

Research Article

Determining Interactive and Individual Characteristics of Preschool Children with Anxiety Disorders Based on Developmental, Individual Differences, Relationship Based Model (DIR)

M. Meambarbashi Aval¹, A. Amin Yazdi^{2*}, H. Karshki³ & Sh. Aali⁴

1. Ph.D. student in Psychology, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: m.meambarbashi@yahoo.com

2. Professor, Department of Education and Counseling Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: yazdi@um.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Education and Counseling Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: kareshki@um.ac.ir

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: aali@um.ac.ir

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the interactive and individual characteristics of preschool children with anxiety disorders based on developmental, individual differences, relationship based model. **Methods:** The research method was concurrent-nested mixed. The statistical population of the study all 4 to 6 years old children who were diagnosed with anxiety disorders based on the anxiety screening plan in 1399-1400 in Kashmer city. among them 19 children were selected by purposeful sampling. Qualitative data were collected through interviews with children and parents and quantitative data were collected through Ghanbari maternal caregiving quality (1390), Luyten parental reflection function (2013), Dunn sensory profile (1999) and Greenspan functional-emotional developmental questionnaire (2001) and quantitative information by Cut point and qualitative information by content analyzes method were analyzed. **Results:** The results showed that there are three differences between quantitative and qualitative data: Quantitative information of 26% of the sample, which indicated poor sensory registration in anxious children, contradicts with qualitative results of sensory hyperresponsiveness in these children, and also in Maternal reflection Performanc and subscale of ambiguity of the Maternal Care Quality Questionnaire of the most of samples there was no disorder that is in contrast with quality data. **Conclusion:** The differences obtained are not a reason for the superiority of the quantitative or qualitative method is in line with the DIR approach the results are complementary and show more details of the individual and interactive characteristics of anxious children.

Key words: Anxiety Disorders, Developmental, Individual Differences, Relationship Based Model, Interactive and Individual Characteristics

تعیین ویژگی‌های فردی و تعاملی کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلالات اضطرابی بر اساس مدل تحولی-تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط (DIR)

مژگان معمارباشی اول^{۱*}، سیدامیر امین یزدی^{۲*}، حسین کارشکی^۳ و شهربانو عالی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: m.meambarbashi@yahoo.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: yazi@um.ac.ir

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: um.ac.ir@kareshki

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: aail@um.ac.ir

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین ویژگی‌های فردی و تعاملی کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلالات اضطرابی بر اساس مدل تحولی-تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط انجام شد. **روش:** روش پژوهش، ترکیبی از نوع همزمان-لانگ‌گزینی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام کودکان ۴ تا ۶ ساله دارای اختلالات اضطرابی شهرستان کاشمر است که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بر اساس طرح غربالگری اضطراب تشخیص اختلالات اضطرابی دریافت کرده‌اند و از میان آن‌ها ۱۹ کودک به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌های کیفی از طریق مصاحبه با کودک و والد و داده‌های کمی از طریق پرسشنامه‌های کیفیت مراقبت مادرانه قنبری (۱۳۹۰)، عملکرد تأملی مادر لیتن (۲۰۱۳) و وضعیت حسی دان (۱۹۹۹) و تحول هیجانی-کارکردی گرینسین (۲۰۰۱) جمع‌آوری، اطلاعات کمی توسط نقطه برش و اطلاعات کیفی توسط روش تحلیل محتوا تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که سه تفاوت بین داده‌های کمی و کیفی وجود دارد: اطلاعات کمی ۲۶ درصد از افراد نمونه که حاکی از ضعف ثبت حسی در کودکان مضطرب بود با نتایج کیفی بیش‌واکنشی حسی در این کودکان، متناقض است و همچنین در عملکرد تأملی مادر و خرده‌مقیاس ابهام پرسشنامه کیفیت مراقبت مادرانه اکثریت افراد نمونه اختلالی وجود نداشت که با اطلاعات کیفی در تناقض است. **نتیجه‌گیری:** تفاوت‌های به دست آمده دلیل بر برتری روش کمی و یا کیفی نیست و با رویکرد DIR همسو است و نتایج به دست آمده مکمل یکدیگرند و جزئیات بیشتری از ویژگی‌های فردی و تعاملی کودکان مضطرب را نشان می‌دهند.

کلید واژه‌ها: اختلالات اضطرابی، مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط، ویژگی‌های فردی و تعاملی

استناد به این مقاله: معمارباشی اول، مژگان، امین یزدی، سیدامیر، کارشکی، حسین، و عالی، شهربانو. (۱۴۰۲). تعیین ویژگی‌های فردی و تعاملی کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلالات اضطرابی بر اساس مدل تحولی-تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط (DIR). *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی کاربردی*. ۱۷ (۳) پیاپی ۱۹۱-۲۱۹. (۶۷)

مقدمه

اضطراب یک مکانیسم هشدار زیست‌شناختی همراه با هیجانات شدید است و شامل ترسی است که ما را برای عمل آماده می‌کند (البیلنگی و علی سرحان، ۲۰۱۶). با این حال، در برخی از کودکان، اضطراب نیروی بسیار قدرتمند و اخلال‌گری دارد و موجب می‌شود که در انواع مختلف آن مانند اضطراب جدایی^۱، اضطراب اجتماعی^۳ و هراس خاص^۴ کودکان نتوانند بدون وحشت خانه را ترک کنند، به والدین خود می‌چسبند، هنگام رو به رو شدن با غریبه‌ها می‌ترسند و یا درباره آسیب دیدن به طور وسواس گونه‌ای صحبت می‌کنند (کتلسون و همکاران ۲۰۰۹). از علائم اصلی اضطراب در کودکان می‌توان به احساس نگرانی، دشواری در تحمل عدم قطعیت، پاسخ بیش فعال به تهدیدهای درک شده و اجتناب اشاره کرد. برخی از کودکان از موقعیت‌ها یا اشیایی که باعث ترس می‌شوند، اجتناب می‌کنند یا بیش از حد می‌ترسند، در حالی که دیگران با ترس و ناامیدی انفجاری واکنش نشان می‌دهند. این رفتارها اغلب به اشتباه به عنوان خشم یا مخالفت در نظر گرفته می‌شوند و هراس خاص یا اضطراب اجتماعی در کودکان ممکن است به «خجالتی بودن» نسبت داده شوند (بیتسکو و همکاران، ۲۰۱۸). به طور کلی بر اساس DSM5 می‌توان اختلالات اضطرابی در کودکان را به ۷ دسته اختلال اضطراب جدایی، گنگی انتخابی^۵، وحشت زدگی^۶، گذر هراسی^۷، اضطراب فراگیر^۸، اضطراب اجتماعی و هراس خاص تقسیم کرد (انجمن روانپزشکی آمریکا؛ ۲۰۱۳) که در پژوهش حاضر به دلیل شیوع بیشتر در کودکان به اختلالات اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی و هراس خاص پرداخته شده است. تحقیقات انجام شده توسط انستیتوی ملی بهداشت روان در سال ۲۰۱۹ نشان می‌دهد که کودکان دارای اختلالات اضطرابی درمان نشده، بیشتر در معرض خطر عملکرد ضعیف در مدرسه، از دست دادن تجربیات مهم اجتماعی و مشکلات سوءمصرف موادمند (انجمن اضطراب و افسردگی آمریکا؛ ۲۰۱۹، به نقل از ایتسکوویچ، ۲۰۱۹).

سازمان بهداشت جهانی (WHO) نیز بیان می‌کند که اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روانی در سراسر جهان است و در سطح جهان از هر ۱۳ نفر، ۱ نفر از اضطراب رنج

1 Anexity

2 Separation Anexity Disorder

3 Social Anxiety Disorder

4 Specific Phobia

5 Selective Mutism

6 Panic Disorder

7 Agoraphobia

8 Generalized Anexity Disorder

9 American Psychiatric Association

10 National Institute of Mental Helth

11 Anexity & Depression

Association of America

12 World Health Organization

می‌برد و ۳۳/۷٪ از افراد در طول زندگی خود تحت تأثیر یک اختلال اضطرابی قرار دارند و ۷/۱٪ از کودکان و نوجوانان در سنین ۳-۱۷ سال تشخیص اضطراب گرفته‌اند (همان منبع). از جمله علت‌های اضطراب می‌توان به عوامل زیست‌شناختی و جسمی، عوامل محیطی و اجتماعی مانند: جنسیت، سن، خلق و خوی، عوامل والدینی، عوامل فرهنگی، تجربه زندگی/دردسره‌های کودکی و عوامل اقتصادی اشاره کرد (روحی، ۱۳۹۳) که رویکردهای مختلف روانشناسی به جنبه‌های متفاوتی از این عوامل می‌پردازند. دسته‌ای از این رویکردها نسبت به اضطراب دیدگاه تحولی دارند، که از این دسته می‌توان به رویکرد تحولی-تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط (DIR) اشاره کرد. این رویکرد توسط گرینسپین و ویدر در سال ۱۹۹۷ مطرح شد. DIR یک مدل جامع، پویا و کودک محور است که نه تنها جلوه‌های روان پویایی و رفتاری را در نظر می‌گیرد، بلکه از لحاظ زیست‌شناختی مبتنی بر تفاوت‌های فردی، یعنی مهارت‌های حسی، زبانی، شناختی و حرکتی است و ظرفیت‌های تحول هیجانی- کارکردی را ارزیابی می‌کند. همچنین سیستم‌های خانوادگی، فرهنگی و اجتماعی را که بر کودک تأثیر می‌گذارند، یکپارچه می‌کند. در واقع این رویکرد بر پایه‌ی سه بینش استوار است که در سر واژه DIR به آن‌ها اشاره شده است. D به قابلیت‌های پایه تحولی که کودک باید به آن‌ها تسلط پیدا کند، اشاره دارد. I بیانگر تفاوت‌های فردی انسان‌هاست و R اهمیت ارتباطات کودک با مراقبین، اعضای خانواده و جامعه را بیان می‌نماید (گرینسپین و ویدر، ۲۰۰۶). در دیدگاه DIR اختلالات به سه دسته تقسیم می‌شوند که یک دسته شامل اختلالات تعاملی^۲ است و اختلالات اضطرابی در این دسته قرار دارند. در این دیدگاه اعتقاد بر این است که نقش زیست‌شناسی اضطراب، خودش را از طریق بیش‌واکنش‌پذیری به حواس مختلف- صداها، لمس، حرکت‌های غافلگیرکننده، یا سایر محرک‌های بصری شدید- نشان می‌دهد و افراد مستعد اضطراب معمولاً بیش‌پاسخ به حس‌هایی مانند صدا و لمس هستند و عواطف را به طور شدیدی تجربه و ابراز می‌کنند. از طرف دیگر افراد مراقبت‌کننده از کودک هم بیش‌واکنشی هستند و این مسئله اضطراب و برانگیختگی کودک را تشدید می‌کند. بر طبق این الگو نحوه تعامل والدین با کودک می‌تواند باعث احتمال شکل گرفتن اضطراب در کودک شود (گرینسپین و ویدر، ۲۰۰۵). در ادامه پژوهش‌های انجام شده در حوزه موضوع مورد بحث ارائه می‌گردد؛ در پژوهشی، عالی و امین یزدی (۲۰۱۷) به بررسی تأثیر درمان خانواده محور مبتنی بر فلور تایم^۳ (DIR) بر رشد نیمرخ کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلالات

1 Developmental, Individual differences, Relationship Based Model

2 Interactive Disorder

3 Family-Based Floor Time Therapy

ارتباطی پرداختند. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در رشد عملکرد خانواده بین سه گروه کودکان اضطرابی در مرحله ۱، ۲، ۳ و ۷ وجود دارد. ترناس و همکاران (۲۰۱۳) نیز به این نتیجه رسیدند که ایجاد الگوی نامناسب تعاملات والدین با فرزند، بی‌ثباتی در خانواده که با سطح بالایی از پرخاشگری همراه است با بروز رفتار پرخاشگرانه و قانون‌شکنانه در کودکان رابطه دارد. تحقیق دیگری نیز نشان داد که رابطه بین تعارض والدگری و مشکلات رفتاری کودکان از طریق استرس والدگری، برای کودکانی که دارای هیجان منفی بالاتری هستند، قوی‌تر است (زان و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهشی زینالی (۱۳۹۴) نشان داد که تعامل مادر-کودک، ویژگی شخصیتی برون‌گرایی و رفتار مقابله‌ای^۱ مثبت با اضطراب کودکان رابطه منفی داشته و باورهای اضطرابی والدین، ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجوبی^۲ و روان‌پریشی^۳، حساسیت اضطرابی^۴، سوگیری شناخت^۵ و رفتارهای مقابله‌ای انحراف و کنارآمدن منفی با نشانه‌های اضطراب کودکان رابطه مثبت دارند. صادقی و همکاران (۱۴۰۱) نیز نشان دادند که حضور مؤلفه‌های دلبستگی^۶ در مداخله بازی درمانی دلبستگی محور موجب بهبود عملکرد رابطه مادر و کودک و کاهش اضطراب کودکان اضطراب جدایی می‌شود. کارزاره و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان دادند که سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه و مقتدرانه، اختلال اضطراب جدایی را پیش‌بینی می‌کنند. ماتاس بلانکو و کاپروس گونزالس (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که استرس مادر در دوران بارداری می‌تواند به تغییراتی در نواحی مختلف رشد عصبی مانند رشد شناختی، رشد حرکتی، رفتار، خلق‌وخو، حافظه و توانایی‌های یادگیری بینجامد. هاتانگادی و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که کودکان سالم پیش‌دبستانی با والدینی که استرس والدینی را در دوران شیرخوارگی تجربه می‌کنند، ۲ برابر احتمال بیشتری دارد که در سن سه سالگی مشکلات سلامت روان داشته باشند. نتیجه مطالعه اسپورن و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داد که پدران نقشی بزرگتر از آنچه قبلاً تصور می‌شد در ایجاد اضطراب در کودکانشان بازی می‌کنند. بر طبق تحقیق آن‌ها مادرانی که برای درمان یک اختلال اضطرابی در فرزندشان مراجعه کردند، مهارت‌های عملکرد تأملی^۷ طبیعی و به طور قابل توجهی بالاتر از پدران داشتند. نتایج تحقیق شف‌یعی (۱۳۹۵) نیز در کودکان نشان داد که سبک غالب پردازش حسی در کودکان با مشکلات درونی‌سازی به ترتیب حساسیت حسی و اجتناب حسی است. مک‌ماهون و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان دادند که علائم اختلال پردازش

1 Coping Behavior

2 Neurosis

3 Psychosis

4 Anxiety Sensitivity

5 Attentional Bias

6 Attachment

7 Reflective Functioning

حسی^۱ در دوران کودکی به طور قابل توجهی با احتمال بالاتر تشخیص اختلالات اضطرابی در طول زندگی مرتبط است و پس از آن منجر به اختلال در تنظیم هیجان و آسیب‌پذیری به اختلال اضطرابی می‌شود.

با توجه به مطالب فوق می‌توان نتیجه گرفت که بررسی سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی بر اساس این رویکرد می‌تواند در پیشگیری، درمان و آموزش‌های فرزندپروری موثر باشد؛ با این حال تاکنون پژوهشی به این موضوع نپرداخته است. از این رو هدف پژوهش حاضر تدوین نیمرخ ویژگی‌های فردی و تعاملی کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلالات اضطرابی متناسب با رویکرد DIR است؛ در واقع بررسی ویژگی‌های فردی و تعاملی این دسته از کودکان بر اساس این رویکرد به ما نگاهی همه‌جانبه و یکپارچه در شناخت کودک مضطرب می‌دهد که با توجه به آن می‌توان ضمن در نظر گرفتن تمام جنبه‌های زمینه‌ساز و تداوم بخش اختلالات اضطرابی کودکان در یک قاب، نحوه تعامل آن‌ها با یکدیگر را نیز در نظر گرفت.

روش

آسیب‌شناسی و تعیین ویژگی‌های فردی و تعاملی کودکان دارای اختلالات اضطرابی، این پژوهش را در قلمرو تحقیقات ترکیبی (کمی (استفاده از آزمون‌ها) - کیفی (مصاحبه با کودکان دارای اختلالات اضطرابی و والدین آن‌ها)) با هدف تجمیع اطلاعات و از نوع طرح ترکیبی همزمان-لانه‌گزینه‌ی قرار می‌دهد. در این طرح هر دو روش کمی و کیفی به صورت همزمان طراحی و اجرا می‌شوند. به این ترتیب که فرآیند گردآوری و تحلیل داده‌ها در هر یک از این روش‌ها به طور همزمان اما جداگانه صورت می‌گیرند، سپس نتایج و تحلیل‌های کمی و کیفی با یکدیگر مقایسه و ترکیب می‌شوند (محمدپور، ۱۳۸۹). جامعه آماری این پژوهش شامل تمام کودکان ۴ تا ۶ ساله دارای اختلالات اضطرابی شهرستان کاشمر (۷۰ کودک دختر و پسر) است که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ و بر اساس طرح غربالگری اضطراب کودکان پیش‌دبستانی (ویژه بهزیستی)، تشخیص اختلالات اضطرابی دریافت کرده‌اند. روش نمونه‌گیری، هدفمند بود؛ به این صورت که برای انجام نمونه‌گیری از برای انجام نمونه‌گیری از بین کودکان مراجعه‌کننده به مرکز احیا که با پاسخ دادن به پرسشنامه اضطراب کودکان اسپنس (۲۰۰۱) به مرکز مشاوره دعوت شدند، تعداد ۲۵ کودکی که با توجه به مصاحبه تخصصی و ملاک‌های تشخیصی DSM^۲

^۱ Sensory Processing Disorder

^۲ مصاحبه ساختاریافته مبتنی بر DSM5 با استفاده از کتاب برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های مرتبط با آن براساس DCM-5

تشخیص قطعی اختلالات اضطرابی دریافت کردند به عنوان نمونه انتخاب شدند ولی نمونه‌گیری با توجه به اشباع نظری و عدم همکاری والدین در نوزدهمین کودک متوقف شد. معیارهای ورود به مطالعه، داشتن اختلالات اضطرابی بر اساس تشخیص بالینی اولیه، داشتن سن ۴ تا ۶ سال و حضور داوطلبانه جهت شرکت در جلسات مصاحبه بود. معیارهای عدم ورود شامل وجود اختلال روانی شدید که اختلال اضطرابی نتیجه ابتلا به آن اختلال بود. کودکانی که مراقبت‌کننده‌های دائمی آن‌ها مادرانشان نبودند نیز از مطالعه حذف شدند. همچنین تاریحچه درمان کودک قبل از مصاحبه مورد بررسی قرار گرفت و از والدین برای شرکت در مصاحبه رضایت آگاهانه گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

۱- مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته با کودکان و والدین کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی: مصاحبه با والدین و کودکان به صورت باز و نیمه‌ساختار یافته برای استخراج مؤلفه‌های فردی و تعاملی مرتبط با کودکان دارای اختلالات اضطرابی انجام شد.

کدهای به دست آمده از پژوهش، ملاک‌های اعتباریابی گوبا و لینکلن (۱۹۸۵) شامل قابلیت اعتبار، قابلیت ثبات، تأییدپذیری و قابلیت انتقال را دارند. برای کسب قابلیت اعتبار، نمونه‌گیری تا رسیدن داده‌ها به حد اشباع ادامه یافت و مناسب‌ترین واحد معنایی انتخاب شد. اعتبار داخلی تحلیل محتوی از طریق روایی صوری ارزیابی شد. برای تعیین روایی محتوایی، سؤالات مصاحبه در اختیار ۱۰ متخصص حوزه DIR قرار گرفت تا ضرورت، مرتبط بودن، سادگی و واضح بودن آنها، مورد بررسی متخصصان مورد نظر قرار گیرد. در فرم ارزیابی مورد نظر برای هر چهار معیار در هر سوال سه نمره ۰-۱-۲ در نظر گرفته شد و پس از انجام مرحله فوق، سؤالاتی که در این چهار معیار از نظر متخصصان نمره پایینی داشتند و نسبت روایی محتوایی (CVR) زیر ۰/۶۲ و شاخص روایی محتوایی (CVI) آن‌ها نیز زیر ۰/۸۰ بود، مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفتند و در نهایت و پس از اصلاحات انجام شده، سؤالات مصاحبه مورد تأیید قرار گرفتند. به منظور قابلیت ثبات از طولانی شدن زمان جمع‌آوری داده تا حد امکان خودداری و از مشارکت‌کنندگان راجع به یک موضوع پرسیده شد. تشریح کامل مراحل تحقیق اعم از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و شکل‌گیری درونمایه‌ها به منظور فراهم نمودن امکان ممیزی پژوهش توسط مخاطبین و خوانندگان صورت گرفت. همچنین فرآیند انجام کار در اختیار چند تن از همکاران پژوهش قرار داده شد تا صحت نحوه انجام پژوهش تأیید گردد. به منظور تسهیل انتقال‌پذیری، توصیف روشی

از بستر، نحوه انتخاب و ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، جمع‌آوری داده و فرآیند تحلیل ارائه شد تا خواننده بتواند در مورد قابلیت کاربرد یافته‌ها در موقعیت‌های دیگر قضاوت نماید.

۲- مقیاس اضطراب کودکان پیش دبستانی اسپنس (PAS): این مقیاس توسط اسپنس و همکارانش در سال ۲۰۰۱ ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۸ ماده است و توسط والدین تکمیل می‌شود که نشانه‌های مرضی اختلال اضطراب جدایی، اضطراب تعمیم‌یافته، هراس اجتماعی، هراس خاص و وسواس-بی‌اختیاری را در کودکان ۲ تا ۵ سال مورد ارزیابی قرار دهد. پس از ۲۸ ماده، پرسشی باز-پاسخ در مورد تجربه کودک از رویدادهای آسیب‌زا وجود دارد که نمره‌ای به آن تعلق نمی‌گیرد. در این مقیاس گویه‌ها براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (صفر تا چهار) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر به معنای اضطراب بیشتر در کودکان است (اسپنس و همکاران، ۲۰۰۱). همسانی درونی نمره کل مقیاس ۰/۸۸ گزارش شده است و با روش بازآزمایی همبستگی نمره کل ۰/۸۲ است. تمام زیرمقیاس‌های اضطراب کودکان پیش‌دبستانی (به جز اختلال وسواس-بی‌اختیاری) از همسانی درونی متوسط تا بالا (۰/۶۴ تا ۰/۷۶) برخوردار بوده و دارای اعتبار خوبی است. علاوه بر روایی صوری که بوسیله متخصصان تأیید شد، روایی ملاک آن بواسطه همبستگی‌های متوسط تا بالای (۰/۴۱ تا ۰/۶۷) این مقیاس با زیرمقیاس اضطراب مقیاس کانرز تأیید شده و همبستگی‌های بالای آزمون-بازآزمون (۰/۷۳ تا ۰/۸۲) نشان‌دهنده اعتبار خوب این مقیاس بود (قنبری و همکاران، ۱۳۹۰).

۳- پرسشنامه وضعیت حسی (SP): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ توسط دان ساخته و منتشر شده است. این پرسشنامه شامل ۱۲۵ آیتم است که به ارزیابی وضعیت حسی کودکان بین ۳ تا ۱۰ ساله می‌پردازد. نتایج پرسشنامه در نه فاکتور طبقه‌بندی می‌شوند: ۱- حس طلبی^۳ ۲- واکنش عاطفی^۴ ۳- تون و تحمل عضلانی پایین^۵ ۴- حساسیت حس دهانی^۶ ۵- بی‌توجهی و حواسپرتی^۷ ۶- ضعف ثبت حسی^۸ ۷- حساسیت حسی^۹ ۸- بی‌حرکی^۹ ۹- حرکات ظریف/درک^{۱۰} ۱۰- شیوه نمره‌گذاری بر مبنای روش لیکرت از همیشه (۱) تا هرگز (۵) است. هرچه نمره در این آزمون بیشتر باشد، نشان‌دهنده اختلال کمتر است. پایایی این ابزار با استفاده از ثبات درونی بر حسب ضریب آلفای کرونباخ برای هر بخش بین ۰/۴۷ تا ۰/۹۱ ارزیابی شده است.

¹Preschool Anxiety Scale

²Sensory Profile

³Sensory Seeking

⁴Emotional Reactivity

⁵Low Muscle Tone and Endurance

⁶Oral Sensory Sensitive

⁵Inattention and Distractibility

⁸Poor Sensory Registration

⁹Sensory Sensitivity

¹⁰Sedentary

¹¹Fine Movement/Perception

ضریب اطمینان در این آزمون ۱/۹۶ محاسبه شده است (دان، ۱۹۹۹؛ به نقل از اسکندری، ۱۳۹۳). همچنین روایی این ابزار ۹۵٪ است (تامچک و دان، ۲۰۰۷). در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی قسمت‌ها بین ۰/۱۸ تا ۰/۹۷ بدست آمده است (میرزاخانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ به نقل از شهبازی و همکاران، ۱۳۹۵).

۴- پرسشنامه تحول هیجانی کارکردی (FEDQ): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط گرینسپین و همکارانش ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۳۵ گویه است که نیمرخ رشدی کودکان را در دو سطح گذشته‌نگر (۵-۳/۰) سالگی و وضعیت کنونی تعیین می‌کند. این پرسشنامه توسط مادر تکمیل می‌شود و در این پرسشنامه شش مرحله رشد هیجانی شامل مرحله خودتنظیمی و علاقه به دنیا^۱ صمیمیت^۲ ارتباط دو جانبه^۳ ارتباط پیچیده^۴ باورهای هیجانی^۵ تفکر منطقی^۶ به تفکیک مورد بررسی قرار می‌گیرد. سؤال‌ها برای وضعیت کنونی کودک در چهار سطح و از ۱ تا ۴ به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش حاضر از اطلاعات تحول هیجانی کارکردی در وضعیت فعلی استفاده شده است. مفرد (۱۳۹۰) به منظور بررسی روایی مقیاس تحول هیجانی کارکردی در وضعیت قبلی و کنونی از روایی سازه در دو وضعیت هیجانی قبلی و کنونی استفاده کرد. مقیاس‌های رشد هیجانی در دو وضعیت هیجانی قبلی و کنونی همبستگی معنی داری با نمره کل آزمون دارند. ضریب روایی این آزمون برای مقیاس رشد هیجانی کودکان، ۰/۸۹ برآورد شد. این مساله بیانگر روایی همسانی درونی مطلوب آزمون است (مفرد و همکاران، ۱۳۹۲). اعتبار این ابزار در پژوهش ابادری قره باغ و همکاران (۱۳۹۵) نیز برای رشد هیجانی قبلی، ۰/۹۶ و برای رشد هیجانی کنونی نیز ۰/۸۸ به دست آمد.

۵- پرسشنامه سنجش کیفیت مراقبت مادرانه: این مقیاس توسط قنبری و همکاران در سال ۱۳۹۰ ساخته شد و با ۳۲ ماده رابطه مادر و کودک را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برای مادران کودکان ۲ تا ۶ سال تهیه شده و در این مقیاس گویه‌ها براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. سه عامل مهم این مقیاس شامل عامل اول تعارض و سردرگمی که با ۱۲ ماده نشان‌دهنده تمام ماده‌هایی که به نوعی بر رفتار منفی مادر-کودک تمرکز دارند، عامل دوم با ۱۰ ماده حساس بودن و پاسخگو بودن مادر در مقابل رفتارهای کودک را نشان می‌دهد و عامل سوم با ۱۰ ماده نشان‌دهنده در دسترس پذیری مادر است. اعتبار این ابزار

¹ Functional Emotional Assessment Scale (FEAS)

² Self-Regulation and Interest in the World

³ Intimacy

⁴ Two-Way Communication

⁵ Complex Communication

⁶ Emotional Ideas

⁷ Logical Thinking

⁸ Maternal Caregiving Quality Scale

با استفاده از ثبات درونی بر حسب ضریب آلفای کرونباخ عامل‌ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ است. تمام عامل‌های مقیاس، همسانی درونی بالایی دارند و همچنین روایی آزمون- بازآزمون بالای مقیاس (بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۳) نشان‌دهنده ثبات نمرات در یک بازه زمانی ۲۰ روزه است. همبستگی مثبت و معنادار عامل ابهام و سردرگمی با نشانه‌های اضطراب و همبستگی منفی و معنادار دو عامل حساس بودن و پاسخ‌دهی و دسترس‌پذیری با نشانه‌های اضطرابی نشان‌دهنده روایی پیش‌بین این مقیاس است (قنبری و همکاران (۱۳۹۰).

۶- پرسشنامه عملکرد تأملی والدینی (PRFQ): مقیاس عملکرد تأملی والدینی توسط لیتن و همکاران در سال ۲۰۱۳ ساخته شد و به سنجش توانایی والدین، در انعکاس تجارب ذهنی درونیشان از فرزندان می‌پردازد. این پرسشنامه برای والدین کودکان ۰ تا ۵ سال تهیه شده و شامل سه خرده‌مقیاس پیش ذهنی سازی (که نشان‌دهنده درجه‌ای است که والدین رفتار فرزندان را بدون حالات ذهنی متضمن آن‌ها تفسیر می‌کنند)، کنجاوی در مورد وضعیت روانی (که به ارزیابی علاقه والدین به درک حالت‌های ذهنی فرزندان می‌پردازد) و اطمینان از وضعیت روانی (که به آگاهی والدین از شفاف بودن حالات ذهنی و محدودیت‌های آن) می‌پردازد. در این مقیاس گویه‌ها براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شوند و به جز سوالات ۱۱ و ۱۸ که به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، بقیه سوالات به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌گردند (بوتوز و نیلسن، ۲۰۱۴). همسانی درونی کل مقیاس ۰/۶۰ گزارش شده است و تمام زیرمقیاس‌های عملکرد تأملی والدینی از همسانی درونی متوسط تا بالا (۰/۵۰ تا ۰/۸۷) برخوردار بوده و دارای اعتبار خوبی است. علاوه بر روایی صوری که بوسیله متخصصان تأیید شد (فتحی و همکاران، ۲۰۲۰). روایی سازه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و با شیوه مؤلفه اصلی و چرخش واریماکس بررسی شده و سه عامل به دست آمده و ۴۸/۴۳ درصد از واریانس استخراج شد (موسوی و بهرامی احسان، ۱۳۹۹).

شیوه اجرای پژوهش

ابتدا با شرکت در طرح غربالگری اضطراب کودکان پیش‌دبستانی که توسط بهزیستی اجرا شد، به مهد کودک‌های سطح کاشمر مراجعه و پس از تکمیل پرسشنامه اضطراب پیش‌دبستانی توسط والدین، کودکانی که در محدوده اختلالات اضطرابی (با نمره بالاتر از ۳۴) قرار داشتند برای بررسی بیشتر به مراکز مشاوره دعوت شدند. در مرحله بعد از کودکان و والدین مراجعه کننده به مرکز

¹ Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ)

مشاوره، مصاحبه تخصصی بر مبنای DSM5 جهت تشخیص قطعی اضطراب گرفته شد و در ادامه طی دو جلسه ۳۰-۲۵ دقیقه‌ای و بر اساس مصاحبه نیمه‌ساختاریافته (که توسط محقق و بر مبنای DIR طراحی و روایی محتوایی آن توسط متخصصین حوزه DIR تأیید شد)، به بررسی ویژگی‌های فردی و تعاملی کودکان دارای اختلالات اضطرابی از زبان والدین و خود کودکان پرداخته شد. صدای تمام شرکت‌کنندگان ضبط و به هر کدام از آنها براساس ترتیب زمانی کد داده شد. فایل‌های صوتی مصاحبه به صورت متن پیاده‌سازی و بر اساس روش تحلیل محتوا و با استفاده از نرم‌افزار Maxqda و بر اساس رویکرد DIR، مقوله بندی و کدگذاری (کدگذاری باز، محوری و انتخابی) گردید تا همه مؤلفه‌های مورد نظر مشخص شوند. بعد از انجام مصاحبه با والدین و در انتهای جلسات مصاحبه، پرسشنامه‌های وضعیت حسی، تحول هیجانی-کارکردی، سنجش کیفیت مراقبت مادرانه و عملکرد تأملی والدینی به منظور تکمیل اطلاعات حاصل از مصاحبه در اختیار والدین قرار گرفت و بر اساس نقطه برش تحلیل شد. تنها یکی از ابزارهای کمی پژوهش (پرسشنامه وضعیت حسی) دارای نقطه برش بود، بنابراین نقطه برش سایر ابزارهای کمی توسط محقق و با استفاده از نظر متخصصین به دست آمد. در نهایت بر اساس اطلاعات حاصل از پرسشنامه و مصاحبه، مؤلفه‌های اصلی استخراج شد و به مقایسه اطلاعات کمی و کیفی پرداخته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۹ کودک (۱۱ پسر و ۸ دختر) حضور داشتند که اختلال اضطرابی غالب ۷ نفر (۳۷٪) آن‌ها اختلال اضطراب اجتماعی، ۶ نفر (۳۱٪) اختلال هراس خاص و ۶ نفر (۳۱٪) اختلال اضطراب جدایی بود. در بین شرکت‌کنندگان ۱۴ نفر (۱۴٪) ۶ ساله، ۴ نفر (۲۱٪) ۵ ساله و ۱ نفر (۵٪) ۴ ساله بود. میزان تحصیلات ۱۱ نفر (۵۸٪) از پدران زیر دیپلم، ۶ نفر (۲۲٪) دیپلم، ۱ نفر (۵٪) لیسانس و ۱ نفر (۵٪) فوق لیسانس بود و میزان تحصیلات ۷ نفر (۳۷٪) از مادران زیر دیپلم، ۹ نفر (۴۷٪) دیپلم، ۱ نفر (۵٪) لیسانس و ۱ نفر (۵٪) فوق لیسانس بود.

یافته‌های بخش کیفی: نتایج کدگذاری باز (شناسایی، نامگذاری و طبقه‌بندی) فهرستی نهایی از ۲۸ کد ایجاد کرد. در جدول ۱، نمای کلی کدگذاری باز و فراوانی هر یک از کدهای باز ارائه شده است.

اطلاعات حاصل از مصاحبه در قسمت کدگذاری محوری نیز به ۷ قسمت تقسیم می‌شود که کاملاً با رویکرد DIR متناسب است.

جدول ۱. اطلاعات کیفی (کدگذاری باز و محوری)

کدگذاری باز	فرآوانی	کدگذاری محوری
مقوله سازی سطح اول		مقوله سازی سطح دوم
تأخیر در ویژگی‌های رشدی	۹	
اختلالات جسمی	۹	ویژگی‌های زیستی کودک
بیش‌واکنشی حسی	۴۵	
اختلالات رفتاری و هیجانی همراه با اضطراب	۳۵	ویژگی‌های روانی کودک
پرخاصگری	۱۶	
تمایل به روبه رو شدن با شرایط آرام و بی خطر	۳۸	
مشکل در شروع ارتباط با دیگران	۲۸	ویژگی‌های اجتماعی کودک
مشکل در ادامه ارتباط با دیگران	۶	
آسیب‌های جسمی در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان	۱۱	
اختلالات جسمی مادر	۵	ویژگی‌های زیستی خانواده
اختلالات جسمی پدر	۴	
اختلالات جسمی اعضای خانواده	۳	
تراژون‌های روانی دوران بارداری و شیردهی	۲۰	
عدم سلامت روانی مادر	۵۷	
عدم سلامت روانی پدر	۱۳	
شخصیت وابسته و غیرقابل اعتماد پدر	۱۲	ویژگی‌های روانی خانواده
عدم سلامت روانی خواهر و برادر کودک	۳۸	
عدم سلامت روانی خانواده مادری	۲	
استرس چرخشی در خانواده	۸	
ارتباطات مختل خانوادگی	۳۳	ویژگی‌های اجتماعی خانواده
عدم امنیت مالی و روانی در خانواده	۴۴	
تعاملات نامناسب بین کودک و اعضای خانواده	۱۲	
عدم استقلال و وابستگی کودک به والدین	۷۶	
احساس ناامنی کودک در خانواده	۳۹	
احساس دوست داشتنی نبودن و در نتیجه حس تنهایی در کودک	۴	
پرخاصگری متقابل کودک در خانواده	۴۲	ویژگی‌های تعاملی کودک و خانواده
غیرقابل اعتماد بودن والدین و یا کل خانواده از نظر کودک	۵۵	
کاهش حرمت نفس کودک توسط خانواده	۱۴	
سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه والدین	۲	
مجموع	۶۷۴	

¹ Teratogenesis

مطابق با جدول ۱، عدم استقلال و وابستگی کودک به والدین دارای بیشترین فراوانی و عدم سلامت روانی خانواده مادری و سبک فرزندپروری سهل گیرانه والدین دارای کمترین فراوانی است. در ادامه و در نمودار ۱ کدگذاری انتخابی که نشان دهنده مدل مربوط به اطلاعات بخش کیفی پژوهش است، آورده شده است.



نمودار ۱. کدگذاری انتخابی اطلاعات کیفی پژوهش

خلاصه‌ای از اطلاعات حاصل از بخش کیفی پژوهش که از طریق مصاحبه با والد و کودک مضطرب به‌دست آمده است، به صورت مدل در نمودار ۱ ارائه شده است. بر طبق این مدل ویژگی‌های زیستی، روانی و اجتماعی کودک به همراه آسیب‌های دوران بارداری، زایمان و شیردهی به عنوان شرایط علی، وضعیت روانی و جسمی خانواده کودک، به عنوان شرایط مداخله‌گر و ویژگی‌های تعاملی کودک و خانواده به عنوان زمینه برای نامنی زیستی، روانی، اجتماعی و خانوادگی که کودک مضطرب را احاطه کرده و باعث کاهش حرمت نفس در کودک، غیرقابل اعتماد بودن جامعه از نظر کودک و اختلالات جسمی و رفتاری در او شده است، در نظر گرفته شده است.

یافته‌های بخش کمی: در بخش کمی پژوهش پرسشنامه‌های تحقیق در اختیار والدین کودکان مضطرب قرار گرفت و برای تحلیل پرسشنامه‌های مذکور از نقطه برش استفاده شد. پرسشنامه وضعیت حسی در دستورالعمل اجرایی خود دارای نقطه برش است ولی سایر پرسشنامه‌های به کار گرفته شده در پژوهش فاقد نقطه برش بودند. بنابراین ابتدا به تعیین نقطه برش برای سایر پرسشنامه‌های پژوهش پرداخته شد.

به این منظور پرسشنامه عملکرد تأملی مادر، کیفیت مراقبت مادرانه و تحول هیجانی-کارکردی بر اساس روش آنگوف به ۵ متخصص روانشناسی ارسال گردید و از آن‌ها برای تعیین نقطه برش سؤالات پرسشنامه‌ها، نظرسنجی شد و نمره سؤالاتی که میزان انحراف معیار پایینی (پایین‌تر از ۰/۵ و ۰/۷) داشتند در تعیین نقطه برش در خرده‌مقیاس‌های این سه پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفتند و در مورد سؤالاتی که انحراف معیار بالایی داشتند، مجدداً از متخصصین نظرسنجی شد و پس از اصلاح پاسخ‌های آنها، برای تمام سؤالات انحراف معیار پایینی به دست آمد و با گرفتن میانگین نقاط برش متخصصان، نقطه برش نهایی هر خرده‌مقیاس در این سه پرسشنامه حاصل شد که نقاط برش مورد نظر در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۲. نقطه برش پرسشنامه تحول هیجانی-کارکردی

خرده‌مقیاس‌ها	میانگین	بالاتر از متوسط	متوسط	پایین‌تر از متوسط
مرحله اول (خودتنظیمی و علاقه به دنیا)	۳۴/۲	۳	۰	۱۶
مرحله دوم (صمیمیت)	۶/۲	۵	۰	۱۴
مرحله سوم (مرحله ارتباط دو جانبه)	۲۳/۲	۷	۰	۱۲
مرحله چهارم (مرحله ارتباط پیچیده)	۹	۷	۱	۱۱
مرحله پنجم (مرحله باورهای هیجانی)	۱۲	۵	۵	۹
مرحله ششم (مرحله تفکر منطقی)	۲۱	۴	۰	۱۵

مطابق جدول ۲ اکثریت کودکان مضطرب در تمام مراحل تحول هیجانی کارکردی دارای نمره متوسط و پایین‌تر از متوسط هستند (۱۶ کودک در مرحله خودتنظیمی، ۱۴ کودک در مرحله صمیمیت، ۱۲ کودک در مرحله ارتباط دو جانبه، ۱۱ کودک در مرحله ارتباط پیچیده، ۹ کودک در مرحله باورهای هیجانی و ۱۵ کودک در مرحله تفکر منطقی دارای کارکرد پایینی و ۱ کودک در مرحله ارتباط پیچیده و ۵ کودک در مرحله باورهای هیجانی دارای کارکرد متوسط هستند) و می‌توان گفت که در تمام مراحل تحول هیجانی-کارکردی اختلال مشاهده می‌شود.

جدول ۳. نقطه برش پرسشنامه کیفیت مراقبت مادرانه

خرده‌مقیاس‌ها	میانگین	بالاتر از متوسط	پایین‌تر از متوسط
حساس بودن و پاسخ‌دهی	۴۲/۱۶	۲	۱۷
ابهام و سردرگمی	۳۶/۱	۱	۱۸
در دسترس پذیری	۳۹/۶	۴	۱۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که اکثریت والدین در خرده‌مقیاس حساس بودن و پاسخ‌دهی (۱۷ والد) و در دسترس‌پذیری (۱۵ والد) دارای آسیب هستند. در واقع این نتایج نشان دهنده پاسخ‌دهی نامناسب و در دسترس نبودن والدین این کودکان است؛ خرده‌مقیاس ابهام و سردرگمی نیز نشان‌دهنده ابهام ناچیز (۱۴ والد) یا متوسط والدین (۵ والد) در برقراری ارتباط با کودک است و اکثریت والدین در ارتباط با کودک خود دارای ابهام و سردرگمی نیستند.

جدول ۴. نقطه برش پرسشنامه عملکرد تأملی مادر

خرده مقیاس‌ها	میانگین	بالتر از متوسط	پایین تر از متوسط
پیش ذهنی‌سازی	۳۱	۱	۱۸
قطعیت در حالات ذهنی	۳۱/۱	۱	۱۸
کنجکاوی در حالات روانی	۳۴/۱۶	۱۸	۱

مطابق جدول ۴، اکثریت والدین در مقیاس پیش‌ذهنی‌سازی (۱۶ والد نمره پایین و ۳ والد نمره بالا) و قطعیت در حالات ذهنی (۱۶ والد نمره پایین و ۳ والد نمره بالا) نمره پایین‌تر از متوسط گرفتند که نشان‌دهنده این است که والدین رفتار فرزندشان را بدون حالات ذهنی متضمن آن تفسیر نمی‌کنند و نسبت به شفاف بودن حالات ذهنی و محدودیت‌های تأملی در این زمینه آگاهی دارند. اکثریت والدین نیز در مقیاس کنجکاوی در حالات روانی (۱۶ والد نمره بالا و ۳ والد نمره پایین) نمره بالاتر از متوسط گرفتند که نشان‌دهنده علاقه و توجه والدین به حالت‌های ذهنی فرزندشان است.

جدول ۵. نقطه برش پرسشنامه وضعیت حسی

نام بخش مربوطه	بازه نسبتاً مختل	بازه کاملاً مختل
فاکتور ۱: جستجوگری حسی	۶	۵
فاکتور ۲: عکس‌العمل هیجانی	۷	۶
فاکتور ۳: استقامت بدنی / قوام ماهیچه کم	۶	۷
فاکتور ۴: حساسیت حسی دهانی	۸	۵
فاکتور ۵: بی‌توجهی / حواس پرتی	۲	۰
فاکتور ۶: ثبت پایین	۴	۳
فاکتور ۷: حساسیت حسی	۳	۹
فاکتور ۸: فعالیت‌هایی نشستی	۱	۱

مطابق با جدول ۵، نقطه برش پرسشنامه وضعیت حسی به سه قسمت بازه سالم، نسبتاً مختل و کاملاً مختل تقسیم می‌شود و کودکان مضطرب در جستجوگری حسی (۵ کودک کاملاً مختل

و ۶ کودک نسبتاً مختل)، عکس‌العمل هیجانی (۶ کودک کاملاً مختل و ۷ کودک نسبتاً مختل)، استقامت بدنی/ قوام ماهیچه کم (۷ کودک کاملاً مختل و ۶ کودک نسبتاً مختل)، حساسیت حسی دهانی (۵ کودک کاملاً مختل و ۸ کودک نسبتاً مختل) و حساسیت حسی (۹ کودک کاملاً مختل و ۳ کودک نسبتاً مختل) دارای اختلال هستند ولی تعداد کمی از کودکان مضطرب در فاکتور بی توجهی/حواس پرتی (۲ کودک نسبتاً مختل)، ثبت پایین (۴ کودک نسبتاً مختل و ۳ کودک کاملاً مختل) و فعالیت‌های نشستی (۱ کودک نسبتاً مختل و ۱ کودک کاملاً مختل) دارای اختلال هستند. بنابراین به نظر می‌رسد که اکثریت این کودکان نیاز زیادی به محرک‌های حسی مختلف دارند، نسبت به مسائل عاطفی مثل شکست، ترس، اضطراب و اکنش شدید نشان می‌دهند، تحمل کمی در فعالیت‌های روزمره دارند و به آسانی خسته می‌شوند، نسبت به طمع و بو و دمای غذا حساسیت زیادی دارند و محرک‌های حسی مرتبط سیستم دهلیزی رو عمقی را با شدت بالایی ثبت می‌کنند و اکنش شدیدی نسبت به آن‌ها نشان می‌دهند.

در ادامه اطلاعات پژوهش با توجه به طرح ترکیبی همزمان-لانه‌گزینی با یکدیگر ترکیب و تشابه، تفاوت و اطلاعات تکمیلی مربوط به بخش کیفی و کمی مشخص گردید که به شرح زیر است:

اطلاعات کمی مربوط به ویژگی‌های حسی کودک شامل اختلال در جستجوگری حسی و استقامت بدنی/ قوام ماهیچه (۱۲ مورد) و فعالیت‌های نشستی (۲ مورد) با اطلاعات کیفی تمایل به روبه‌رو شدن با شرایط آرام و بی‌خطر هماهنگ است. اختلال در حساسیت حسی دهانی و حساسیت حسی (۱۴ مورد) و عکس‌العمل هیجانی (۱۲ مورد) نیز با بیش‌واکنشی حسی و بی‌توجهی- حواس پرتی با اختلالات رفتاری و هیجانی همراه با اضطراب (۲ مورد) هماهنگ است ولی در حالی که انتظار می‌رود نتایج کمی مربوط به ضعف ثبت حسی با نتایج کیفی بیش‌واکنشی حسی در تقابل باشد، نتایج در بعضی موارد نشان‌دهنده این تقابل (۲ مورد) و در بعضی موارد این تقابل مشاهده نشد (۵ مورد).

اکثر کودکان اضطرابی در تمام مراحل تحول هیجانی-کارکردی دارای اختلال اند و بر طبق اطلاعات کمی می‌توان گفت که اختلال در مرحله اول (خودتنظیمی و علاقه به دنیا) با اطلاعات کیفی نشان‌دهنده آسیب‌های روانی دوران بارداری و شیردهی که در بعضی افراد قابل مشاهده است (۸ نفر) و همچنین تأخیرهای رشدی که بعضی از این کودکان تجربه می‌کنند (۴ نفر)، مرتبط و هماهنگ است. اختلال در مرحله دوم (صمیمیت) نیز با مشکل در شروع ارتباط با دیگران (۶ نفر)، اختلال در مرحله سوم (ارتباط دو جانبه) با مشکل در ادامه ارتباط با دیگران (۹ نفر)، اختلال در مرحله چهارم (ارتباط پیچیده) با تمایل به روبه‌رو شدن با شرایط آرام و بی‌خطر

و پرخاشگری متقابل کودک در خانواده (۱۰ نفر)، اختلال در مرحله پنجم (باورهای هیجانی) (۴ نفر) و مرحله ششم (تفکر منطقی) (۹ نفر) نیز با مشکل در شروع و ادامه ارتباط با دیگران هماهنگ است.

اطلاعات کمی در بخش کیفیت تعامل والد-کودک شامل حساس بودن و پاسخ‌دهی پایین مادر (۱۶ مورد) و عدم دسترس‌پذیری مادر (۱۴ مورد) با اطلاعات کیفی مربوط به احساس دوست داشتنی نبودن و در نتیجه حس تنهایی در کودک، غیر قابل اعتماد بودن والدین و یا کل خانواده از نظر کودک، احساس ناامنی کودک در خانواده، کاهش حرمت نفس کودک توسط خانواده و تعاملات نامناسب بین کودک و اعضای خانواده هماهنگ بوده و در بخش ابهام و سردرگمی (۱۸ مورد) در ارتباط مادر و کودک با اطلاعات کیفی شامل ارتباطات مختل خانوادگی و تعاملات نامناسب بین کودک و اعضای خانواده ناهماهنگ است.

اطلاعات کمی مربوط به عملکرد تأملی مادر نیز در تمام خرده‌مقیاس‌هایش و در اکثریت افراد نمونه دارای اختلال نبود (۱۸ مورد). این اطلاعات با اطلاعات کیفی مربوط به عدم سلامت روانی مادر، غیر قابل اعتماد بودن والدین و یا کل خانواده از نظر کودک، احساس ناامنی کودک در خانواده، کاهش حرمت نفس کودک توسط خانواده و تعاملات نامناسب بین کودک و اعضای خانواده در تقابل است و انتظار می‌رود که مادرانی که سلامت روانی مناسبی ندارند و در ارتباط مناسبی با فرزند خود نیستند، دارای عملکرد تأملی مناسبی نسبت به فرزندشان نباشند ولی داده‌های کمی، اطلاعات کیفی را تأیید نکرد.

اطلاعات کیفی دیگری که از مصاحبه با والدین و کودکان مضطرب به دست آمده نیز شامل عدم استقلال و وابستگی این کودکان به والدینشان، وجود تراژون‌های جسمی در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، وجود اختلالات جسمی در بعضی از کودکان مضطرب و عدم سلامت روانی و جسمی اعضای خانواده‌شان، شخصیت غیرقابل اعتماد پدر کودک، عدم سلامت روانی خانواده مادری، استرس چرخشی در خانواده کودک، سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه والدین و عدم وجود امنیت مالی و روانی در خانواده کودک است.

بحث و نتیجه‌گیری

مقاله حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های فردی و تعاملی کودکان اضطرابی پیش‌دبستانی انجام شد. اطلاعات حاصل از داده‌های کمی نشان می‌دهد که از جمله ویژگی‌های فردی این کودکان اختلال در جستجوگری حسی، استقامت بدنی، اختلال در حساسیت حسی دهانی، حساسیت حسی، عکس‌العمل هیجانی و ضعف ثبت حسی است. این یافته با تحقیقات شفیع (۱۳۹۷) و مک

ماهون و همکارانش (۲۰۱۹) همسو است. در بخش ویژگی‌های خانوادگی حاصل از اطلاعات کمی نیز مشاهده می‌شود که در عملکرد تاملی مادران هیچ مشکلی وجود نداشته و کارکردی مناسب دارد. این یافته نیز با پژوهش اسبیورن و همکارانش (۲۰۱۳) همسو است.

اطلاعات کمی مربوط به بخش ویژگی‌های تعاملی کودک نیز نشان دهنده پاسخ‌دهی پایین و عدم در دسترس بودن والدین کودکان اضطرابی است. روابط دلبستگی نقش بسیار مهمی در احساس امنیت کودک دارند (شعیبی، ۱۳۹۴) و کودکانی که الگوهای پاسخگویی مراقبانشان غیرقابل پیش‌بینی و نامنظم است و معمولاً مادرانشان در دسترس نیستند، همواره باید با ترس دائمی رها شدن زندگی کنند و این مسأله آن‌ها را آسیب‌پذیر می‌سازد. در نتیجه این ترس از جدایی یا رها شدن منجر به مقابله با راهبردهای متمرکز بر هوشیاری مزمین می‌شود و در نتیجه به ایجاد اختلالات اضطرابی در دوران کودکی و بزرگسالی می‌انجامد (بارهامی و همکاران، ۲۰۰۷). این یافته‌ها با پژوهش ترناس و همکاران (۲۰۱۳)، زوان و همکاران (۲۰۱۸)، صادقی و همکاران (۱۴۰۱) و زینالی (۱۳۹۴) همسو است. این کودکان از نظر تحول هیجانی کارکردی نیز دارای اختلال هستند و این اختلال در تمام مراحل تحولی مشاهده می‌شود. این یافته با پژوهش عالی و امین یزدی (۲۰۱۷) همسو است.

اطلاعات کیفی مربوط به ویژگی‌های فردی کودکان مضطرب نیز حاکی از وجود بیش‌واکنشی حسی در این کودکان است که می‌تواند در تبدیل کودک به فردی با حساسیت بالا در موقعیت‌های مختلف زندگی دخیل باشد. بعضی از این کودکان نیز از اختلالات جسمی و تأخیر در ویژگی‌های رشدی رنج می‌برند که این مسأله نیز می‌تواند تقویت‌کننده اضطراب در کودک باشد. این یافته با پژوهش شفیعی (۱۳۹۷) و مک ماهون و همکارانش (۲۰۱۹) همسو است.

علاوه بر ویژگی‌های فردی کودک، ویژگی‌های خانوادگی نیز نشان می‌دهد که بعضی از مادران از اختلالات جسمی و روانی در دوران بارداری و شیردهی رنج می‌برند که خود می‌تواند عاملی مهم در ایجاد استرس در مادر و در نتیجه ترشح هورمون استرس و تأثیر آن بر جنین و کودک شیرخوار باشد. این یافته با پژوهش ماتاس بلانکو و کاپاروس گونزالس (۲۰۲۰) و هاتانگادی و همکارانش (۲۰۲۰) همسو است. در بعضی موارد نیز استرس چرخشی در خانواده‌ها وجود داشته که اگر مطالعات بیشتری صورت گیرد منشأ آن حتی به خانواده اصلی مادر و پدر کودک برمی‌گردد. این یافته با پژوهش هاتانگادی و همکارانش (۲۰۲۰) همسو است. در موارد اندک نیز سبک فرزندپروری والدین از نوع سهل‌گیرانه بوده که خود می‌تواند راهی برای فرار از شرایط ناخوشایند موجود در چنین خانواده‌هایی باشد، که البته در تعداد اندکی از نمونه مورد نظر مشاهده شد. این یافته با نتایج پژوهش کارزاره و همکارانش (۱۳۹۴) همسو است.

اطلاعات کیفی مربوط به ویژگی‌های تعاملی نیز نشان‌دهنده این است که بعضی از کودکان مضطرب در محیطی زندگی می‌کنند که در آن از یک طرف احساس دوست‌داشتنی نبودن و در نتیجه حس تنهایی می‌کنند و از طرف دیگر احساس ناامنی کرده و حرمت نفسشان به دلیل واکنش‌های اشتباه والدین کاهش می‌یابد و می‌تواند به غیر قابل اعتماد بودن والدین از نظر کودک و تعاملات نامناسب و پرخاشگری دوطرفه بین کودک و والدینش بی‌انجامد. این یافته‌ها با پژوهش ترناس و همکاران (۲۰۱۳)، زوان و همکاران (۲۰۱۸)، صادقی و همکاران (۱۴۰۱) و زینالی (۱۳۹۴) همسو است. کودکان مضطرب معمولاً در شروع و ادامه ارتباط با دیگران مشکل دارند و به نوعی از اضطراب اجتماعی رنج می‌برند که همین مسأله می‌تواند باعث اجتناب آن‌ها از محیط‌های مختلف شده و آن‌ها را متمایل به روبه‌رو شدن با شرایط آرام و بی‌خطر کند. این یافته با پژوهش عالی و امین یزدی (۲۰۱۷) همسو است.

در مجموع می‌توان گفت که این کودکان در محیطی رشد کرده‌اند که مادر و همچنین پدر چه در زمان گذشته و چه در زمان حال در شرایطی آسیب‌زا زندگی کرده و آشفتگی‌های روانی و گاهاً جسمی زیادی را که منشأ و نتیجه بسیاری از آن‌ها اضطراب است را تجربه کرده و می‌کنند. این یافته با پژوهش زینالی (۱۳۹۴) همسو است. علاوه بر والدین، این کودکان دارای خواهر و برادرهایی نیز هستند که از اختلالات روانی و گاهاً جسمی رنج می‌برند و معمولاً پدر در خانواده به جای اینکه به عنوان تکیه‌گاهی محکم ایفای نقش کند، خود عاملی برای افزایش احساس بی‌اعتمادی در خانواده است. علاوه بر این اکثر این خانواده‌ها در شرایطی زندگی می‌کنند که حمایت اطرافیان از آن‌ها چه از نظر مالی و چه از نظر روانی ناچیز است که این مسأله می‌تواند در افزایش حس ناامنی در تمام اعضای خانواده مؤثر باشد.

همانطور که ملاحظه شد، پژوهش حاضر مبتنی بر رویکرد DIR است و نتایج به دست آمده از تحقیق ترکیبی حاضر با رویکرد DIR هماهنگ است و این رویکرد را تأیید می‌کند. البته سه تفاوت عمده بین اطلاعات کمی و کیفی وجود دارد که رویکرد DIR را تأیید نمی‌کند. ابتدا در حالی که انتظار می‌رود اطلاعات کمی ضعف ثبت حسی با اطلاعات کیفی بیش واکنشی حسی در تقابل باشد، در ۲۶٪ نمونه این تقابل مشاهده نشد. از آنجایی که در ۲ نفر از نمونه این تقابل مشاهده شد و تنها در ۵ نفر این تقابل وجود نداشته و بعلاوه ۳ نفر از این ۵ نفر نیز دارای اختلال نسبی در ضعف ثبت حسی بودند و فقط ۲ نفر دارای اختلال کامل بودند، نمی‌توان به این نتایج پراکنده و اندک استناد کرد و احتمال اشتباه والد در پرکردن مقیاس کمی وجود دارد. تفاوت دوم و سوم نیز نشان می‌دهد که نتایج کمی (اکثریت نمونه) مربوط به عملکرد تأملی مادر و خرده‌مقیاس ابهام در مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه با رویکرد DIR متفاوت است و این رویکرد

را تأیید نمی‌کند. طبق پژوهش اسپورن و همکارانش (۲۰۱۳) مهارت‌های عملکرد تأملی مادران کودکان مضطرب در محدوده طبیعی قرار دارد ولی پدران عملکرد مناسبی ندارند. از آنجایی که پژوهش حاضر عملکرد تأملی را در مادران بررسی کرده است، می‌توان نتیجه گرفت که مادرانی که وجود اختلال را در فرزندانشان تشخیص می‌دهند و برای درمان آن به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، تمایل زیادی برای درک درست افکار و احساسات فرزندشان دارند و به عبارتی سعی می‌کنند بدون سردرگمی فرزندشان را درک کنند ولی نحوه درست تعامل با فرزندشان را نمی‌دانند و یا تحت فشارهای مختلف خانوادگی و اجتماعی با فرزندشان رفتار نامناسبی دارند؛ این در حالی است که بسیاری از پدران این کودکان یا وجود اختلال را انکار می‌کنند و یا آن را ناچیز می‌شمارند و تمایل کمی برای مراجعه به مراکز درمانی دارند. اگر این قسمت پژوهش توسط پدران نیز کامل می‌شد، به احتمال زیاد تفاوت افکار و احساسات والدین نسبت به فرزندشان را نشان می‌داد.

در مجموع می‌توان گفت که رویکرد DIR با نگاهی یکپارچه و همه جانبه نقش اطرافیان کودک به خصوص والدین را برجسته می‌نماید و به تأثیر ویژگیهای فردی والدین و سبک تربیتی آنها بر کودک و نحوه تعاملشان با او می‌پردازد، که در سایر رویکردها کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بر مبنای نتایج پژوهش حاضر نیز کودکان اضطرابی به دلیل نیمرخ حسی منحصر به فردی که با آن متولد می‌شوند از ابتدا دنیایی آزردهنده و ناامن را تجربه می‌کنند و برای دریافت احساس امنیت به والدین خود پناه می‌برند و در این رابطه، والدین ناامن که درگیر نیازهای دلبستگی خود هستند، نمی‌توانند متناسب با نیاز کودک در دسترس او و پاسخگو باشند و حس امنیت را فراهم کنند و تداوم چنین تعاملی می‌تواند کودک را بیش از پیش از مسیر تحول سالم خارج نموده و به افزایش اضطراب کودک منجر شود.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

با توجه به پیچیدگی اختلالات اضطرابی و وجود آن در اکثر والدین کودکان اضطرابی و شیوع بیماری کرونا، جلب همکاری والدین برای انجام و ادامه جلسات مصاحبه بسیار با کندی و سختی انجام پذیرفت و تعدادی از شرکت کنندگان در بین جلسات ارزیابی و مصاحبه، از انجام ادامه کار صرف نظر کردند.

پیشنهاد می‌شود بر مبنای اطلاعات به دست آمده از پژوهش حاضر، بسته مداخله‌ای تنظیم شده و به بررسی اثربخشی این روش درمان در پژوهش‌های آینده پرداخته شود و اثربخشی این

شیوه درمان با شیوه‌های رایج درمان اختلالات اضطرابی مانند درمان شناختی-رفتاری مقایسه گردد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، رازداری و محرمانه بودن اطلاعات و ورود و خروج داوطلبانه شرکت‌کنندگان از پژوهش اجرا گردید.

سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاری صمیمانه افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری تخصصی مژگان معمارباشی اول در رشته روان‌شناسی است که با شماره رهگیری ۱۶۴۲۵۴۹ در تاریخ ۱۳۹۸/۰۴/۱۷ تصویب و با کد اخلاق IR.UM.REC.1401.072 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی ثبت شده است. در تدوین این مقاله، مژگان معمارباشی اول در طراحی، گردآوری و تحلیل و تفسیر داده‌ها، سید امیر امین یزدی در مفهوم‌سازی، بازبینی، اصلاح پیش‌نویس و اصلاح و نهایی‌سازی، حسین کارشکی در روش‌شناسی، تحلیل و تفسیر داده‌ها و شهربانو عالی در بازبینی و اصلاح و نهایی‌سازی مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

اباذری قره باغ، کبری، ملک پور، مختار، قمرانی، امیر، عابدی، احمد، و فرامرزی، سالار. (۱۳۹۵). تحول هیجانی کودکان درخودمانده بر اساس مدل تحولی تفاوت های فردی. *فصلنامه روانشناسی تحولی*، ۱۳(۵۰)، ۱۴۲-۱۳۳. [پیوند]

امین یزدی، سید امیر. (۱۳۹۱). رشد یکپارچه انسان: مدل تحولی تفاوت های فردی مبتنی بر ارتباط. *پژوهش نامه مبانی تعلیم و تربیت*، ۱، ۱۲۶-۱۰۹. [پیوند]

روحي، عليرضا. (۱۳۹۳). رويكردهای نظری و کاربردی در اختلال‌های اضطرابی در کودکان. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۳(۱۲۵)، ۴۷-۵۸. [پيوند]

زينالی، شیرين. (۱۳۹۴). ارائه یک مدل آسیب پذیری بر اساس روابط ساختاری رابطه مادر کودک، شخصیت کودک، باورهای اضطرابی والدین با واسطه گری حساسیت اضطراب، سوگیری شناخت و رفتارهای مقابله ای با اضطراب. رساله دکتری. رشته روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه سراسری تبریز. [پيوند]

شعبي، فاطمه. (۱۳۹۴). سبک های دلبستگی و روابط اجتماعی. تهران: انتشارات کتاب ارشد. [پيوند]

شعبي، سهيلا. (۱۳۹۵). مقایسه تعامل والد -کودک، پردازش حسی و بازنشاسی هیجان در کودکان با مشکلات درونی سازی و برونی سازی. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی. [پيوند]

شهبازی، مرجان، دهقان، فائزه، میرزاخانی، نوید، و شهبازی، فاطمه. (۱۳۹۶). بررسی میزان شیوع اختلال پردازش حسی بر اساس ادراک والدین در کودکان ۵ تا ۱۱ ساله شهر تهران. *فصلنامه طب توانبخشی*، ۶(۴)، ۴۸-۵۷. [پيوند]

صادقی، مریم، اکبری چرمهینی، صغرا، بهرامی، علی رضا، و سید موسوی، پریسا سادات. (۱۴۰۱). اثربخشی بازی درمانی دلبستگی محور بر خودکارآمدی والدینی مادران، تنظیم هیجانی و سازگاری اجتماعی کودکان دارای اضطراب جدایی: مطالعه موردی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۶(۲): ۱۰۷-۱۳۲. [پيوند]. Doi: 10.52547/APS.2021.224105.1180

قنبری، سعید، محمدی، مریم، خداپناهی، محمدکریم، مظاهری، محمدعلی، و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس اضطراب کودکان پیش دبستانی. *مجله روانشناسی*، ۱۵(۳)، ۲۳۴-۲۲۲. [پيوند]

کارزاره، شیدا، عبدی، منصور، و حیدری، حسن. (۱۳۹۴). بررسی کارکرد خانواده و نقش سبک‌های فرزندپروری مادران در پیش بینی مشکلات رفتاری. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۳۶، ۲۶-۱۷. [پيوند]

کنرلی، هلن. (۱۳۸۴). *اختلالات اضطرابی (آموزش کنترل و درمان)*. ترجمه سیروس مبینی. انتشارات رشد. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵). [پيوند]

محمدپور، احمد. (۱۳۸۹). طرح‌های تحقیق با روش‌های ترکیبی: اصول پارادایمی و روش‌های فنی. *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، ۴(۲): ۸۱-۱۰۷. [پيوند]

مفرد، فریبا. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین رابطه مادر-کودک با رشد هیجانی کارکردی و رشد کاربردی زبان در کودکان پیش‌دبستانی ناحیه ۷ مشهد، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد. [پيوند]

Aali, Sh & AminYazdi, S. A. (2017). Developing a Family-Based Floor Time Therapy and evaluation its effectiveness on the developmental profile of children with interactive disorders (anxiety and depression). *International Journal of Pediatrics*, 5(4): 4741-4753. [Link]

39(5), 395-403. [Link]

Al-Biltagi, M., & Ali Sarhan, E. (2016). Anxiety Disorder in Children: Review. *Journal of Paediatric Care Insight*, 1(1): 18-28. [Link]

Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y., Sagi-Schwartz, A. Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders*; 21: 1061-1068. [Link]

- Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Ghandour, R. M., Blumberg, S. J., Visser, S. N., Perou, R., & Walkup, J. T. (2018). Epidemiology and Impact of Health Care Provider-Diagnosed Anxiety and Depression among U.S. Children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 39(5), 395-403. [\[Link\]](#)
- Bottos, Sh., Nilsen E. (2014). The cross-generational effects of maternal maltreatment histories: Implications for children's mentalizing development. *Child Abuse & Neglect*, 38: 1094-1105. [\[Link\]](#)
- Esbjørn, B.H., Pedersen, S.H., Daniel, S. I. F., Hald, H.H., Holm, J.M., & Steele, H. (2013). Anxiety levels in clinically referred children and their parents: examining the unique influence of self-reported attachment styles and interview-based reflective functioning in mothers and fathers. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(4):394-407. [\[Link\]](#)
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behav Res Ther*, 39: 1293-1316. [\[Link\]](#)
- Fathi, M., Amin Yazdi, S.A., Kareshki, H., & Ahanchian. H. (2020). Investigating psychometric properties of Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ). *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 22(5): 301-310. [\[Link\]](#)
- Greenspan, S. (2004). *The Greenspan Social Emotional Growth Chart: A screening questionnaire infants and young children*. San Antonio: PsychCorp Press. [\[Link\]](#)
- Greenspan, S., & Wieder, S. (2005). Can children with autism master the core deficits and become empathetic, creative and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (ASD) who received a comprehensive developmental, individual-difference, relationship-based (DIR) approach. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, 9:39-61. [\[Link\]](#)
- Greenspan, S., & Wieder, S. (2006). *Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think*. Washington, DC: Da Capo Press. [\[Link\]](#)
- Hattangadi. N., Cost. K.T., Birken, C. S., Borkhoff, C. M., Maguire. J. L., Szatmari. P., & Charach. A. (2020). Parenting stress during infancy is a risk factor for mental health problems in 3- year-old children. *BMC Public Health*, 20, 1726: 1-7. [\[Link\]](#)
- Itskovich, G. (2019). DIR®-informed approach to anxiety and trauma in school age children. *Mental Health. Global Challenges Journal*, 2, (2):11-25.
- Kittleson, M. J., Denkmire, H., Kane, W., & Rennegarbe, R. (2009). *The Truth about Fear and Depression*. New York: Infobase Publishing. [\[Link\]](#)
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications, Inc. [\[Link\]](#)
- Matas-Blanco. Cr., & Caparros-Gonzalez. R. A. (2020) Influence of Maternal Stress during Pregnancy on Child's Neurodevelopment. *Psych*, 2:186-197. [\[Link\]](#)
- McMahon, K., Anand, D., Morris-Jones, M., & Rosenthal, M.Z. (2019). A Path from Childhood Sensory Processing Disorder to Anxiety Disorders: The Mediating Role of Emotion Dysregulation and Adult Sensory Processing Disorder Symptoms. *National Library of Medicine*, 13(22): 4-44. [\[Link\]](#)
- Trenas, A. F. R., Osuna M. J. P., Olivares, R. R., Cabrera, J. H. (2013). Relationship between Parenting Style and Aggression in a Spanish Children Sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82: 529-36. [\[Link\]](#)

Xuan, X., Chen, F., Yuan, Ch., Zhang, X., Luo, Y., Xue, Y., Wang, Y. (2018). The relationship between parental conflict and preschool children's behavior problems: A moderated mediation model of parenting stress and child emotionality. *Children and Youth Services Review*, 95: 209-216. [Link]

برسشنامه اضطراب کودکان پیش‌دبستانی

ردیف	سؤال	اصلاً درست نیست	به ندرت درست است	گاهی درست است	اغلب درست است	همیشه درست است
۱	برایش مشکل است که احساس نگرانی‌اش را متوقف کند.					
۲	از اینکه کاری انجام دهد که در نزد دیگران احمق به نظر برسد، نگران است.					
۳	مرتباً و آرومی می‌کند که کارها را درست انجام داده باشد.					
۴	به دلیل نگرانی، بی‌قرار و ناراحت است و تنش دارد.					
۵	از اینکه از بزرگسالی کمک بخواهد می‌ترسد.					
۶	دوست ندارد بدون شما یا جایی غیر از خانه خودتان بخواهد.					
۷	از بلندی (مکان‌های مرتفع و بلند) می‌ترسد.					
۸	به خاطر ترس و نگرانی، در خوابیدن مشکل دارد.					
۹	هر روز دست هایش را باها می‌شوید.					
۱۰	از مکان‌های بسته یا شلوغ می‌ترسد.					
۱۱	از ملاقات یا صحبت کردن با افراد ناآشنا می‌ترسد.					
۱۲	از این که برای پدر و مادرش اتفاق بدی بیفتد، نگران است.					
۱۳	از زرد و برق می‌ترسد.					
۱۴	بیشتر روز را صرف نگرانی در مورد چیزهای مختلف می‌کند.					
۱۵	از صحبت کردن، اجرای نمایش و شعر خواندن جلوی دیگران می‌ترسد.					
۱۶	نگران است که مبادا اتفاق بدی برایش بیفتد که دیگر شما را نبیند.					
۱۷	از رفتن به استخر و شنا کردن عصبی می‌شود.					
۱۸	احساس می‌کند برای اینکه جلوی اتفاق بدی را بگیرد، باید وسایل را با ترکیب و شیوه خاصی بپوشد.					
۱۹	از اینکه در مقابل دیگران کار شرم‌آوری انجام دهد، نگران است.					
۲۰	از حشرات و عنکبوت‌ها می‌ترسد.					
۲۱	افکار یا تصاویر بد و بیخودی دارد که مرتباً به ذهنش می‌آیند.					
۲۲	زمانی که او را در مهد کودک/پیش‌دبستان ترک می‌کنید یا پیش پرستارش گذاشته و می‌روید، ناراحت و نگران می‌شود.					
۲۳	از وارد شدن به گروه همسالان و شرکت در فعالیت‌های آن‌ها می‌ترسد.					
۲۴	از حیوانات خانگی می‌رسد.					
۲۵	کابوس‌هایی درباره جدا شدن از شما می‌بیند.					
۲۶	از تاریکی می‌ترسد.					
۲۷	برای اینکه جلوی اتفاق بدی را بگیرد، افکار خاصی را در ذهنش مرور می‌کند.					
۲۸	در مواقعی که ضروری به نظر نمی‌رسد، مرتب از دیگران اطمینان و تایید می‌خواهد.					
۲۹	آیا کودک شما تا به حال حادثه‌ای بد یا ضربه‌آور را تجربه کرده است؟					
لطفاً حادثه‌ای را که کودک شما تجربه کرده است، به اختصار توضیح دهید. اگر شما به جمله ۲۹ پاسخ بلی بوده است لطفاً به ماده‌های زیر نیز پاسخ دهید.						
۳۰	در مورد آن حادثه کابوس یا خواب‌های بد می‌بیند.					
۳۱	حادثه را به خاطر می‌آورد و ناراحت و پریشان می‌شود.					
۳۲	وقتی چیزی از آن حادثه را به خاطرش می‌آورد، ناراحت می‌شود.					
۳۳	ناگهان طوری رفتار می‌کند که انگار دوباره آن حادثه را تجربه کرده است.					
۳۴	وقتی آن حادثه یادآوری می‌شود علائم ترس را نشان می‌دهد.					

برسشنامه کیفیت مراقبت مادرانه

ردیف	سؤال	اصلاً	گاهی	نظری ندارم	اغلب	همیشه
۱	از اینکه مراقب کودکم هستم احساس خوبی دارم.					

پرسشنامه پروفایل حساسی

ردیف	توضیحات	اصلاً این- گونه نیست	گاهی این گونه است	نظری ندارم	اغلب این- گونه است	همیشه این گونه است
۱	به صداهای بلند و غیرمنتظره به شکل منفی پاسخ می‌دهد.					
۲	در برابر صدا گوشش را با دست‌هایش می‌پوشاند.					
۳	هنگامی که رادیو روشن است در کامل کردن تکالیف مشکل دارد.					
۴	در صورت وجود صداهای زیاد در اطراف، حواسش پرت می‌شود یا در کار خودش دچار اشکال می‌شود.					
۵	با صدای زمینه نمی‌تواند کار کند (برای مثال پنکه، یخچال).					
۶	به نظر می‌رسد آنچه را می‌گوید، نمی‌شنود.					
۷	زمانیکه نامش را صدا می‌کنید پاسخ نمی‌دهد، اما شما می‌دانید شنوایی کودک سالم است.					
۸	از صداهای عجیب و غریب لذت می‌برد.					
۹	ترجیح می‌دهد در تاریکی باشد.					
۱۰	در برابر نور درخشان اظهار ناراحتی می‌کند یا از آن اجتناب می‌کند.					
۱۱	از بودن در تاریکی خوشحال است.					
۱۲	هنگامی که سعی می‌کند اشیا را در شرایط رقابتی پیدا کند ناکام می‌ماند.					
۱۳	در درست کردن پازل مشکل دارد (در مقایسه با کودکان هم سن).					
۱۴	بعد از اینکه دیگران به نور روشن (زیاد) عادت می‌کنند، هنوز هم با این مقدار نور آذیت می‌شود.					
۱۵	چشمش را می‌پوشاند یا آن‌ها را نیمه باز نگه می‌دارد تا از آن‌ها در برابر نور محافظت کند.					
۱۶	با دقت یا مشتاقانه به افراد یا اشیا نگاه می‌کند (مثلاً خیره می‌شود).					
۱۷	در یافتن اشیا در شرایط رقابتی مشکل دارد					
۱۸	هنگامی که پایش از زمین جدا می‌شود مضطرب و پریشان می‌گردد.					
۱۹	فعالیت‌هایی که در آن‌ها سرش وارونه قرار گیرد را دوست ندارد.					
۲۰	از وسایل زمین بازی یا اسباب بازی های متحرک اجتناب می‌کند.					
۲۱	ماشین سواری را دوست ندارد.					
۲۲	سرس را بالا نگه می‌دارد حتی زمانی که خم می‌شود یا تکیه می‌دهد.					
۲۳	بعد از خم شدن روی میز یا روشویی جهت‌یابی خود را از دست می‌دهد (می‌افتد یا گنج می‌شود).					
۲۴	در جستجوی هر نوع حرکتی است و این با کارهای روزمره تداخل پیدا می‌کند.					
۲۵	به دنبال هرنوع فعالیت و تحرک است					
۲۶	غالباً در طول روز به دور خود می‌چرخد.					
۲۷	ناخودآگاه می‌چنبد.					
۲۸	روی میز، صندلی یا زمین می‌چنبد (تکان می‌خورد).					
۲۹	از کیف شدن اجتناب می‌کند.					
۳۰	در زمان آراسته شدن ناراحتی نشان می‌دهد					
۳۱	هنگام گرما لباس‌های آستین بلند و هنگام سرما لباس‌های آستین کوتاه را ترجیح می‌دهد.					
۳۲	هنگام کارهای دندان پزشکی یا مسواک زدن ناراحتی نشان می‌دهد.					
۳۳	به نوع خاصی از بافت‌ها حساس است.					
۳۴	با کفش یا جوراب آزرده می‌شود.					
۳۵	از پا برهنه بودن اجتناب می‌کند، خصوصاً در شن یا چمن.					
۳۶	به شکل هیجانی آب پرخشگرانه به لمس واکنش نشان می‌دهد.					
۳۷	هنگام پاشیدن آب خود را کنار می‌کشد.					
۳۸	با ایستادن در صف یا ایستادن نزدیک به دیگران مشکل دارد.					
۳۹	محللی را که لمس شده می‌مالد یا می‌خاراند.					
۴۰	افراد یا اشیا را به قدری لمس می‌کند که برای آن‌ها آزار دهنده می‌شود.					
۴۱	نیاز غیرعادی برای لمس اسباب بازی‌ها، سطوح یا نسوج خاصی نشان می‌دهد.					
۴۲	آگاهی کاهشی یافته‌ای نسبت به درد و دما دارد.					
۴۳	به نظر می‌رسد وقتی کسی بازو یا پشتش را لمس می‌کند متوجه نمی‌شود.					

۴۴	از کفش پوشیدن اجتناب می‌کند، دوست دارد پا برهنه باشد.
۴۵	افراد و اشیا را لمس می‌کند.
۴۶	به نظر می‌رسد وقتی صورت یا دستش کثیف می‌شود متوجه نمی‌شود.
۴۷	به راحتی گم می‌شود (حتی در مکان‌های آشنا).
۴۸	در توجه کردن مشکل دارد.
۴۹	نگاهش را از تکلیف بر می‌دارد تا متوجه تمام اتفاقات اتاق شود.
۵۰	در یک محیط فعال بی توجه به نظر می‌رسد.
۵۱	حتی در موقعیت‌های آشنا به مردم، اناهی و اشیا آویزان می‌شود.
۵۲	روی پنجه پا راه می‌رود.
۵۳	لباس‌ها بر تنش تیز از بیج و تاب است.
۵۴	به راحتی مواد غذایی یا ظروف غذا را به دهان برده و مزه مزه می‌کند.
۵۵	از طعم‌ها یا بوهای خاصی که معمولاً جزء رژیم غذایی کودکان است اجتناب می‌کند.
۵۶	تنها طعم‌های خاصی را می‌خورد.
۵۷	خود را به عادات خاصی در مورد بافت و دمای غذا محدود می‌کند.
۵۸	در خوردن ایرادگیر است، خصوصاً در مورد مواد غذایی.
۵۹	از روی عادت اشیا غیر خوراکی را بو می‌کند.
۶۰	نسبت به بوهای خاصی تمایل قوی نشان می‌دهد.
۶۱	نسبت به طعم‌های خاصی تمایل قوی نشان می‌دهد.
۶۲	به غذاهای خاصی اشتیاق دارد.
۶۳	بوها و طعم‌های خاصی را جستجو می‌کند.
۶۴	اشیا غیر خوراکی را می‌مکد یا می‌جود.
۶۵	اشیا را به دهان می‌برد (مثلاً مباد، دست).
۶۶	با سفتی حرکت می‌کند.
۶۷	زود خسته می‌شود، مخصوصاً هنگامی که ایستاده یا وضعیت بدنی خاصی به خود گرفته است.
۶۸	مفاصل (مثلاً آرنج، زانو) را به منظور ثبات قفل می‌کند.
۶۹	به نظر می‌رسد ماهیچه‌های ضعیفی دارد.
۷۰	پنجه ضعیفی دارد.
۷۱	نمی‌تواند اشیا سنگین را بلند.
۷۲	برای حمایت از خود به چیزی تکیه می‌کند (حتی در زمان فعالیت).
۷۳	به راحتی خسته می‌شود (پایداری ضعیفی دارد).
۷۴	بی حال به نظر می‌رسد.
۷۵	مستعد حادثه به نظر می‌رسد.
۷۶	در بالا و پایین رفتن از زنجیرها یا پلکان تردید دارد.
۷۷	از ارتفاع یا افتادن می‌ترسد.
۷۸	از بالا رفتن و پریدن و همچنین از زمین ناهموار و پر از برآمدگی اجتناب می‌کند.
۷۹	دیوارها یا توده پله‌ها را محکم می‌گیرد (مثلاً دو دستی می‌چسبد).
۸۰	در حین بازی به صورت افراطی خطر می‌کند.
۸۱	در حین بازی در بالا رفتن یا حرکت، دست به خطرانی می‌زند که امنیت شخصی را به خطر می‌اندازد.
۸۲	تمام بدنش را می‌چرخاند تا به شما نگاه کند.
۸۳	دنبال فرصت‌هایی می‌گردد تا بدون در نظر گرفتن امنیت شخصی پایین بپرد.
۸۴	به نظر می‌رسد از افتادن لذت می‌برد.
۸۵	بیشتر روز را به بازی نشستنی می‌پردازد.
۸۶	بازی بی صدا و نشسته را ترجیح می‌دهد.
۸۷	به دنبال بازی‌های نشسته می‌گردد.
۸۸	بازی‌های نشسته را ترجیح می‌دهد.
۸۹	در طول فعالیت‌های حرکتی زود خسته می‌شود.
۹۰	مدام در حرکت است.
۹۱	از فعالیت‌های مربوط به بازی آرام و بی صدا پرهیز می‌کند.
۹۲	نسبت به سایر کودکان نیاز به محافظت بیشتری در زندگی دارد.
۹۳	عادت‌های انعطاف‌ناپذیری در بهداشت شخصی دارد.

۹۴	به شکل افراطی با دیگران مهربان است.				
۹۵	زبان بدن با تظاهرات چهره‌ای را درک نمی‌کند(مثلاً در تفسیر ناتوان است).				
۹۶	از تماس چشمی اجتناب می‌کند.				
۹۷	مشناقانه به افراد یا اشیا خیره می‌شود.				
۹۸	همه افراد را هنگامی که اطراف اتاق حرکت می‌کنند، تماشا می‌کند.				
۹۹	هنگامی که افراد وارد اتاق می‌شوند متوجه نمی‌شود.				
۱۰۰	به نظر می‌رسد در دوست داشتن خود مشکل دارد(مثلاً عزت نفس کم).				
۱۰۱	در رشد یافتن مشکل دارد.				
۱۰۲	به انتقاد حساس است.				
۱۰۳	توس‌های معنی‌دار (برای مثال توس‌ها قابل پیش‌بینی هستند).				
۱۰۴	مضطرب به نظر می‌رسد.				
۱۰۵	هنگام موفقیت در تکلیف واکنش هیجانی مفرط نشان می‌دهد.				
۱۰۶	احساسی شبیه یک شکست خورده بروز می‌دهد.				
۱۰۷	سرخسخت یا غیرهمکاری کننده است.				
۱۰۸	قشقرق به راه می‌اندازد.				
۱۰۹	در تحمل ناکامی ضعیف است.				
۱۱۰	به راحتی به گریه می‌افتد.				
۱۱۱	بیش از حد جدی است.				
۱۱۲	به سختی دوست پیدا می‌کند.				
۱۱۳	کاپوس می‌بیند.				
۱۱۴	توس‌هایی دارد که با کارهای روزمره تداخل می‌یابد.				
۱۱۵	حس شوخ طبعی ندارد.				
۱۱۶	هیجانات را بروز نمی‌دهد.				
۱۱۷	در طول تکالیف با خود حرف می‌زند.				
۱۱۸	نوشتن ناخواناست.				
۱۱۹	هنگام رنگ‌آمیزی یا نوشتن، در ماندن بین خطوط مشکل دارد.				
۱۲۰	از راه‌های نامناسب برای انجام کارها استفاده می‌کند.				
۱۲۱	تحمل تغییر در برنامه‌ها و انتظارات را ندارد.				
۱۲۲	به سختی می‌تواند تغییر در روال عادی زندگی را بپذیرد.				
۱۲۳	از یک فعالیت به سراغ فعالیت دیگری می‌رود که در نتیجه با بازی تداخل پیدا می‌کند.				
۱۲۴	تعمداً اشیا را بو می‌کند.				
۱۲۵	به نظر می‌رسد که بوهای تند را استنشام نمی‌کند.				

پرسشنامه تحول هیجانی کارکردی

سن مشاهده رفتار	پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات رفتار	هتوز نشان نمی‌دهد	گاهی نشان می‌دهد	همیشه نشان می‌دهد	وقتی که اضطراب دارد، نشان نمی‌دهد
د و ت	۱- آرام است و به صداهای اطراف علاقه نشان می‌دهد.	۰	۱	۲	۳
	۲- شما بدون نیاز زیاد به نمایشی بودن به راحتی می‌توانید توجه کودکان را جلب کنید.	۰	۱	۲	۳
	۳- احساس آرامش و تمایل لذت بخشی به آنچه که در معرض دیدن قرار می‌گیرد دارد از جمله اشیا براق	۰	۱	۲	۳
	۴- شما می‌توانید به راحتی توجه کودک را به چیزهایی که حتی خیلی براق و رنگی نیستند جلب کنید.	۰	۱	۲	۳
	۵- به طور آرامش بخشی از لمس کردن یا لمس شدن با اشیا گوناگون لذت می‌برد.	۰	۱	۲	۳
	۶- می‌توانید به آسانی با لمس کردن توجه او را جلب کنید.	۰	۱	۲	۳
	۷- دوست دارد که او را در حالی که دستانتان در دست شماست بچرخاند یا شما برقصد، یا خیلی سریع بالا و پایین برود.	۰	۱	۲	۳
	۸- شما می‌توانید به راحتی با نزدیک شدن به کودک یا تکان دادن او توجهش را جلب کنید.	۰	۱	۲	۳
	۹- در هنگام پریشانی یا ناراحتی می‌توانید به کودکان کمک کنید تا آرام بگیرد.	۰	۱	۲	۳
	۱۰- به چیزهای دیدنی جالب مانند صورت شما یا یک اسباب بازی نگاه می‌کند.	۰	۱	۲	۳
	۱۱- به سمت صداهای جالب رو بر می‌گرداند یا اینکه به آن نگاه می‌کند.	۰	۱	۲	۳
	۱۲- وقتی شخص مورد علاقه اش را می‌بیند به نظر خوشحال و شاد می‌رسد.	۰	۱	۲	۳

۳	۲	۱	۰	۱۲- با صدا در آوردن یا با چهره به افرادی که با او صحبت می کنند یا با او بازی می کنند پاسخ دهد.	تا ۱ سالگی
۳	۲	۱	۰	۱۴- به سمت اشیا دست درازی کرده یا اینکه اشاره می کند یا صداهای مشخصی از خود بروز می دهد که نشان دهد آن شی را می خواهد.	تا ۱ سالگی
۳	۲	۱	۰	۱۵- به فردی که برایش جالب است، دو یا چندلیخند، نگاه یا حرکت را مبادله می کند.	تا ۱ سالگی
۳	۲	۱	۰	۱۶- با انجام دادن حرکات بدنی مناسب در پاسخ به شما نشان می دهد که اعمال و حرکات بدنی شما را درک می کند.	تا ۱ سالگی
۳	۲	۱	۰	۱۷- برای اینکه به شما نشان دهد چه چیزی را می خواهد یا برای اینکه با شما بازی کند به شیوه های رفت و برگشتی یک سری اعمال متوالی را انجام می دهد	تا ۱ سالگی
۳	۲	۱	۰	۱۸- خیلی از صداها، کلمات یا اعمال را در حین بازی از شما کپی برداری می کند.	تا ۱ سالگی
۳	۲	۱	۰	۱۹- با نگاه کردن به شما یا وادار کردن شما به گشتن چیزی را که می خواهد جستجو می کند.	تا ۱ سالگی
۳	۲	۱	۰	۲۰- با استفاده از تعداد اندکی اعمال پشت سرهم، آنچه را که می خواهد یا نیاز دارد به شما نشان می دهد(مثلا: دست شما را می گیرد و به سمت در می برد و سپس به در می گوید یا آن را لمس می کند).	تا ۱ سالگی
۳	۲	۱	۰	۲۱- وقتی کسی با او صحبت می کند یا با او بازی می کند از کلمات استفاده می کند یا اینکه سعی می کند از کلمات استفاده کند.	تا ۱ سالگی
۳	۲	۱	۰	۲۲- بازی های خیالی(وانمود کردن) آشنا را تقلید یا کپی برداری می کند	تا ۲ سالگی
۳	۲	۱	۰	۲۳- با یک تعداد اندکی کلمه به شما آنچه را که می خواهید می گوید.	تا ۲ سالگی
۳	۲	۱	۰	۲۴- نشان می دهد که او خواسته های کلامی ساده شما را مثلا لطف غروسکت را به من نشان بده، را درک می کند.	تا ۲ سالگی
۳	۲	۱	۰	۲۵- شما یا با دیگران بازی های خیالی انجام می دهد.	تا ۲ سالگی
۳	۲	۱	۰	۲۶- با استفاده از کلمات یا تصاویر به شما می فهماند که به چه چیزی علاقه دارد.	تا ۲ سالگی
۳	۲	۱	۰	۲۷- در ارتباط با یک یا چند همسال از کلمات استفاده می کند.	تا ۲ سالگی
۳	۲	۱	۰	۲۸- از کلمات یا تصاویر استفاده می کند تا به شما نشان دهد که از چه چیزی تنفر دارد یا چه چیزی را دوست دارد.	تا ۲ سالگی
۳	۲	۱	۰	۲۹- بازی های خیالی با یک یا چند همسال انجام می دهد.	تا ۲ سالگی
۳	۲	۱	۰	۳۰- با شما یا با دیگران مشغول بازی خیالی می شود که در آن داستانی معنادار به چشم می خورد	تا ۳ سالگی
۳	۲	۱	۰	۳۱- برای پرسیدن کارهایی که می خواهد انجام دهد از عبارات یا جملات استفاده می کند.	تا ۳ سالگی
۳	۲	۱	۰	۳۲- می تواند توضیح دهد که چرا چیزی را می خواهد یا چرا کاری را می خواهد انجام دهد.	تا ۳ سالگی
۳	۲	۱	۰	۳۳- احساساتش را در توضیح اینکه چرا کاری می خواهد انجام یا چیزی را می خواهد توصیف می کند.	تا ۳ سالگی
۳	۲	۱	۰	۳۴- بازی خیالی با همسالان و نیز بزرگسالان انجام می دهد که دارای داستانی معنی دار و قسمت های متعددی می باشد.	تا ۳ سالگی
۳	۲	۱	۰	۳۵- گفتگوهایی با بزرگسالان و همسالان دارد که معنی دار است و دارای حداقل چهار تبادل رفت و برگشتی در مورد موضوعات گوناگون می باشد.	تا ۳ سالگی