

اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادران بر عزت نفس کودکان دچار شکاف لب و کام: پژوهش مورد منفرد

محمد صالح فقیهی^۱ و محمد باقر کجباغی^{۲*}

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۱۴؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۵/۱۲/۱۲؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۱۴

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین میزان اثربخشی آموزش فرزندپروری به شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر عزت نفس کودکان دچار شکاف لب و کام بود. **روش:** روش پژوهش موردی و جامعه آماری کلیه کودکان سن دبستان دچار شکاف لب و کام استان اصفهان به تعداد ۶۵ نفر بود که تا ابتدای سال ۱۳۹۵ در تنها کلینیک تخصصی و حمایتی شکاف لب و کام در کشور به نام کلینیک لیخند وابسته به خیریه امام حسین (ع) پرونده داشتند. از میان این کودکان، به روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند، ۵ کودک که در غربالگری حد نصاب نمره ۲۶ و کم‌تر را در پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت ۱۹۶۷ کسب کرده بودند؛ انتخاب شدند. پس از سه جلسه خط پایه برای هر کودک، آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادر هر یک از کودکان، به صورت انفرادی در ۸ جلسه هفتگی هر جلسه ۶۰ دقیقه ارائه و عزت نفس کودکان بعد از هر جلسه، و نیز در مرحله پیگیری ۱۵ روزه، ۱ ماهه و ۳ ماهه مجدداً اندازه‌گیری، و داده‌ها بر اساس تحلیل دیداری و شاخص‌های آماری توصیفی تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد برای هر ۵ آزمودنی نمره‌های میانه و میانگین در مداخله نسبت به خط پایه افزایش داشته و روند با ثبات و صعودی بوده است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادران را روش موثری برای افزایش عزت نفس کودکان دچار شکاف لب و کام و سایر کودکان با معلولیت‌های مشابه در نظر گرفت و با مداخله به هنگام عزت نفس آن‌ها را بهبود بخشید.

کلیدواژه‌ها: پذیرش، تعهد، شکاف لب و کام، عزت نفس، فرزندپروری، مورد پژوهی

۱. کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان، اصفهان، ایران

۲. نویسنده مسئول، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

شکاف لب و کام^۱ شایع‌ترین بدشکلی‌های مادرزادی است که بر ناحیه دهان و صورت تأثیر می‌گذارد و باعث اختلال‌هایی در عملکرد گفتار، بلعیدن و جز آن می‌شود. علت اصلی شکاف‌ها تاکنون مشخص نشده و ممکن است عوامل متعددی در ایجاد آن دخیل باشد. پزشکان معتقدند که محیط و ژنتیک هر دو در ایجاد آن موثرند. در این میان، ژنتیک نقش مهمی دارد و حدود یک سوم از افرادی که دچار این بیماری هستند؛ این نقص را ژنتیکی از یکی از والدین یا خویشاوندان دور یا نزدیک خود دریافت کرده‌اند. عوامل محیطی هم بی‌تأثیر نیستند؛ از میان این عوامل، می‌توان به پاره‌ای از داروها که مادر در دوران بارداری مصرف می‌کند، کمبود اسید فولیک در دوران بارداری مادر، عفونت‌ها، بیماری‌ها، مصرف سیگار، الکل توسط مادر باردار اشاره کرد (نویل، دام، آلن و بوکوت، ۲۰۱۶؛ ترینداد، گایا، چنچ، ترینداد، باستوس و ماتوس، ۲۰۱۲؛ دیکسون، مارازیتا، بتی، مورای، ۲۰۱۱). بیماری شکاف لب و کام نه تنها از جنبه مشکلات زیبایی‌شناسی و عملکردی، بلکه از لحاظ روان‌شناختی بر خانواده و جامعه اثرگذار است (موسی، لیتل، منگر، دیکسون و شاوو، ۲۰۰۹؛ یئو، علام و عبدالرحمان، ۲۰۱۶). در خانواده ناکارآمد که به این کودکان به‌عنوان بیمار و معلول نگاه می‌کنند و همه توجه کودک و خانواده بر «صورت کودک» تثبیت شده است، احتمال دارد کودک آزاری، غفلت، سوءمصرف مواد، خشونت خانوادگی و اختلال عملکرد در خانواده نیز دیده شود. اختلال در شنوایی و گفتار این کودکان باعث می‌شود آن‌ها دچار اختلال‌های یادگیری نیز بشوند. به‌دلیل شرایط خانوادگی، پذیرفته نشدن از سوی همسالان و جامعه و نیز مشکلات این افراد در پیدا کردن دوست مناسب و موارد مشابه، کودک ممکن است اختلال‌های رفتاری نیز از خود بروز دهد (مرکز کودکان با نیازهای خاص بیمارستان سیاتل، ۲۰۱۰).

پژوهش از بیمارانی که در سن ۴۰ سال یا بالاتر قرار دارند، نشان می‌دهد؛ افرادی که با مشکل خود سازگاری بهتری پیدا کرده بودند؛ در گذشته از سوی خانواده خود به‌خوبی حمایت می‌شدند و احساس می‌کردند که دارای مکانی مطمئن و راحت برای صحبت در مورد موقعیت‌شان، گرفتن پاسخ سوال‌های‌شان نسبت به مشکلات‌شان هستند. بنابراین مهم‌ترین بخش تمام این مراقبت‌ها و درمان‌ها این است که والدین خود را ملزم بدانند که محیط مناسبی را برای این کودکان در حال رشد فراهم کنند (برونگارد و لوماندر، ۲۰۰۷). راتر و تیلور ۲۰۰۵، بر مفهوم بهبودپذیری در کودکان در معرض خطر تاکید و عنوان کرده‌اند؛ صلاحیت‌های اجتماعی مانند رفتارهای نوع دوستانه موجب بهبودپذیری کودکان می‌شود. گرچه برخی از عوامل خطرآفرین، چاره‌ناپذیرند اما

1. cleft lip & palate

تعدادی از آن‌ها مثل فقدان حمایت اجتماعی و ناکارآمدی مهارت‌های والدین چاره دارند (خباز، بهجتی و ناصری، ۱۳۹۰). پژوهش‌های دل‌بستگی^۱ نیز به اهمیت رابطه والد-فرزند در شکل دادن تعاملات کودک با کودکان دیگر و حس امنیت آن‌ها درباره اکتشاف جهان و تاب‌آوری^۲ آن‌ها در مقابل فشار روانی، توانایی آن‌ها برای متعادل کردن هیجان‌های‌شان، گنجایش آن‌ها برای داشتن داستان زندگی پیوسته که از زندگی معنا و مفهوم می‌سازد و توانایی آن‌ها در ایجاد رابطه بین فردی معنادار در آینده، اشاره می‌کند. (سیگل و هارتسل، ۱۳۹۰).

ویژگی‌های مختلف محیط کودکان مانند محیط فرهنگی، منابع حمایت اجتماعی، محیط خانواده و تفاوت‌های فردی، همگی در شکل دادن روشی که کودک به محیط اطرافش پاسخ می‌دهد دخیلند. درحقیقت کیفیت رابطه والد-کودک، کیفیت فرزندپروری^۳ و راهبردهای دل‌بستگی کودک، نقش مهمی در تجارب اولیه کودک از بدر رفتاری و تحول آسیب‌شناسی‌های بعدی او دارند (سیجیتی، ۲۰۱۰). هرگاه کودک نتواند در محیط زندگی خود اعمال قدرت سالمی را حس، و پناهگاه یا امنیتی را مشاهده کند، در او تشویشی به‌وجود می‌آید و در عمق ضمیرش احساس بد آمدن و تحقیر نسبت به کسانی پیدا می‌کند؛ که می‌باید حامی او باشند و اکنون به دلیل ضعیف بودن او نمی‌توانند این رضایت‌مندی و احساس امنیت را به او بدهند؛ در نتیجه آن‌را نوعی خیانت نسبت به خود می‌شمارد و برای جبران آن سعی می‌کند به‌گروه بگردد؛ و متأسفانه در بیش‌تر موارد گروه پناه‌دهنده به نوجوان، می‌تواند منحرف باشد (احدی و محسنی، ۱۳۸۸).

در مورد فرزندپروری رویکردهای متفاوتی وجود دارد. در این میان رویکرد مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد^۴، درباره فلسفه خود از فرزندپروری عنوان می‌کند؛ همه والدین برای فرزندان‌شان آرزوهایی دارند. آن‌ها می‌خواهند فرزندان‌شان در شادی و امنیت رشد کنند. والدین می‌خواهند فرزندشان موفق، خودمختار، مهربان و دانا باشد. هم‌چنین می‌خواهند نقش مهمی در تضمین و به‌تحقق پیوستن آرزوهای فرزندان‌شان داشته باشند. در طول این سال‌ها والدین فقط به‌عنوان پدر و مادر در دنیای کودک‌شان هستند. هیچ دوره رشدی نیست که کودک، کاملاً مطابق نظر والدین باشد. درحالی‌که این همان زمانی است که والدین به‌عنوان بهترین فرد می‌توانند تجارب فرزندان‌شان را شکل بدهند تا کودکان بتوانند والدین‌شان را به آرزوهای‌شان برسانند. از طرفی برای همه والدین در تمام دوره‌های رشد کودک‌شان مشکلاتی وجود دارد؛ که در پی آن احتمالاً

-
1. attachment
 2. resilience
 3. parenting
 4. acceptance and commitment therapy (ACT)

والدین به‌ویژه زمانی که احساس تنیدگی^۱ و آسیب‌پذیری دارند؛ نگرانی‌هایی را زمزمه می‌کند. مهم نیست چه اتفاقی برای کودک آن‌ها رخ می‌دهد. آن‌ها به فرمان ذهن‌شان گوش می‌دهند. در این لحظه‌ها آن‌ها ممکن است برای مشکل‌شان خطر کنند؛ و رفتاری نسبت به کودک‌شان انجام دهند و متقابلاً کودک همان رفتار را انجام دهد. فرزندپروری سخت‌ترین وظیفه والدین است؛ و گاهی والدگری مشکل‌ترین کار است تا جایی که گاهی والدین نسبت به رفتاری که با کودک خود داشته‌اند ابراز شرمندگی می‌کنند. بسیاری از والدین احساس می‌کنند بدرفتاری کودک‌شان نشانه شکست آن‌ها و یا چیزی شبیه به این است. و یا برعکس احساس می‌کنند که این یک بخش طبیعی از تجربه فرزندپروری است. متأسفانه اگرچه ممکن است این راهبرد والدین که از افکار و احساسات اجتناب کنند یا آن‌ها را حذف کنند مدتی مفید به‌نظر برسد؛ ولی در درازمدت عواقب بدی به‌دنبال دارد (کوین و مورل، ۲۰۰۹).

مفروضه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که اصلی‌ترین مشکلی که افراد با آن مواجه می‌شوند اجتناب تجربه‌ای است، که منظور اجتناب فرد از افکار و احساسات و سایر رویدادهای شخصی است (باخ و مورگان، ۱۳۹۴). هم‌چنین اعتقاد بر این است که افکار و احساسات به‌ویژه در زمینه رابطه با کودک یک عنصر کلیدی و مؤثر در فرزندپروری است. فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به والدین کمک می‌کند؛ با شفقت احساسات، نگرانی‌ها و نارسایی‌های درک‌شده را بپذیرند. در چالش برانگیزترین لحظه‌های، هدف این است که احساسات و افکار همان‌گونه که هستند و بدون تغییر پذیرش شوند به‌گونه‌ای که والدین فرزند خود را در اینجا و اکنون^۲ درک کنند و بر چیزهای با اهمیتی پافشاری کنند که رابطه آن‌ها و فرزندان‌شان را معنادار می‌کند (کوین و مورل، ۲۰۰۹). در رویکرد پذیرش و تعهد می‌توان رابطه بین والد و کودک را از طریق تسهیل شناسایی اجتناب‌های تجربی والدین بهبود بخشید که پاسخ‌گویی والدین به نیازهای کودک اثربخش باشد (برون، وتینگام، بوید، میکینای و سفرونوف، ۲۰۱۴).

تمام رویکردهای فرزندپروری اثرات خوبی بر تربیت کودک دارد؛ ولی مساله مهم ناپایداری والدین در استفاده از فنون^۳ مناسب فرزندپروری، به‌خاطر فرمان‌پذیری از فکر و احساسات‌شان است. در این رویکرد ابتدا والدین یاد می‌گیرند که چگونه ذهن خود را مشاهده کنند و عاشقانه نسبت به انتخاب و انجام فن مناسب اقدام کنند (کوین و مورل، ۲۰۰۹). در رویکرد پذیرش و تعهد، هدف تغییر رابطه فرد با افکار و احساساتش است. تا زمانی که ما فکر یا احساسی را

1. stress
2. here & now
3. techniques

به عنوان نشانه برجسب^۱ بزنییم، این تلویح را دارد که بد، نادرست، منفی و آسیب‌زا است؛ و برای سالم بودن باید از آن‌ها خلاص شد. که این باعث منازعه ما با این افکار و احساسات می‌شود. منازعه‌ای که معمولاً نتیجه خوبی ندارد. هدف نهایی، تغییر این افکار و احساسات رنج‌آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه‌های آسیب‌زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی هستند، به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسانی طبیعی که بخش‌هایی از یک زندگی غنی و معنادارند (هیز و استروسال، ۲۰۱۰).

خانواده شبکه‌ای از ارتباطها است که در آن والدین و کودکان در فرایندی دو سویه با هم در تعامل‌اند؛ لذا در این مجموعه، طرفین قادرند تاثیرهای بس شگرفی بر یکدیگر داشته باشند. با تأمل در کیفیت رابطه والدین و کودک و موشکافی در آن، می‌توان به نقش حساس مادر در ارتباط با کودک پی برد (دانش، نیکومنش، سلیمی‌نیا، سابقی، شمشیری، ۱۳۹۳). در مورد آموزش والدین، فابیانو (۲۰۰۷؛ نقل از دانش، حکیمی، شمشیری و سلیمی‌نیا، ۱۳۹۴) معتقد است، اصولاً پدران و مادران در مسئولیت‌های والدی با هم شریکند، اما مادران نسبت به پدران به‌طور کلی تعامل بیش‌تری با کودکان دارند و مسئولیت بیش‌تری برای مراقبت از کودک را به‌عهده می‌گیرند. پدران به‌دلایلی مانند قبول نداشتن مشکل در مهارت والدگری، حالت کلاسی داشتن این آموزش‌ها و هم‌چنین ساعات نامناسب تشکیل این کلاس‌ها و ساختار و ماهیت آن‌ها تمایلی به شرکت در این قبیل آموزش‌ها ندارند.

از سوی دیگر عزت نفس^۲ زاینده زندگی اجتماعی و ارزش‌های مرتبط با آن است و در تمامی فعالیت‌های روزانه انسان به‌نوعی جلوه‌گر بوده و از مهم‌ترین جنبه‌های شخصیت و تعیین ویژگی‌های رفتاری انسان است (لاورنس، آشفورد و دنت، ۲۰۰۶). عزت نفس نقش محافظت‌کننده‌ای در مقابله با فشارهای روانی دارد که از فرد در مقابل فشارهای وقایع منفی زندگی حمایت می‌کند. فردی که از ارزشمندی بالایی برخوردار است، به‌راحتی قادر است با تهدیدها و وقایع فشارآور بیرونی بدون تجربه برانگیختگی منفی و از هم پاشیدگی سازمان روانی مواجه شود. عزت نفس پایین به‌عنوان عامل خطر برای پرخاشگری، بزهکاری، سوء‌مصرف مواد، افسردگی، عملکرد ضعیف تحصیلی، همسر آزاری، کودک آزاری و نظایر آن مشاهده شده است (فتی و موتابی، ۱۳۸۵؛ نقل از میرزاجانی، ۱۳۹۳). عزت نفس بالا، با واژه‌هایی نظیر احترام به‌خود، برتری، خودپذیری، غرور و جز آن، و عزت نفس پایین اغلب با حقارت، ترس، تنفر از خود و نظایر آن همراه است. برخی عزت نفس بسیار بالا را با خودبینی، خودپسندی، و غرور همراه می‌دانند و ارزش منفی برای آن قائلند. فردی که نظر متعادل در مورد خودش دارد ممکن است

-
1. label
 2. self-esteem

اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و ...

شخص متواضع و یا برعکس شکست خورده و حقیر و جز آن در نظر گرفته شود (فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۰).

با توجه به آنچه درباره نقش عزت نفس در سلامت روان و شیوه مناسب فرزندپروری در پرورش آن گفته شد؛ این پژوهش با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادران بر عزت نفس کودکان انجام شد تا فرضیه‌های زیر را آزمون کند.

۱. آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر عزت نفس کودکان دچار شکاف لب و کام مؤثر است.

۲. تاثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر عزت نفس کودکان دچار شکاف لب و کام در سه دوره پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

این پژوهش از نوع مورد منفرد^۱ بود. پژوهش مورد منفرد که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی یا آزمایش سری‌های زمانی^۲ نامیده‌اند، پژوهشی فشرده در مورد تعداد محدودی از افراد است که به‌شکل انفرادی یا به‌عنوان یک گروه واحد است. آزمایش‌های مورد منفرد را نباید با پژوهش‌های موردی^۳ معادل دانست. هرچند هر دو به مورد معطوفند، ولی از نظر طرح و هدف با یک‌دیگر تفاوت زیادی دارند. بعضی از پژوهش‌های مورد منفرد ۲ یا ۳ شرکت‌کننده دارند و گاهی ۲۰ تا ۳۰ شرکت‌کننده با این طرح‌ها بررسی می‌شوند. در واقع واژه مورد منفرد بیش‌تر به چگونگی جمع‌آوری داده‌ها اشاره دارد تا به تعداد شرکت‌کننده‌های پژوهش. پژوهشگرانی که در زمینه طرح‌های مورد منفرد کار می‌کنند به‌اندازه پژوهشگرانی که آزمایش‌های گروهی انجام می‌دهند، به مسائل اعتبار درونی و بیرونی توجه دارند. این طرح‌ها مانند طرح‌های گروهی آزمایشی با دست‌کاری فعالانه متغیر مستقل/مداخله درمانی، امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی را فراهم می‌سازد. هم‌چنین به‌جای استفاده از گروه گواه، در این‌گونه طرح‌ها، موقعیت خط پایه به‌عنوان کنترل‌کننده عوامل مزاحم عمل می‌کند و متغیرهای مزاحم در موقعیت خط پایه کنترل می‌شود (سیپانی، ۲۰۰۹). در واقع منطق زیربنایی طرح‌های آزمایشی مورد منفرد همانند طرح‌های گروهی است؛ و تأثیر مداخله یا مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارائه می‌شود، بررسی می‌گردد. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یعنی مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار

1. single subject research

2. testing time series

3. case study

آزمودنی در آینده به کار برده می‌شود (کازدین، ۲۰۱۶). مزیت اساسی این طرح‌ها در این است که بعضی از درمان‌ها ممکن است برای بعضی از افراد اثربخش باشد، اما برای دیگران مفید نباشد. اگر میانگین نتایج، برای کل گروه در نظر گرفته شود (مانند طرح‌های گروهی)؛ تفاوت‌های فردی در میزان اثربخش بودن درمان از بین می‌رود. برعکس اگر سطوح متغیر وابسته در هر شرکت‌کننده به شکل انفرادی مقایسه شود، تفاوت‌های فردی قابل رویت است. در این طرح‌ها می‌توان مشخص کرد که مداخله معینی که برای برخی از افراد مؤثر است؛ احتمالاً برای دیگران مؤثر نیست (سیپانی، ۲۰۰۹). در پژوهش حاضر متغیر مستقل آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به هر ۵ مادر بود. متغیر وابسته نیز نمره عزت نفس هر ۵ کودک در مرحله مداخله و پیگیری بود که چندین بار اندازه‌گیری شد. متغیر کنترل نیز نمره‌های عزت نفس کودکان در مرحله خط پایه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کودکان سن دبستان دچار شکاف لب و کام استان اصفهان به تعداد آن‌ها ۶۵ نفر بود که تا ابتدای سال ۱۳۹۵ در تنها کلینیک تخصصی و حمایتی شکاف لب و کام در کشور به نام کلینیک لبخند اصفهان وابسته به خیریه امام حسین (ع) پرونده داشتند. روش نمونه‌گیری نمونه‌گیری هدفمند و هدف، انتخاب افرادی بود بتوانند درک عمیقی از موضوع مورد مطالعه داشته باشند (گال، بورک و گال، ۱۳۹۵). بنابراین از بین جامعه آماری کودکان مذکور پس از غربالگری، تعداد ۵ کودک که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود در این پژوهش شامل حد نصاب نمره عزت نفس ۲۶ و کم‌تر در پرسشنامه کوپر اسمیت (۱۹۶۷)، کودک غیر از شکاف لب و کام نقیصه دیگر جسمانی و اختلال روانی نداشته باشد، مادر کودک توانایی یادگیری و تفسیر نکات گفته شده را داشته باشد، کودک یکی از بیماری‌های شکاف لب یا کام را داشته باشد، کودک در سن دبستان و مشغول به تحصیل باشد، کودک آموزش‌پذیری باشد و ساکن استان اصفهان باشد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت^۱. این پرسشنامه ۵۸ سوالی را کوپراسمیت در سال ۱۹۶۷ بر اساس تجدیدنظر در مقیاس راجرز ریموند ۱۹۵۳ ساخته که از چهار خرده‌مقیاس عمومی سوال‌های ۱، ۲، ۸، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۱، ۲۴، ۲۹، ۳۱، ۳۶، ۴۳، ۵۰، ۵۲، ۵۷؛ اجتماعی سوال‌های ۳، ۴، ۱۱، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۳۲، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۴، ۴۸، ۵۲، ۵۳، ۵۸؛ خانوادگی سوال‌های ۴، ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳، ۲۶، ۴۰، ۴۷، ۵۴؛ و تحصیلی سوال‌های ۷، ۱۴، ۲۸، ۳۵، ۴۲، ۴۹، ۵۶ تشکیل شده است. این پرسشنامه احساس‌ها عقاید یا واکنش‌های فرد را

1. Coopersmith self-steam inventory

اثر بخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و ...

توصیف می‌کند و آزمودنی باید به این مواد با علامت‌گذاری در خانه "بلی = ۱"، یا "خیر = ۰" پاسخ دهد. این پرسشنامه را می‌توان به‌طور فردی یا گروهی اجرا کرد. مدت اجرای آزمون حدود ۱۰ دقیقه و ضریب آلفای کرونباخ آن هنگامی که نمره‌های خرده‌مقیاس دروغ‌سنجی را در برمی‌گیرد برابر ۰/۸۵ است. بررسی‌ها در ایران و خارج از ایران بیانگر آن است که این آزمون از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار است (فتحی آشتیانی، داستانی، ۱۳۹۰). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به‌دست آمد.

۲. برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد. محتوای جلسه‌های درمانی بر اساس محتوای کتاب «لذت فرزندپروری با استفاده از پذیرش و تعهد» نوشته کوین و مورل (۲۰۰۹) و همچنین «برنامه فرزندپروری در رویکرد پذیرش و تعهد» نوشته باتلر (۲۰۱۵)، تنظیم و جلسه‌ها به‌شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. پس از برقراری ارتباط درمانی با مادر کودک، مطابق با نظریه‌های روان‌شناسی رشد در مورد اهمیت دوران کودکی و همچنین نتیجه فرزندپروری درست در آینده کودک، مطالبی ذکر و سپس مختصری راجع به رویکرد پذیرش و تعهد توضیح داده شد. انواع خانواده از دیدگاه رویکرد پذیرش و تعهد، نظیر خانواده‌های احساسی و منطقی که در آن‌ها تصمیم‌گیری بر اساس ذهن است و خانواده عاشق که تصمیم‌گیری بر اساس ارزش‌ها است؛ با ذکر مثال معرفی و بیان شد؛ در خانواده احساسی والدین متناسب با احساسات و هیجان‌های خود با کودک رفتار می‌کنند. مثلاً اگر مادر از لحاظ هیجانی شاد باشد با کودک خود بازی می‌کند و یا شعر می‌خواند ولی اگر مادر ناراحت باشد هیچ توجهی به کودک خود نمی‌کند. در خانواده منطقی والدین بر اساس قوانین و باید‌ها با کودک خود برخورد می‌کنند. مثل این‌که به کودک خود می‌گویند: "تو حتماً باید نوازنده گیتار شوی!". در این خانواده‌ها نیازها و علاقه‌مندی‌های کودک قربانی قوانین و مقررات می‌شود. در خانواده عاشق برخلاف دو خانواده دیگر کودک متناسب با شرایط روحی و جسمی خود پذیرفته می‌شود. به‌عنوان مثال کودک زمانی به کلاس گیتار می‌رود که به آن علاقه‌مند باشد و نیز این استعداد در او وجود داشته باشد. از جمله ویژگی‌های والد عاشق این است که به شرایط کودک خود در هر سنی آشنا است. مثلاً می‌داند که چه زمانی کودک باید راه برود چه زمانی شیطنت او طبیعی است، چه زمانی باید در مورد آداب معاشرت از وی انتظار داشته باشد. سپس با کمک مثال‌های خود مادران، برای رفتن به سمت والد عاشق در آن‌ها انگیزه ایجاد شد. نمونه‌ای از مثال‌های مادران این بود که فرزند من باید بتواند ورزشی را انتخاب کند که مناسب سن و علاقه او است. یا این‌که باید برای انتخاب رشته تحصیلی به اندازه توان فرزندم به او پیشنهاد بدهم و او خودش بتواند تصمیم‌گیری کند.

جلسه دوم. با ترسیم جدول مربوط به موقعیت، نظیر اتفاقی که اخیراً بین کودک و مادر افتاده است؛ در مورد تولیدهای ذهن شامل فکر، احساس، خاطره‌ها، علایم بدنی و امیال، و نیز رفتار مادران توضیح‌هایی ارائه و بیان شد که ذهن و تولیدهای ذهن می‌تواند مثبت یا منفی باشد به‌عنوان مثال این‌که کودک در انجام تکالیف مدرسه کوتاهی کرده، ذهن ممکن است چند رفتار را به مادر القا کند. مثلاً کودک خود را تنبیه بدنی کند، این تولید منفی ذهن است و یا این‌که به کودک خود کمک کند تا تکلیف را انجام دهد، این تولید مثبت ذهن است. با مثال‌های بیش‌تری کارکرد ذهن برای مادران توضیح داده و بیان شد که وقتی ما هشیار نیستیم کنترلی بر ذهن خود نداریم. سپس در مورد این‌که با این ذهن چه رفتاری باید داشت؛ چالش ذهنی در مادران ایجاد شد. به جدول مربوط موقعیت؛ ستون‌های رفتار، اثر کوتاه مدت و بلند مدت رفتار اضافه شد؛ تا این نکته مشخص شود که پیروی از فرامین ذهن ناهشیار که اکثراً ناکارآمدند؛ می‌تواند چه نتایج کوتاه مدت و بلند مدتی داشته باشد. در انتهای جلسه توجه به اتفاق‌های هفته پیش رو، فهرست‌برداری روزانه، تهیه سه گزارش از جدول مربوط به موقعیت، ذهن و تولیدهای آن به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه سوم. برای آشنایی با انعطاف‌پذیری شناختی از استعاره مهمان ناخوانده و خانه کوچک استفاده و به مادران آموزش داده و بیان شد؛ انعطاف‌پذیری شناختی حاصل پذیرش است و نه اجتناب تجربه‌ای و نقش بسیار موثری در انتخاب رفتارهای مناسب دارد. جدول ذهن و رفتار با ارائه چند مثال ترسیم شد؛ تا مادران بتوانند رفتارهای ممکن دیگری را با انعطاف‌پذیری شناختی بررسی و انتخاب نمایند. به‌عنوان مثال بیان شد وقتی فرزند به والد خود پرخاشگری کرده است؛ ذهن توانایی این را دارد که چندین فرمان به والد بدهد. مثل این‌که فرزندت را در اتاق حبس کن، علت را جویا شو، به کودک ناسزا بگو، با او صحبت کن و ناراحتی خود را بیان کن و جز آن. زمانی انعطاف‌پذیری شناختی شکل می‌گیرد که مادر ابتدا همه فرمان‌های ذهن را بررسی و سپس رفتار مناسب را انتخاب کند. تکلیف خانگی این جلسه این بود که تا جلسه بعدی مادران برای این‌که نظاره‌گر ذهن خود باشند و آن را بشناسند؛ به اتفاق‌هایی که بین آن‌ها و کودک‌شان می‌افتد هیچ‌گونه واکنشی ندهند؛ و فقط رویدادها را تماشا و ثبت کنند.

جلسه چهارم. در مورد حریم روان‌شناختی و مرزبندی بین والدین و کودک‌شان و شیوه‌های کنترلی نامناسبی که معمولاً مادران استفاده می‌کنند؛ نظیر دادزدن، تسلیم‌شدن، منصرف‌شدن و ناکارآمدی آن‌ها توضیح داده شد. برای به چالش کشیدن مادر نسبت به شیوه فرزندپروری که تاکنون استفاده می‌کرده است؛ از استعاره جزیره استفاده شد. در استعاره جزیره به مادر گفته شد که قرار است او به یک مسافرت دریایی به کشوری که علاقه دارد؛ برود. در بین راه به‌خاطر طوفان و شکستن کشتی مجبور به زندگی در جزیره‌ای در بین راه می‌شود که این جزیره

استراحت‌گاهی موقتی است؛ ولی بعد از مدتی به استراحت‌گاه دائمی مادر تبدیل می‌شود و او مقصد اصلی را فراموش می‌کند. به‌همین ترتیب می‌توان تصور کرد، برخی از رفتارهایی که شما به‌عنوان مادر با کودک خود انجام می‌دهید؛ مثل داروی مسکن اثری کوتاه مدت دارد. با تنبیه بدنی کودکی که نمره کمی در امتحان گرفته است؛ مادر به فرمان ذهن خود پاسخ مثبت داده است. تکلیف خانگی این جلسه تهیه فهرستی از رفتارهای جزیره‌ای توسط مادر بود.

جلسه پنجم. برای تشریح این که چگونه چرخه معیوب در صورت انتخاب رفتار نامناسب ایجاد می‌شود؛ توضیح‌هایی در مورد پیش‌آیند، رفتار، پیامد و زمینه رویدادها با ذکر مثال ارائه؛ و برای آموزش چگونگی ارتباط با ذهن از استعاره مطابقت سخت افزار و نرم افزار در رایانه استفاده و بیان شد که فنون فرزندپروری مشابه نرم‌افزار است. وقتی ما از یک متخصص می‌خواهیم نرم-افزاری را برای ما نصب کند و او به ما می‌گوید که رایانه به خاطر وضعیت سخت‌افزار قابلیت اجرای نرم‌افزار مورد نظر ما را ندارد؛ ما قانع می‌شویم. بنابراین فنون فرزندپروری زمانی پاسخ‌گو است که بر اساس اصول باشد و مادر ابتدا بتواند ذهن خود را خوب بشناسد به انعطاف‌پذیری شناختی برسد و رفتار مناسب داشته باشد، در واقع سخت‌افزار مناسب باید برای اجرای نرم‌افزار ایجاد شود. تکلیف خانگی این جلسه تهیه گزارش از پیش‌آیند، رفتار، پیامد و زمینه رویدادها بود.

جلسه ششم. برای آموزش مادران در مورد توجه به اهمیت وضعیت روان‌شناختی خود و همدلی با خودشان و نحوه مهربانی با خود، از آن‌ها خواسته شد؛ برای موفقیت در استفاده از شیوه درست فرزندپروری، اول باید به نیازهای جسمی و روانی روزانه، هفتگی، ماهانه و سالانه خود، توجه کنند. برای همدلی با خود، مادر باید فهرستی از نیازهای روزانه یک زن را تهیه کند و آن‌ها را انجام دهد، به‌عنوان مثال لازم است به نیاز به آرایش، نیاز به خرید، نیاز به گردش، نیاز به شنیدن موسیقی مورد علاقه و جز آن توجه کند. از استعاره مراسم تدفین، برای معرفی و تفکر درباره ارزش‌ها استفاده و نیز ارزش‌های مربوط به رابطه مادر و فرزند مشخص و بیان شد که حائز اهمیت است که خود مادر ارزش‌های خود را مشخص نماید نه درمانگر. به‌عنوان مثال مادری گفت ارزش من این است که مادری همدل و همراه کودک خود باشم. مادر دیگری گفت ارزش من این است که محیط رشد فرزندم آرامش داشته باشد. تهیه فهرست ارزش‌های شخصی مادر و ارزش‌های مربوط به فرزندپروری به‌عنوان تکلیف خانگی برای این جلسه تعیین شد.

جلسه هفتم. برای نشان دادن چگونگی پا برجا ماندن باورها و اصول ناکارآمد و غیرمنطقی و انتخاب رفتار مناسب از استعاره ۱-۲-۳ استفاده شد. در این استعاره به مادر گفته شد که سه عدد می‌گویم و می‌خواهم آن‌را فراموش کنی. این سه عدد ۱ و ۲ و ۳ است. بعد از چند دقیقه از مادر خواسته شد این اعداد را بازگو کند. مادر نتوانست اعداد را فراموش کند. با کمک این استعاره مادر فهمید که ما باورها و فرهنگ‌هایی را که با آن‌ها بزرگ شده‌ایم و زندگی می‌کنیم

فراموش و یا آن‌ها را حذف کنیم. چون این غیرممکن است. بلکه باید در حالی که به آن‌ها احترام می‌گذاریم، متناسب با ارزش‌های خود پیش برویم. با ذکر مثال اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت در راستای ارزش‌ها آموزش داده شد. به‌عنوان مثال برای ارزش سلامتی به مادر گفته شد، هدف کوتاه مدت این است که ورزش روزانه داشته باشد. برای اهداف میان مدت، در پایان ماه آزمایش تایید سلامتی بدهد. برای اهداف بلند مدت مراقب سلامتی روانی و جسمی خود باشد. به مادر گفته شد در واقع اهداف کوتاه مدت به‌صورت هفتگی، اهداف میان مدت به‌صورت ماهانه و اهداف بلند مدت به‌صورت سالانه تنظیم می‌شود. ضمن آموزش، از مادر خواسته شد نسبت به اهداف تعیین‌شده عمل متعهدانه داشته باشد. به‌عنوان مثال در مورد ارزش سلامتی گفته شد، عمل متعهدانه این است که مادر در هر شرایطی باید ورزش روزانه خود را و همین‌طور اهداف دیگر خود را انجام دهد. به‌عبارتی ساده‌تر مادر با تعیین اهداف برای خود، قراردادی را با خود می‌بندد و باید نسبت به انجام قرارداد متعهد باشد. اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت برای ارزش‌هایی که قبلاً مادر مشخص کرده بود؛ به‌عنوان تکلیف خانگی این جلسه تعیین شد.

جلسه هشتم، شیوه‌های ارتباطی والدین شامل شیوه منفعلانه، پرخاشگرانه و مدبرانه بررسی، و مراحل ارتباط مدبرانه آموزش داده و در این مورد بیان شد؛ در ارتباط مدبرانه، در مرحله اول به‌جای قضاوت والد به مشاهده می‌پردازد؛ و در مرحله دوم والد نسبت به چیزی که مشاهده کرده است احساس خود را؛ در مرحله سوم نیاز خود را و در مرحله چهارم تقاضای خود را بیان میکند. نحوه ایجاد هماهنگی با کودک از طریق بازی روزانه با کودک و با مدیریت کودک و نیز فنون فرزندپروری و رفتار با کودک در شرایط لجبازی، کج‌خلقی، نگرانی و حرف نشنوی آموزش داده شد. به‌عنوان مثال برای کج‌خلقی یا لجبازی ابتدا باید مادر بررسی کند کودک از چه موضوعی ناراحت است؟ آیا کودک از بی‌توجهی والدین یا آسیب جسمی و یا خستگی ناراحت است؟ بعد به مادر گفته شد باید متناسب با شرایط روحی و جسمی فعلی کودک موضوع را بررسی و مناسب آن رفتار کند. برای حرف نشنوی ابتدا مادر باید به حرف‌های کودک گوش دهد و بعد با توجه به صحبت‌ها و خواسته‌ها و قدرت درک کودک با او سخن بگوید.

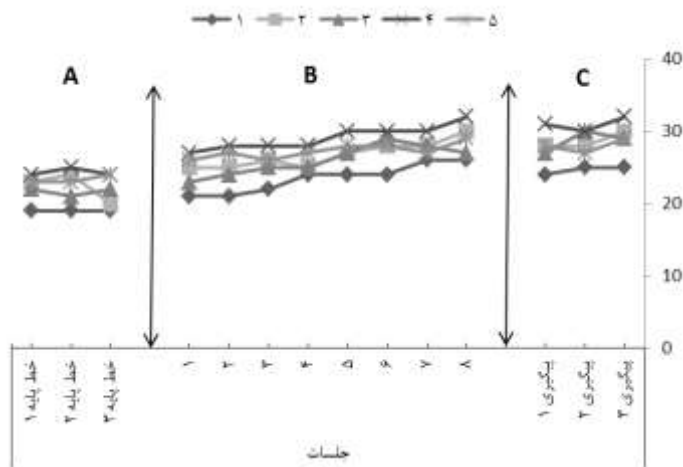
شیوه اجرا. در بهار ۱۳۹۵ با همکاری انجمن خیریه امام حسین (ع) فهرستی از کودکان دبستانی دارای شکاف لب و کام تهیه، و پس از دعوت و غربالگری کودکان و انجام مراحل اجرایی، فرزندپروری مبتنی رویکرد پذیرش و تعهد به مادران آزمودنی‌ها به‌صورت فردی در ۸ جلسه هفتگی هر جلسه به‌مدت ۶۰ دقیقه در کلینیک تخصصی لب‌خند اصفهان آموزش داده شد. پیش از آغاز مداخله هر ۵ آزمودنی به‌مدت ۳ جلسه پی در پی به‌صورت هفتگی فقط پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت را پر نمودند و هیچ‌گونه مداخله‌ای طی این سه جلسه صورت نگرفت.

پس از ۳ جلسه خط پایه، آموزش برگزار گردید. هم‌زمان با حضور مادر در جلسه درمانی کودک وی ملزم به تکمیل پرسشنامه مربوطه بود که نتیجه اثربخشی آموزش به مادر در هر جلسه، بر اساس نتایج آزمون‌های کودک سنجیده می‌شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل دیداری که از پرکاربردترین روش تحلیل داده‌ها در پژوهش مورد منفرد است تحلیل شد. این تحلیل چندین مزیت دارد. می‌توان از آن برای ارزیابی داده‌های افراد یا گروه‌های کوچک استفاده کرد؛ این تحلیل فرایندی پویا است، زیرا داده‌هایی که در حال گردآوری هستند، مرتب رسم شده و تحلیل می‌شوند؛ رسم داده‌ها به‌شکل خطی به پژوهشگر اجازه تصمیم‌گیری داده محور را می‌دهد؛ داده‌ها به‌صورت فردی بررسی می‌شود؛ تحلیل دیداری حصول یافته‌های جالبی را به‌همراه دارد که ممکن است با هدف اصلی مرتبط نباشد؛ رسم داده‌ها، تحلیل و تفسیر مستقل نتایج را تسهیل می‌کند؛ و با رسم نمودار و تحلیل انفرادی داده‌ها، تأثیر مداخله در یک شرکت‌کننده نه بیش از حد و نه کم‌تر از آنچه هست برآورد می‌شود. عملی بودن و پایایی این روش به‌اثبات رسیده است (فراهانی، عابدی، آقامحمدی و کاظمی، ۱۳۹۲). هم‌چنین برای تعیین اثربخشی، درصد داده‌های غیرهم‌پوش^۱ و هم‌پوش^۲ نیز محاسبه می‌شود. برای محاسبه درصد داده‌های غیرهم‌پوش، موقعیت خط پایه (A) و مداخله (B)، تعداد نقاط داده‌هایی که در موقعیت B بیرون از دامنه تغییرات A قرار دارد باهم مقایسه، و بعد محاسبه و در ۱۰۰ ضرب می‌شود. وقتی هدف B کاهش رفتار است، تعداد نقاطی شمرده می‌شود که کم‌تر از کوچک‌ترین داده موقعیت A است. برای محاسبه درصد غیرهم‌پوش موقعیت مداخله (B) و پیگیری (C) نیز به‌همین روش اقدام می‌شود. برای محاسبه درصد داده‌های هم‌پوش، تعداد نقاط داده‌هایی که در موقعیت B، درون یا روی دامنه تغییرات A قرار دارد محاسبه و در ۱۰۰ ضرب می‌شود. وقتی هدف B کاهش رفتار است، تعداد نقاطی شمرده می‌شود که مساوی یا بیش‌تر از کوچک‌ترین داده موقعیت A است. به‌همین روش بین موقعیت B و C این درصد به‌دست می‌آید.

یافته‌ها

کودک ۱. پسر ۱۰ ساله، دارای شکاف لب و کام، با سابقه دو مرحله عمل جراحی، و فرزند دوم از دو فرزند بود. سطح اقتصادی خانواده متوسط و پدرش دیپلم، راننده تاکسی و دارای وسواس شدید عملی و فکری، و مادرش لیسانس نرم افزار کامپیوتر، خانه‌دار و از عزت نفس پایینی برخوردار بود. در حال حاضر روابط زناشویی پدر و مادر خوب نیست و با یکدیگر تعارض دارند.

1. percentage of non-overlapping data (PND)
2. percentage of overlapping data (POD)



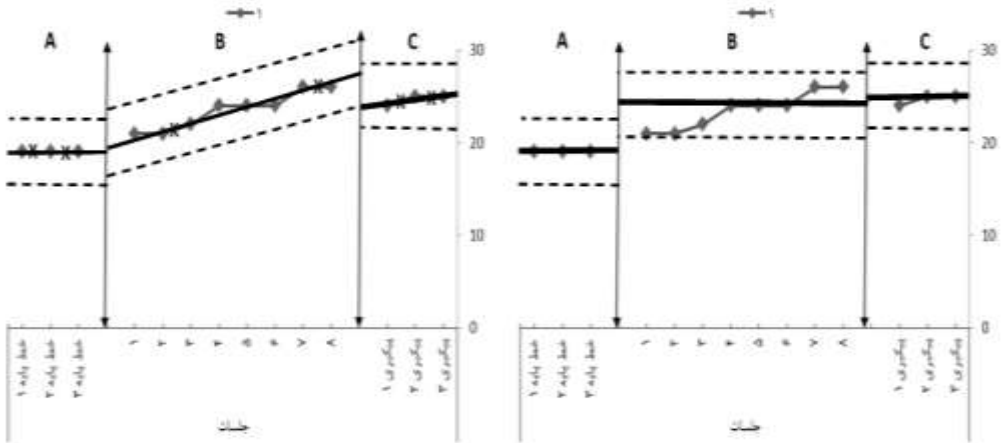
نمودار ۱. تأثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر عزت نفس

نمودار ۱ به صورت دیداری نشان می‌دهد نمره عزت نفس هر ۵ کودک که مادران آن‌ها آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد را دریافت کردند؛ در دوره مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه افزایش یافته و در مراحل پیگیری پایدار مانده است.

جدول ۲. تحلیل دیداری درون موقعیتی عزت نفس کودک اول در خط پایه، مداخله و پیگیری

موقعیت	میانه	میانگین	دامنه تغییرات	ثبات	تغییر نسبی	تغییر مطلق	جهت شیب	غیر هم‌پوش	هم‌پوش
A	۱۹	۱۹	۱۹-۱۹	بائبات	۱۹-۱۹	۱۹-۱۹	صفر	٪۰	٪۱۰۰
B	۲۴	۲۳/۵	۲۶-۲۱	بائبات	۲۱-۲۵/۵	۲۱-۲۶	صعودی		
C	۲۵	۲۴/۶	۲۵-۲۴	بائبات	۲۴-۲۵	۲۴-۲۵	صعودی		

جدول ۲ نشان می‌دهد نمره عزت نفس کودک اول که مادرش آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد را دریافت کرده است؛ در دوره مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه افزایش یافته و در مراحل پیگیری پایدار مانده است. هم‌چنین درصد نقاط غیرهمپوش آزمودنی اول بین موقعیت خط‌پایه و مداخله ۱۰۰ درصد است.



نمودار ۱. ترسیم خط روند و محفظه ثابت برای عزت نفس شرکت کننده اول

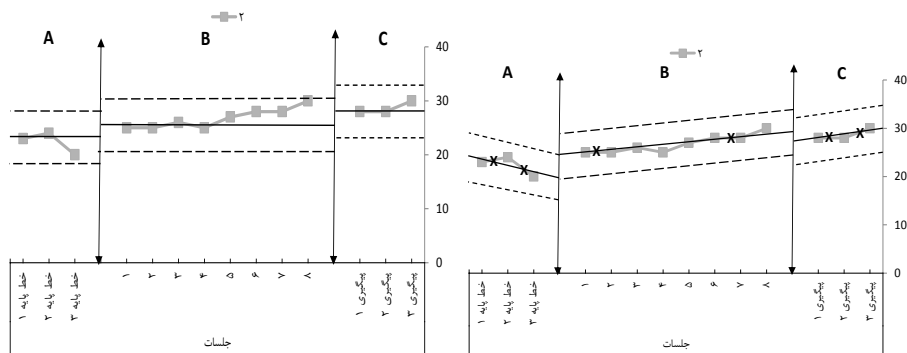
نمودار ۲. ترسیم خط میانه و محفظه ثابت برای عزت نفس شرکت کننده اول

نمودارهای ۲ و ۳ نشان می‌دهند کلیه نقاط نمره‌های کودک اول در خط پایه، مداخله و پیگیری در محفظه ثابت قرار دارند و روند مداخله و پیگیری با ثبات است. بنابراین اثر مداخله در مراحل پیگیری پایدار مانده است.

جدول ۳. تحلیل دیداری درون موقعیتی عزت نفس کودک دوم در خط پایه، مداخله و پیگیری

موقعیت	میانه	میانگین	دامنه تغییرات	ثبات	تغییر نسبی	تغییر مطلق	جهت شیب	غیر هم پوش	هم پوش
A	۲۳	۲۳/۳۳	۲۴-۲۰	بائیات	۲۳-۲۲/۵	۲۰-۲۳	نزولی		
B	۲۶/۵	۲۶/۷۵	۳۰-۲۵	بائیات	۲۵-۲۸	۲۵-۳۰	صعودی	٪۰	٪۱۰۰
C	۲۸	۲۸/۶	۳۰-۲۸	بائیات	۲۸-۲۸	۲۸-۲۸	صعودی		

جدول ۳ نشان می‌دهد نمره عزت نفس کودک دوم که مادرش آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد را دریافت کرده است؛ در دوره مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه افزایش یافته و در مراحل پیگیری پایدار مانده است. هم‌چنین درصد نقاط غیرهمپوش آزمودنی اول بین موقعیت خط پایه و مداخله ۱۰۰ درصد است.



نمودار ۵. ترسیم خط روند و محفظه ثبات برای عزت نفس شرکت کننده دوم

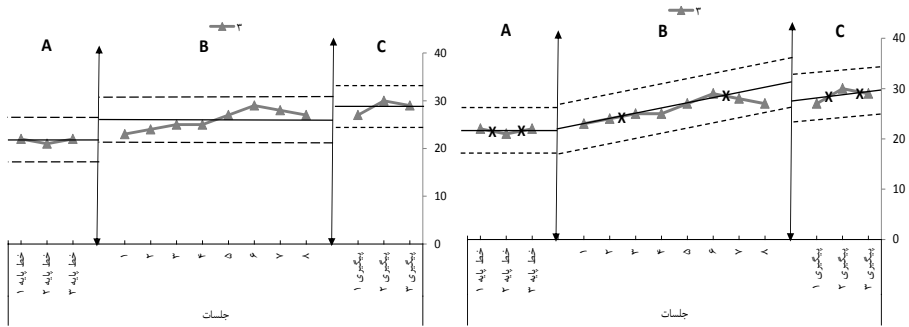
نمودار ۴. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات برای عزت نفس شرکت کننده دوم

نمودارهای ۴ و ۵ نشان می‌دهند کلیه نقاط نمره‌های کودک دوم در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری در محفظه ثبات قرار دارند و روند مداخله و پیگیری با ثبات است. بنابراین اثر مداخله در مراحل پیگیری نیز پایدار مانده است.

جدول ۴. تحلیل دیداری درون موقعیتی عزت نفس کودک سوم در خط پایه، مداخله و پیگیری

موقعیت	میانگین	دامنه تغییرات	ثبات	تغییر نسبی	تغییر مطلق	جهت شیب	غیر هم پوش	هم پوش
A	۲۲	۲۲-۲۱	باثبات	۲۱/۵-۲۱/۵	۲۲-۲۲	صفر	٪۱۰۰	٪۰
B	۲۶	۲۹-۲۳	باثبات	۲۷/۵-۲۴/۵	۲۳-۲۷	صعودی		
C	۲۹	۳۰-۲۷	باثبات	۲۷-۳۰	۲۷-۳۰	صعودی		

جدول ۴ نشان می‌دهد نمره عزت نفس کودک سوم که مادرش آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد را دریافت کرده است؛ در دوره مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه افزایش یافته و در مراحل پیگیری پایدار مانده است. هم‌چنین درصد نقاط غیرهمپوش آزمودنی اول بین موقعیت خط پایه و مداخله ۱۰۰ درصد است.



نمودار ۷. ترسیم خط روند و محفظه ثبات برای عزت نفس شرکت کننده سوم

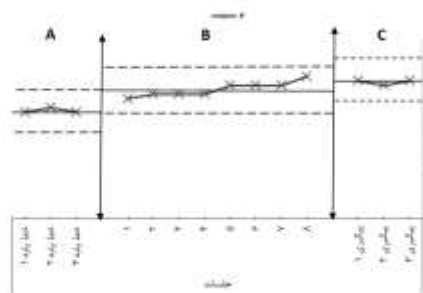
نمودار ۶. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات برای عزت نفس شرکت کننده سوم

نمودارهای ۶ و ۷ نشان می‌دهد کلیه نقاط نمره‌های کودک سوم در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری در محفظه ثبات قرار دارند و روند مداخله و پیگیری با ثبات است. بنابراین اثر مداخله در مراحل پیگیری نیز پایدار مانده است.

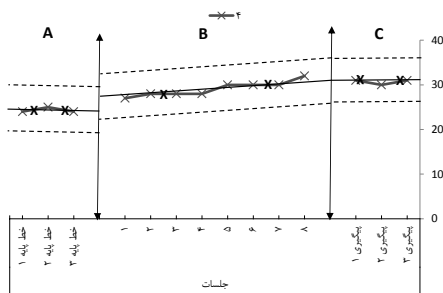
جدول ۵. تحلیل دیداری درون موقعیتی عزت نفس کودک چهارم در خط پایه، مداخله و پیگیری

موقعیت	میانه	میانگین	دامنه تغییرات	ثبات	تغییر نسبی	تغییر مطلق	جهت شیب	غیر هم پوش	هم پوش
A	۲۴	۲۴/۳۳	۲۴-۲۵	باثبات	۲۴/۵-۲۴/۵	۲۴-۲۴	صفر	۰٪	۱۰۰٪
B	۲۹	۲۹/۱۲	۲۷-۳۲	باثبات	۲۸-۳۰	۲۷-۳۲	صعودی	۰٪	۱۰۰٪
C	۳۱	۳۱	۳۰-۳۲	باثبات	۳۰-۳۲	۳۰-۳۱	صفر	۰٪	۱۰۰٪

جدول ۵ نشان می‌دهد نمره عزت نفس کودک چهارم که مادرش آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد را دریافت کرده است؛ در دوره مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه افزایش یافته و در مراحل پیگیری پایدار مانده است. هم‌چنین درصد نقاط غیرهمپوش آزمودنی اول بین موقعیت خط پایه و مداخله ۱۰۰ درصد است.



نمودار ۹. ترسیم خط روند و محفظه ثبات برای عزت نفس شرکت‌کننده چهارم



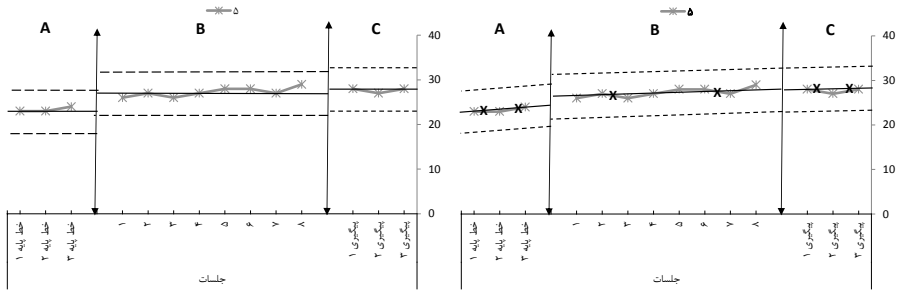
نمودار ۸. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات برای عزت نفس شرکت‌کننده چهارم

نمودارهای ۸ و ۹ نشان می‌دهد کلیه نقاط نمره‌های کودک چهارم در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری در محفظه ثبات قرار دارند و روند مداخله و پیگیری با ثبات است. بنابراین اثر مداخله در مراحل پیگیری نیز پایدار مانده است.

جدول ۶. تحلیل دیداری درون موقعیتی عزت نفس کودک پنجم در خط پایه، مداخله و پیگیری

موقعیت	میانه	میانگین	دامنه تغییرات	ثبات	تغییر نسبی	تغییر مطلق	جهت شیب	غیر هم‌پوش	هم‌پوش
A	۲۳	۲۳/۳۳	۲۴-۲۳	بائثبات	۲۳-۲۳/۵	۲۳-۲۴	صعودی	۰٪	۱۰۰٪
B	۲۷	۲۷/۲۵	۲۹-۲۶	بائثبات	۲۷-۲۸	۲۶-۲۹	صعودی		
C	۲۸	۲۸	۲۹-۲۷	بائثبات	۲۷-۲۹	۲۷-۲۹	صفر		

جدول ۶ نشان می‌دهد نمره عزت نفس کودک سوم که مادرش آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد را دریافت کرده است؛ در دوره مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه افزایش یافته و در مراحل پیگیری پایدار مانده است. هم‌چنین درصد نقاط غیرهم‌پوش آزمودنی اول بین موقعیت خط پایه و مداخله ۱۰۰ درصد است.



نمودار ۱۱. ترسیم خط روند و محفظه ثبات برای عزت نفس شرکت‌کننده پنجم

نمودار ۱۰. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات برای عزت نفس شرکت‌کننده پنجم

نمودارهای ۱۰ و ۱۱ نشان می‌دهد کلیه نقاط نمره‌های کودک ۵ در موقعیت‌های خط‌پایه، مداخله و پیگیری در محفظه ثبات قرار دارند و روند مداخله و پیگیری با ثبات است. بنابراین اثر مداخله در مراحل پیگیری نیز پایدار مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نوپا بودن رویکرد پذیرش و تعهد، به‌ویژه در مورد فرزندپروری، و یافت نشدن پژوهشی داخلی در مورد فرزندپروری مبتنی بر این رویکرد؛ و از سوی دیگر جامعه آماری و متغیرهای وابسته متفاوت تعداد انگشت شمار پژوهش‌های خارجی در مورد اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادران؛ لاجرم، برای تبیین یافته‌های این پژوهش، لازم است به نظریه‌هایی اشاره شود که تا حد زیادی با فرضیه‌های پژوهش هم‌راستا باشد.

پروین (۱۳۹۴) معتقد است هم‌چنان‌که بیشتر نظریه‌پردازان اتفاق نظر دارند؛ در نخستین سال‌های زندگی، بر اثر نگرش و از رفتار والدین نسبت به کودک، زیربنای عزت نفس در خانواده شکل می‌گیرد. از نظر آلپورت ۱۹۶۷، عزت‌نفس، به احساس رضایت‌خاطر و غروری اطلاق می‌شود که کودک پی می‌برد، خودش قادر به انجام بعضی چیزها و کارها است؛ و اگر والدین این نیاز به کشف و دستکاری را ناکام کنند عزت نفس خنثی، و احساس خشم و حقارت جایگزین آن می‌شود (شولتز، ۱۳۹۲). در فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد کوین و مورل (۲۰۰۹)، تمام تلاش بر این است تا مادر توجه ویژه‌ای به خزانه رفتاری کودک داشته باشد و با ایجاد شرایط مناسب، به کودک خود اجازه بروز و ظهور بدهد و این امر با توجه به نظریه آلپورت ۱۹۶۷، منجر به تقویت عزت نفس می‌شود. هاروی و تیلور (۲۰۱۰) معتقدند جنبه مهم درمان روان‌شناختی برای کودکان، خواه برای افسردگی یا اضطراب و یا اختلال‌های دیگر، تامین محیط

اثر بخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و ...

عاطفی حمایت‌کننده است که در آن بتوانند راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه‌تر و ابراز موثرتر هیجان را یاد بگیرند. کودکان بزرگ‌تر و نوجوانان اغلب می‌توانند از رابطه درمانی مثبت بهره‌مند شوند؛ که در آن بتوانند بی‌پرده درباره احساسات خود صحبت کنند.

از سوئی، بنا به نظریه‌های مرکز کودکان با نیازهای خاص بیمارستان سیاتل (۲۰۱۰)، برونگارد و لومندر (۲۰۰۷)، راتر و تیلور (۲۰۰۵)، سیگل و هارتز (۱۳۹۰) و سیتیچی (۲۰۱۰)، نقش والدین و تعامل آن‌ها با کودک بر آسیب‌های روان‌شناختی، رفتار و شخصیت کودک تأثیرگذار است. از سوئی، این نظریه‌ها عامل خودپنداره^۱ و عزت نفس کودک را متناسب با پس‌خوراندن^۲ رفتاری والد نسبت به کودک می‌دانند؛ و این امر زمانی محقق می‌شود که والدین بتوانند با مسائل روان‌شناختی خود به‌خوبی کنار بیایند. همچنین جنبه جنسی عزت نفس نیز در خودپنداره مثبت نقش مهمی ایفا می‌کند. در همین راستا پژوهش دانش، رضابخش، بهمنی و سلیمی‌نیا (۱۳۹۰) نشان داد؛ شیوه فرزندپروری مناسب عامل مهمی در رشد عزت نفس جنسی و مولفه‌های آن است؛ و عزت نفس جنسی نقش مهمی در تقویت عوامل روان‌شناختی مثل جذابیت جسمانی، احساسات، افکار و رفتارهای جنسی دارد که در رابطه جنسی سالم، عوامل روان‌شناختی علاوه بر هورمون‌های جنسی نقش مهمی ایفا می‌کند. حسینیان، پورشریاری و نصراله کلانتری (۱۳۸۶) نیز در پژوهش خود در مورد دانش‌آموزان ناشنوا نتیجه گرفتند رابطه مثبت و معناداری بین عزت نفس دانش‌آموزان ناشنوا و شیوه‌های فرزندپروری والدین وجود دارد. نتیجه پژوهش رحمانی و محب (۱۳۹۰)، در مورد فرزندپروری و جو عاطفی خانواده کودکان دچار اضطراب فراگیر و کودکان فاقد اضطراب نشان داد، شیوه‌های تربیتی والدین و همچنین جو عاطفی خانواده، بر سلامت روانی و احساسی کودک موثر است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان این‌گونه عنوان کرد که چون در آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد کوین و مورل (۲۰۰۹)، تلاش بر آن است که والدین بتوانند با ذهن و فرایندهای ذهنی خود آشنا شوند و با افزایش ظرفیت شناختی خود رفتاری متناسب و هم‌آهنگ با کودک خود در راستای فرزندپروری داشته باشند. از این‌رو با اصلاح ذهنیت خود و بودن در زمان حال و با هشیاری، به‌جای اجتناب از تجربه‌ها و واقعیت‌ها، آن‌ها را پذیرفتند و متعهدانه شیوه درست فرزندپروری خود را اجرا کردند؛ در نتیجه توانستند عزت نفس کودک را به رغم وجود معلولیت و وجود شکاف لب و کام افزایش دهند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد محدود نمونه و غیربومی بودن رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌هایی برای بومی‌سازی این رویکرد انجام،

1. self-concept
2. feedback

تا موانع فرهنگی آن برداشته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های آتی با تعداد نمونه بیشتر انجام، و نتایج آموزش این رویکرد و دیگر رویکردهای فرزندپروری در مورد کودکان ایرانی با نتایج این پژوهش مقایسه شود. همچنین برای تعمیم نتایج، اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر عزت نفس کودکان دچار شکاف لب و کام در استان‌های دیگر انجام و نیز اثر بخشی این آموزش به هر دو والد بر عزت نفس کودک بررسی شود.

منابع

- احدی، حسن، و محسنی، نیک‌چهره. (۱۳۸۸). *روان‌شناسی رشد: مفاهیم بنیادی در روان‌شناسی نوجوانی و جوانی*. تهران: انتشارات جیحون.
- باخ، پاتریشا، و مورگان، دانیل. (۱۳۹۴). *ACT در عمل: مفهوم‌پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد*. ترجمه: سارا کمالی و نیلوفر کیان‌راد، تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۸).
- پروین، لارنس. (۱۳۹۴). *روان‌شناسی شخصیت نظریه و پژوهش: ویرایش هشتم*. ترجمه: محمدجعفر جوادی و پروین کدیور، تهران: نشر آبیژن. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۱).
- حسینیان، سیمین، پورشهری‌بارری، مه‌سینا، و نصراله‌کلانتری، فاطمه. (۱۳۸۶). رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری مادران و عزت نفس دانش‌آموزان دختر ناشنوا و شنوا. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۷(۴): ۳۸۴-۳۶۷.
- خباز، محمود. بهجتی، زهرا. ناصری، محمد. (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله، با تاب‌آوری در پسران نوجوان *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵(۴ پی‌پی ۲۰): ۱۰۸-۱۲۳.
- دانش، عصمت، رضابخش، حسین، بهمنی، زهرا، و سلیمی‌نیا، نرگس. (۱۳۹۰). رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری با عزت نفس جنسی و مولفه‌های آن در دانشجویان زن دانشگاه. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵(۴ پی‌پی ۲۰): ۱۰۸-۱۲۳.
- دانش، عصمت، نیکومنش، نرسانگا، سلیمی‌نیا، نرگس، سابقی، لیلا، و شمشیری، مینا. (۱۳۹۳). رابطه صفات شخصیتی مادران با کمال‌گرایی دختران نوجوان آن‌ها. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۸(۴ پی‌پی ۳۲): ۶۳-۷۸.
- دانش، عصمت، حکیمی، زهرا، شمشیری، مینا، و سلیمی‌نیا، نرگس. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت رفتار به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی کودکان آن‌ها. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵(۳ پی‌پی ۱۹): ۳۹-۵۵.

اثر بخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و ...

رحمانی، پریسا، و محب، نعیمه. (۱۳۹۰). بررسی شیوه‌های فرزندپروری و جو عاطفی خانواده کودکان مبتلا به اضطراب فراگیر و کودکان فاقد اضطراب. *مجله علوم تربیتی*، ۴(۱۳): ۶۷-۷۸.

سیگل، دنیل جی.، و هارتسل، مری. (۱۳۹۰). رویکردی نوین در فرزندپروری: از درون به برون. ترجمه مهرناز شهرآرای و مریم اسفاری. تهران: آسیم. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

شولتز، دوان. (۱۳۹۲). *نظریه‌های شخصیت*: چاپ یازدهم. ترجمه: یوسف کریمی، فرهاد جمهری، سیامک نقشبندی، بهزاد گودرزی، هادی بحیرایی و محمدرضا نیک‌خو. تهران: ارسباران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

فراهانی، حجت‌اله، عابدی، احمد، آقامحمدی، سمیه، و کاظمی، زینب. (۱۳۹۲). *روان‌شناسی طرح‌های منفرد در علوم رفتاری و پزشکی (رویکرد کاربردی)*. تهران: روان‌شناسی و هنر. فتحی‌آشتیانی، علی، و داستانی، محبوبه. (۱۳۹۰). *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. چاپ ششم. تهران: موسسه بعثت.

فتی، لادن و موتابی، فرشته. (۱۳۸۵). *مهارت‌های برقراری ارتباط موثر: کتاب کار دانشجو*. تهران: طلوع.

گال، مردیت، بورگ، والتر، و گال، جویس. (۱۳۹۵). *روشن‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی*. جلد اول. چاپ یازدهم ترجمه احمدرضا نصر و همکاران. تهران: سمت. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۶).

میرزاجانی، صدرا. (۱۳۹۳). رابطه ساختاری عزت نفس و سلامت عمومی با بروز رفتار پرخاشگرانه در دختران فراری. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۸(۲): ۱۲۷-۱۰۷.

Brown, B, F., Whittingham, K., Boyd, R, N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2014). Improving child and parenting outcomes following paediatric acquired brain injury: a randomised controlled trial of stepping stones triple P plus acceptance and commitment therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(10): 1172-1183.

Brunnegard, K. & Lohmander, A. (2007). A cross-sectional study of speech in 10 year old children with cleft palate: results and issues of rater reliability. *Cleft Palate Craniofacial journal*, 44(1): 33-44.

Butler, k. (2015). *Parenting Programs in the ACT*. Families ACT.

Cicchetti, D. (2010). *Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel perspective*. *World Psychiatry*, 9(3): 145-154.

Cipani, E. (2009). *Practical research methodes for educators*. New York: Springer publishing company.

Coyne, L,W. & Murrell, A, R., (2009). *The joy of parenting: an acceptance & commitment therapy guide to effective parenting in the early years*. 1st edn. Oakland: New harbinger publications.

- Dixon, M. J., Marazita, M. L., Beaty, T. H., & Murray, J. C. (2011). Cleft lip and palate: Understanding genetic and environmental influences. *Nature Reviews Genetics*, 12(1): 167-178.
- Fabiano, G. A. (2007). Father participation in behavioral parent training for ADHD: Review and recommendations for increasing inclusion and engagement. *Journal of Family Psychology*, 21(4): 683-93.
- Harvey, S.T., & Taylor, J.E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30(1): 517-535.
- Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (2010). *A Practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer science and business media inc.
- Kazdin, A. E., (2016). *Research design in clinical psychology*. (5th.ED). Person educ.
- Lawrence, J., Ashford, K., Dent, P., (2006). Gender differences in coping strategies of undergraduate students and their impact on self-esteem and attainment. *Learn Higher Education journal*. 7(3):273-81.
- Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., Bouquot, J. E., (2016). *Oral and maxillofacial pathology*. (4th.ED.). WB saunders company. Philadelphia. pp. 763-774.
- The Center for Children with Special Needs Seattle Children s Hospital, Seattle, WA. (2010). *Cleft Lip and Palate*. Critical elements of care.
- Trindade, I. K., Gaia, B. F., Cheng, C. K., Trindade, P. A., Bastos, J. C., & Mattos, B. S. (2012). Cleft lip and palate: recommendations for dental anesthetic procedure based on anatomic evidences. *Journal of Applied Oral Science*, 20(1): 122-127.
- Yew, C. C., Alam, M. K., Abdul Rahman, s., (2016). Multivariate analysis on unilateral cleft lip and palate treatment outcome by EUROCRAN index: A retrospective study. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 24(1): 42-49.
- Mossey, P. A., Little, j, Munger, R, G., Dixon, M, J., Shaw, W, C., (2009). Cleft lip and palate: Paediatric surgery. *The Lancet Seminars*, 21(3):1773-85.

پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت

عبارت‌های زیر را به دقت مطالعه نموده نظر خود را درباره هر یک از عبارات‌ها بر اساس این‌که به شما شبیه است (بلی) یا به شما شبیه نیست (خیر) با علامت * مشخص کنید.

خیر	بلی	عبارت‌ها
.	۱	معمولاً تشویش ندارم.
.	۱	برایم مشکل است در کلاس حرف بزنم.
.	۱	اگر می‌توانستم خیلی چیزها را در خودم تغییر می‌دادم.
.	۱	می‌توانم بدون مشکل زیاد تصمیم بگیرم.
.	۱	دیگران از مصاحبت با من بسیار لذت می‌برند.
.	۱	در منزل به‌آسانی رنجیده خاطر می‌شوم.
.	۱	مدت‌ها طول می‌کشد تا به چیزی تازه عادت کنم.
.	۱	افراد هم‌سن من، برایم ارزش زیادی قایلند.

۱۱. معمولاً پدر و مادرم به احساساتم توجه می‌کنند.
۱۲. به‌آسانی تسلیم دیگران می‌شوم.
۱۳. پدر و مادرم بیش از حد از من انتظار دارند.
۱۴. برایم خیلی مشکل است خودم را آن طور که هستم نشان دهم.
۱۵. در زندگیم همه چیز درهم و شلوغ است.
۱۶. معمولاً دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهم.
۱۷. درباره خود منظر بدی دارم.
۱۸. غالباً دلم می‌خواهد خانه را ترک کنم.
۱۹. غالباً در کلاس احساس ناراحتی می‌کنم.
۲۰. فکر می‌کنم از لحاظ جسمانی ناخوشایندتر از اغلب افراد هستم.
۲۱. وقتی چیزی برای گفتن دارم آن را می‌گویم.
۲۲. پدر و مادرم مرا ترک می‌کنند.
۲۳. دیگران اکثراً بیش‌تر از من مورد علاقه هستند.
۲۴. غالباً احساس می‌کنم که پدر و مادرم مرا به ستوه می‌آورند.
۲۵. در کلاس غالباً مایوس می‌شوم.
۲۶. غالباً فکر می‌کنم که دلم می‌خواهد فرد دیگری باشم.
۲۷. دیگران غالباً به من اعتماد نمی‌کنند.
۲۸. هرگز مضطرب نیستم.
۲۹. به‌اندازه کافی به خودم اطمینان دارم.
۳۰. دیگران به‌آسانی از من خوششان می‌آید.
۳۱. من و والدینم وقت‌های خوبی را با هم می‌گذرانیم.
۳۲. وقت زیادی را به خیال‌بافی می‌گذرانم.
۳۳. دلم می‌خواست کم‌سن‌تر بودم.
۳۴. همیشه آن‌چه را باید انجام داد انجام می‌دهم.
۳۵. از نتایج تحصیلی‌ام احساس غرور می‌کنم.
۳۶. همیشه منتظر می‌شوم تا کسی به من بگوید که چکار باید بکنم.
۳۷. اغلب از آن‌چه می‌کنم متأسف می‌شوم.
۳۸. هرگز احساس خوشبختی نکرده‌ام.
۳۹. همیشه کارم را به بهترین وجهی که می‌توانم انجام می‌دهم.
۴۰. معمولاً می‌توانم به تنهایی گلیم را از آب بیرون بکنم.
۴۱. از زندگی‌ام تقریباً راضی هستم.
۴۲. ترجیح می‌دهم دوستانی کم‌سن‌تر از خودم داشته باشم.
۴۳. به همه کسانی که می‌شناسم علاقه‌مند هستم.
۴۴. دوست دارم در کلاس از من بپرسند.
۴۵. خودم را خوب درک می‌کنم.
۴۶. در منزل هیچ‌کس به من توجه زیادی نشان نمی‌دهد.
۴۷. هرگز مورد سرزنش واقع نمی‌شوم.
۴۸. در کلاس آن‌طور که دلم می‌خواهد موفق نمی‌شوم.
۴۹. می‌توانم یک تصمیم بگیرم و در آن پا بر جا بمانم.
۵۰. واقعا دلم نمی‌خواهد یک دختر/پسر باشم.
۵۱. در روابط با دیگران راحت نیستم.
۵۲. هرگز مرعوب نمی‌شوم. (نمی‌ترسم)
۵۳. غالباً از خودم شرم دارم.
۵۴. دیگران غالباً برایم دردسر درست می‌کنند.
۵۵. همیشه حقیقت را می‌گویم.
۵۶. معلمانم به من می‌فهمانند که نتایجم رضایت‌بخش نیست.
۵۷. به آن‌چه می‌توانم برایم اتفاق بیفتد اصلاً اهمیت نمی‌دهم.
۵۸. در آن‌چه که به عهده می‌گیرم به‌ندرت موفق می‌شوم.
۵۹. هنگامی که مورد سرزنش قرار می‌گیرم دست و پایم را گم می‌کنم.
۶۰. همیشه می‌دانم که به دیگران چه بگویم.
