Manual the Mother-Child Relationship Evaluation. Published by A Division of Manson Western Corporation. 1996.

Rahbar KF. The effect of stress management training based on cognitive-behavioral approach on improving the parent-child relationship and psychological well-being of mothers of mental retarded children. Journal of Child Mental Health. 2016; 3(3): 59-71.

Zamiri R. The relationship between type of delivery and emotional relationship between child and mother in preschool girls. Unpublished manuscript, Islamic Azad University Rodehen Branch. 2004. [Persian]

Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F. The effect of learning attachment behaviors on maternal anxiety and attachment to the fetus in early pregnant mothers. Journal of Mashhad School of Nursing and Midwifery. 2011; 11(1): 21-33. [Persian].

Khanipour H, Mohammadkhani P, Tabatabaee S. Strategies for Controlling Thought and Anxiety Traits: Predictors of Pathological Anxiety in a Non-Clinical Sample. Journal of Behavioral Science. 2011; 5(2): 73-78. [Persian].

Popov LM, Ilesanmi RA. Parent-child relationship: Peculiarities and outcome. Review of European studies. 2015; 7(5): 253.

Gharehgozlou N, Atadokht A. Predicting Depression, Anxiety and Stress in Male Adolescents Based on Maternal Parenting Style: Assessing the Predictive Role of Authoritarian Parenting Style. Developmental Psychology. 2018; 7(6): 101-116.[Persian].

Schofield TJ, Holst ME, Murphy SK. Associations between Parenting and Mental Health. Associations between Parenting and Mental Health. Pp: 98-104.2016.

Choate ML, Pincus DB, Eyberg SM, Barlow D. H. Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. Cognitive and Behavioral Practice. 2005; 12(1): 126-135.

Thomas R, Abell B, Webb HJ, Avdagic E, Zimmer-Gembeck MJ. Parent-child interaction therapy: A meta-analysis. Pediatrics. 2017; 140(3): e20170352.

Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ. Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. Journal of abnormal child psychology. 2007; 35(3): 475-495.

Puliafico AC, Comer JS, Pincus DB. Adapting parent-child interaction therapy to treat anxiety disorders in young children. Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2012; 21(3): 607-619.

Carpenter AL, Puliafico AC, Kurtz SM, Pincus DB, Comer JS. Extending parent–child interaction therapy for early childhood internalizing problems: New advances for an overlooked population. Clinical child and family psychology review. 2014; 17(4): 340-356.

Bagner DM, Coxe S, Hungerford GM, Garcia D, Barroso NE, Hernandez J, Rosa-Olivares J. Behavioral parent training in infancy: A window of opportunity for high-risk families. Journal of abnormal child psychology. 2016; 44(5): 901-912.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]

Kohlhoff J, Morgan S. Parent-Child Interaction Therapy for toddlers: a pilot study. Child & Family Behavior Therapy. 2014; 36(2): 121-139.

Damodaran D. Parent Child Interaction Therapy (PCIT): Child Well-being through an effective Parenting Intervention. 2015.

Mohajery SA, Pouretemad H, Shokri. O, Khoshabi K. The effectiveness of parent-child interaction therapy on parenting self-efficacy of mothers of children with autism with high activity. Journal of Applied Psychology. 2013; 1(25): 21-38. [Persian].

Amir A. Hasanabadi H, Asgharinekah M, Tayebi Zahra. Evaluation of the effectiveness of parent-child relationship therapy (CPRT) on parenting styles. Journal of Family Counseling and Psychotherapy. 2012; 1(4): 473-489.[Persian].

May AC. The Effects of Parent Factors on Children's Separation Anxiety. 2013.

Ray DC, Blanco PJ, Sullivan JM, Holliman R. An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. International Journal of Play Therapy. 2009; 18 (3): 162.

Kidron M, Landreth G. Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. International Journal of Play Therapy. 2010; 19(2): 64.

Lindsey EW, Cremeens PR, Colwell MJ, Caldera YM. The structure of parent–child dyadic synchrony in toddlerhood and children's communication competence and Self-control. Social Development. 2009; 18(2): 375-396.

Enten RS, Golan M. Parenting styles and eating disorder pathology. Appetite. 2009; 52(3): 784-787.

Lazarus RS, Dodd HF, Majdandžić M, de Vente W, Morris T, Byrow Y, Hudson JL. The relationship between challenging parenting behaviour and childhood anxiety disorders. Journal of affective disorders. 2016; 190: 784-791.

Boggs SR, Eyberg SM, Edwards DL, Rayfield A, Jacobs J, Bagner D, Hood KK. Outcomes of parent-child interaction therapy: A comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. Child & Family Behavior Therapy. 2005; 26(4): 1-22.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.18]