

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Anxiety and Self-efficacy of Children: A Single-Case Experimental Design

Somayeh Nekooei¹, Zabihollah Abbaspour², Amin Koraei³

1. PHD student in counseling, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. Invited teacher, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran / Assistant Professor, Department of Counseling, College of Educational and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
3. Assistant Professor, Department of Counseling Ahvaz Branch, Islamic Azad University Ahvaz, Iran.

ABSTRACT

The article is taken from a doctoral dissertation

Aim: The aim of the current study was to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Anxiety and Self-efficacy of children among children with anxiety. **Methods:** The statistical population consisted of all children diagnose with anxiety in Ahvaz. The research sample consisted of 3 children that were selected according to the results of the Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) using purposeful sampling method. In this research, a single-case experimental design, type of non-concurrent multiple baseline designs was used. To evaluate the anxiety, Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and self-Efficacy - Children's Self-Efficacy Scale were used. The data was collected in three phases of baseline, during intervention, and one month follow-up. **Findings:** The findings indicate that the subjects in the treatment phase experienced improvement in anxiety (30/96) and self-efficacy (28/13), and in the follow-up in regards to anxiety (38/44) and self-efficacy (32/25). The change index was indicative of meaningful changes ($z=1/95$ $\alpha=0.05$). **Conclusion:** Therefore, the research findings illustrated that Acceptance and Commitment Therapy reduces anxiety and increases children's self-efficacy by increasing psychological flexibility and reducing dysfunctional reactions.

Keyword: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), child anxiety, self-efficacy of children



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و خودکارآمدی کودکان: یک مطالعه آزمایشی تک موردی

سمیه نکوئی^۱، ذبیح‌اله عباسپور^۲، امین کراییی^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۲. (نویسنده مسئول)، دکتری مشاوره، مدرس مدعو، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران / استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. z.abaspour@scu.ac.ir
۳. دکتری مشاوره، استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

(صفحات ۷۹-۱۰۲)

چکیده

مقاله مستخرج از رساله دکتری می‌باشد

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و خودکارآمدی کودکان بود. روش: جامعه‌ی آماری پژوهش کودکان مضطرب ۱۱-۸ ساله‌ی شهر اهواز بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳ کودک مضطرب بودند که با فراخوان در گروه‌های مدارس و مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز و با توجه به نقطه‌ی برش پرسش‌نامه‌ی تشخیص اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان (بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۹) و مصاحبه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش از طرح پژوهشی تک موردی با خط پایه ناهمزمان استفاده شد. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی جلسه اجرا شد. داده‌ها در سه مرحله خط پایه، در فرایند درمان و یک ماه پس از درمان جمع‌آوری شدند و به روش شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و ترسیم دیداری تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که آزمودنی‌ها در مرحله درمان در متغیر اضطراب (۳۰/۹۶ درصد) و در متغیر خودکارآمدی (۲۸/۱۳ درصد) و در مرحله پیگیری در متغیر اضطراب (۳۸/۴۴ درصد) و در متغیر خودکارآمدی (۳۲/۲۵ درصد) بهبود پیدا کردند. همچنین شاخص تغییر پایای هر دو متغیر در مرحله پس از درمان و پیگیری معنادار ($Z=1.696$) و سطح معناداری (۰/۰۵) بود. نتیجه‌گیری: بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش دادن واکنش‌های ناکارآمد باعث کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی کودکان مضطرب می‌شود.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۸

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب کودکان، خودکارآمدی کودکان

مقدمه

اضطراب و اختلالات وابسته به آن شایع‌ترین و مختل‌کننده‌ترین اختلالات سلامت روان در کودکان و نوجوانان هستند (پلیستد، وایت، گوردون و کرسویل^۱، ۲۰۲۱). این اختلالات در بین کودکان و نوجوانان بین ده تا بیست درصد گزارش شده‌اند (پاتل، فیت، براون و رامسی^۲، ۲۰۱۸). اضطراب به عنوان حالتی از ناراحتی، تنش و ترس شدید که به علت ترس واقعی یا ادراک شده از خطرات احتمالی رخ می‌دهد، تعریف شده است. این تجربه طیفی از ترس‌ها و اضطراب‌های طبیعی تا اضطراب‌های مرضی را در بر می‌گیرد (مک‌کری^۳، ۲۰۰۹) و ممکن است عملکرد کودک را در حوزه‌های مختلف از جمله اجتماعی، عاطفی و عملکرد خانوادگی با اختلال مواجه کند. اختلالات اضطرابی از لحاظ شدت یا تداوم، با ترس یا اضطرابی که از لحاظ رشد هنجاری هستند، تفاوت دارند. آنها به خاطر مداوم بودن (برای مثال ۶ ماه یا بیشتر ادامه می‌یابند) با ترس یا اضطرابی که اغلب ناشی از استرس است، تفاوت دارند، هر چند ملاک مدت به عنوان رهنمودی کلی، اجازه‌ی درجه‌ای انعطاف‌پذیری و گاهی مدت کوتاه‌تر را در کودکان می‌دهد (مثلاً در اختلال اضطراب جدایی و لالی انتخابی). افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی معمولاً میزان خطر را در موقعیت‌هایی که می‌ترسند یا اجتناب می‌ورزند، بیش از حد برآورد می‌کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳).

اضطراب بر ابعاد مختلف زندگی کودکان تاثیر می‌گذارد. اضطراب کودکان اگر درمان نشود می‌تواند مشکلات اساسی مانند سو مصرف مواد (سوان، هانکوک، دبگزان، کو و باومن^۵، ۲۰۱۳؛ سیمپل، لی، رزا و میلر^۶، ۲۰۱۰)، مزمن شدن (بروارن، موریس، دبامانتوپائولو

1. Plaisted, H., Waite, P., Gordon., K., & Creswell, K
2. Patel, D. P., Feucht, C., Brown, K., & Ramsay, J
3. McCurry, C
4. American Psychiatric Association
5. Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., Koo, S., & Bowman, J
6. Semple RJ, Lee J, Rosa D, Miller LF

و بیکر^۱، (۲۰۱۳)، افت تحصیلی (اونز، استیونسون، هادوین و نورگیت^۲، ۲۰۱۲؛ سیمپل و همکاران، ۲۰۱۰)، رابطه ضعیف با همسالان (اسندورپ، دنیسن و ون اکن^۳، ۲۰۰۸)، روابط اجتماعی ضعیف (ستپانی و کندال^۴، ۲۰۱۳) برای کودکان ایجاد کند. همچنین وجود اضطراب در دوران کودکی می‌تواند زمینه‌ساز افسردگی شود و اضطراب و افسردگی را در آینده پیش‌بینی می‌کند (روزا، هوسترا، وان‌دراند و وهالست^۵، ۲۰۰۳؛ کاسپی، مافیت، نیومن و سیلوا^۶، ۱۹۹۶).

درمان اضطراب یکی از حوزه‌های درمان روان‌شناختی است که بسیار مورد نظر بوده است. در طی دهه‌ی گذشته این ایده‌های جدید پدیدار و به میزان زیادی تقویت شدند (هیز، جاکوبسن، فالتی و داجر^۷، ۱۹۹۴). در بُعد رفتاری، درمان‌های مواجهه‌محور بروقایع درونی تمرکز کردند و نشان دادند که عملکرد این وقایع مهم است نه شکل یا فراوانی آن‌ها (بارلو^۸، ۲۰۰۲)، نتایج درمانی مثبت برای رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT؛ لینهان، ۱۹۹۳؛ هیز، مسودا، بیست، لیوما و گوئورو^۹، ۲۰۰۴) از ذهن‌آگاهی و پذیرش و تغییر همزمان در درمان مشکلات بالینی حمایت قوی فراهم کرد. از آن جایی که ذهن‌آگاهی و پذیرش کارآیی راهبردهای تغییرات مرتبه اول را به چالش می‌کشند، تغییراتی جدید در رفتاردرمانی هستند. در بُعد شناختی نیز، تغییرات مشابهی رخ داد. دیدگاه‌های فراشناختی و ذهن‌آگاهی بر عملکرد شناخت‌های ناسازگار تأکید کردند (ولز^{۱۰}، ۱۹۹۴). این رویکردها بر تماس با لحظه‌ی حاضر (بورکوک و رومر^{۱۱}، ۱۹۹۴) و ذهن‌آگاهی (سگال،

1. Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., & Baker, J. R
2. Owens, M., Stevenson, J., Hadwin, J. A., & Norgate, R
3. Asendorpf, J. B., Denissen, J. J. A., & van Aken, M. A. G
4. Settapani, C. A., & Kendall, P. C
5. Roza, A., Hofstra, M., van der Ende, J., Verhulst, F
6. Caspi, A., Moffitt, T., Newman, D., & Silva, P
7. Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M., & Dougher, M. J
8. Barlow, D. H
9. Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F
10. Wells, A
11. Borkovec, T. D., & Roemer, L

ویلیامز و تیزدل^۱، (۲۰۰۱) تأکید بیشتری کردند و تغییر در تمرکز درمانی را توصیه کردند. درمان‌های رفتاری جدید میزبان ایده‌های جدید شامل توجه آگاهی، پذیرش، مواجهه درونی، گسلش شناختی^۲، ارزش‌ها، تمرکز بر لحظه‌ی حاضر و مانند آن‌ها در رفتار درمانی سنتی شدند. تمرکز حواس، پذیرش و گسلش نه تنها در مفهوم دادن به مشکلات (افسردگی یا اضطراب)، متفاوت از درمان‌های سنتی عمل می‌کنند بلکه از مشکل، راه‌حل آن و چگونگی اندازه‌گیری آن تعریفی جدید ارائه می‌دهند.

مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان شناختی رفتاری است که هدف آن ارتقای الگوهای رفتاری جدید و سالم (زانگ، لیمینگ، اسمیت و همکاران^۳، ۲۰۱۸ به نقل از تبریزی، قمری، فرحبخش و بزازیان، ۱۳۹۹)، به عمل درآوردن اجتناب تجربه‌ای (هیز، استراسال و ویلسون^۴، ۱۹۹۹، به نقل از امان‌الهی، زارع و رجیبی، ۱۳۹۶) و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (هیز، لوما، باند، مسودا و لیلیس^۵، ۲۰۰۶، فورمن و هربرت^۶، ۲۰۰۴، به نقل از معاذی نژاد، مختاری و امینی، ۱۳۹۹) انعطاف‌پذیری روانی مؤلفه‌ای شامل دو فرایند متقابل به هم وابسته است: ۱. پذیرش تجارب و ۲. رفتار مبتنی بر ارزش (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). انعطاف‌پذیری روانی به فرد کمک می‌کند تا به جای تلاش برای اجتناب، تغییر و یا کنترل تجارب خصوصی ناخواسته، تماس خود را با آن‌ها حفظ کند. تمرکز درمان پذیرش و تعهد بر کمک کردن به مراجعان برای دستیابی به یک زندگی معنی‌دار و با ارزش است (لوما و ویلیت^۷، ۲۰۰۷). در طول درمان از شش فرآیند اصلی یعنی: پذیرش، گسلش، ارزش، اقدام متعهدانه، تماس با لحظه حال و خود به عنوان زمینه استفاده می‌کند که فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با همدیگر می‌باشند و به عنوان

1. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. T
2. cognitive defusion

3. Zhang, C.Q.; Leeming, E.; Smith, P.; & et all

4. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G

5. Hayes, L. A., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda. A., & Lillis, J

6. Forman, E. M., Herbert, J. D

7. Luoma, J. B., & Villatte, J. L

مولفه‌های درمان عمل می‌کنند (هیز، پیستورلو و لوین^۱، ۲۰۱۲). با توجه به ویژگی‌های درمان مبتنی برپذیرش تعهد این درمان می‌تواند برای کار با کودکان مضطرب مورد استفاده قرار گیرد. سوان و همکاران، (۲۰۱۳) نشان دادند که درمان مبتنی برپذیرش و تعهد در کاهش اضطراب کودکان موثر است. هنکوک، سوان، هانس‌ورث، دیکسون، کوو مانرو^۲ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی برپذیرش و تعهد نشانه‌های اضطراب کودکان را کاهش دهد و مانع تاثیر اضطراب در حوزه‌های دیگر زندگی کودکان شود. همچنین هانکوک، سوان، هاینس‌ورث، کوو دیکسون^۳ (۲۰۱۶) که اثرات درمان مبتنی برپذیرش و تعهد در طی زمان ماندگار هستند. اضطراب می‌تواند ابعاد مختلف روان‌شناختی کودکان را تحت تاثیر قرار دهد یکی از این ابعاد خودکارآمدی^۴ کودکان است. بندورا^۵ (۱۹۷۷)، خودکارآمدی را قضاوت افراد در مورد توانایی‌هایشان برای سازمان‌دهی و انجام برخی از اعمال دانست که برای رسیدن به اهدافی خاص انتخاب کرده‌اند. خودکارآمدی به عنوان یک متغیر، نقش بسزایی در برخورد فرد با مسائل زندگی دارد (براون و آنیوی^۶، ۲۰۰۵) و به عنوان یک ویژگی شخصیتی پیش‌بینی‌کننده، قادر است در موقعیت‌های تحصیلی و آموزشی، عاملی تأثیرگذار باشد (سالامی و اوگادوکن^۷، ۲۰۰۹). پنتریچ و شانک^۸ (۲۰۰۲) معتقدند که خودکارآمدی یک متغیر حیاتی و اساسی در یادگیری، عملکردهای اجتماعی-شناختی، مهارت‌های حرکتی، انتخاب راهبردها و رفتارهاست. آنها معتقدند که مهارت‌های آموخته شده زمانی می‌توانند به صورت عملکرد درآیند که فرد برانگیخته شود یا از انگیزه‌ی کافی برای عمل کردن و نشان دادن آن یادگیری‌ها برخوردار باشد. به عبارت دیگر، خودکارآمدی یک متغیر اساسی در این

-
1. Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E
 2. Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro
 3. Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Koo, S., & Dixon, A. L
 4. self-efficacy
 5. Bandura, A
 6. Brown, C., & Anivy, R
 7. Salami, S. O., & Ogundokun, M. O
 8. Pintrich, P. R., & Schunk, D. H

انگیزش هاست و فرد را وادار می‌دارد تا به کنش بپردازد. از نظر لفرانکوئیس^۱ (۱۹۹۵) خودکارآمدی بیشتر به عقاید یا باورهای فرد راجع به تأثیرگذاری شخصی اشاره دارد و بر نحوه‌ی شرکت افراد در فعالیت‌ها، تلاش در کارها و ادامه‌ی آن فعالیت‌ها و کارها تأثیر دارد (شانک^۲، ۱۹۹۱). بر اساس مطالعات و نظریه‌های متفاوت اضطراب بر باورهای توانمندی کودکان اثر می‌گذارد و عملکرد آنها را در انجام فعالیت‌ها و پرداختن به مهارت‌ها مختل می‌کند این فرایند می‌تواند باعث اثر منفی بر خودکارآمدی کودکان مضطرب گردد. با توجه به اثرات کوتاه مدت و بلند مدت اضطراب بر کودکان، همچنین معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان درمانی جدید برای کار با کودکان این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افزایش خودکارآمدی کودکان موثر است؟

روش

مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک موردی استفاده شده است. از بین طرح‌های آزمایشی تک موردی در پژوهش حاضر از طرح خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده گردید. زیرا این نوع از طرح‌ها، ابزار پژوهشی مناسبی برای کارهای عملی بالینی در تعیین اثربخشی مدل‌های درمانی بالینی است (هیز، بارلو و نلسون^۳، ۱۹۹۹).

جامعه آماری این پژوهش شامل کودکان دارای اضطراب ۸ تا ۱۲ ساله اهوازی در سال ۱۳۹۹ بودند. از این تعداد ۴ کودک به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس مصاحبه و نمره مقیاس تجدیدنظر شده پرسش‌نامه‌ی تشخیص اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان (نقطه برش ۳۰) انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه فراخوانی در فضای مجازی، گروه‌های مدارس ابتدایی شهر اهواز، و مراکز مشاوره شهر اهواز منتشر گردید. افراد پس از

1. Lefrancois, G. R

2. Schunk, D. H

3. Hayes SC, Barlow DH, & Nelson-Gray RO

هماهنگی جهت مصاحبه در مرکز حضور می‌یافتند پس از مصاحبه با کودکان و والدین، و پرکردن ابزار تشخیصی نمونه مورد نظر انتخاب شدند. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج توسط کودکان و مادران و تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه توسط مادران، کودکان وارد مرحله‌ی خط پایه شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: زندگی در شهراهو، وجود اضطراب در کودک براساس مصاحبه و کسب نمره‌ی ۳۰ و یا بالاتر در پرسش‌نامه‌ی تشخیص اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان، تمایل به شرکت در درمان. ملاک‌های خروج: داشتن اختلال رشدی، داشتن مشکلات یادگیری متوسط تا شدید، همبودی دیگر اختلالات روان‌شناختی، استفاده از هر نوع درمان همزمان (این معیارها براساس مصاحبه با والدین و کودک انجام بررسی شدند).

برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، طبق اصول طرح‌های خط پایه‌ی چندگانه، آزمودنی‌ها به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله‌ی یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان شدند. به این نحو که آزمودنی اول پس از دو جلسه سنجش در مرحله‌ی خط پایه یعنی از هفته‌ی سوم وارد جلسه‌ی اول درمان شدند، و بعد از آن آزمودنی دوم در جلسه‌ی دوم آزمودنی اول وارد جلسه‌ی اول درمان شد، آزمودنی سوم نیز در جلسه‌ی دوم آزمودنی دوم و جلسه‌ی سوم آزمودنی اول، وارد جلسه‌ی اول درمان شدند. در فرایند انجام جلسات درمانی، کلیه‌ی پرسش‌نامه‌ها در جلسات ۴، ۶، ۸، ۱۱ و یک ماه پس از درمان تکمیل شدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها تحلیل آنها با استفاده از شاخص تغییرپایا، ترسیم دیداری و درصد بهبودی انجام شد.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسش‌نامه‌ی تشخیص اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان^۱: پرسش‌نامه‌ی تشخیص اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان یک ابزار خودگزارشی است که بirmهرو همکاران آن را به منظور ارزیابی علائم اختلالات اضطرابی بر طبق معیارهای ویرایش

1. Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

چهارم دیاسام در کودکان ۸ تا ۱۸ ساله ساخته‌اند و شامل دو نسخه‌ی والدین و کودکان است (بیرماهر، برنت، چیاپتا، بریدج، مونگا و باگر^۱، ۱۹۹۹). این پرسشنامه شامل یک مقیاس اضطراب کلی و پنج زیرمقیاس اضطراب تعمیم یافته، اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، مدرسه‌هراسی و اختلال هراس / جسمانی شکل است. فرم کنونی این آزمون (فرم کودک) دارای ۴۱ عبارت است که از این تعداد ۱۳ ماده مربوط به زیرمقیاس هراس / جسمانی شکل، ۹ ماده مربوط به زیرمقیاس اضطراب تعمیم یافته، ۸ ماده مربوط به زیرمقیاس اضطراب جدایی، ۷ ماده مربوط به زیرمقیاس اضطراب اجتماعی و ۴ ماده مربوط به زیرمقیاس اختلال مدرسه‌هراسی است. در این مقیاس از کودکان و نوجوانان خواسته می‌شود در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای مشخص کنند که هریک از علائم را به چه میزانی تجربه می‌کنند. در زمینه‌ی روایی این پرسش‌نامه، سو، وانگ، فان، سوو گائو^۲ (۲۰۰۸) در یک مطالعه گزارش کرده‌اند که همبستگی مقیاس اصلی این پرسش‌نامه با بعد مشکلات درون‌سازی مقیاس چک لیست رفتار کودک $r=0/41$ و با بعد مشکلات برون‌سازی مقیاس چک لیست رفتار کودک $r=0/18$ به دست آمد. در ایران روشن چلسی، جلالی و پوراحمدی اسفستانی (۱۳۹۷) پایایی، روایی و ساختار عاملی این پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار دادند. ضریب آلفای کرونباخ و پایایی آزمون-بازآزمون کل مقیاس به ترتیب $0/93$ و $0/83$ به دست آمد. تحلیل عاملی اکتشافی با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس به استخراج شش عامل منتهی شد که روی هم ۳۹ درصد واریانس کل را تبیین کردند همچنین روایی همگرایی پرسش‌نامه از طریق همبستگی با پرسش‌نامه‌ی اضطراب آشکار کودکان معنی‌دار $(0/60)$ گزارش شد.

۲- مقیاس خودکارآمدی-کودکان^۳: مقیاس خودکارآمدی-کودکان در سال ۱۹۸۲ توسط

1. Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M
 2. Su, L., Wang, K., Fan, F., Su, Y., & Gao, X
 3. Children's Self-Efficacy Scale

ویلرولد^۱ به منظور بررسی خودکارآمدی کودکان دبستانی در روابط اجتماعی که با همسالان خود دارند طراحی گردیده است. هرگویی این مقیاس بیانگر یک موقعیت اجتماعی است که به صورت جمله‌ی ناقص نوشته شده و بعد از آن چهار گزینه شامل خیلی آسان، آسان، سخت و خیلی سخت ارائه شده است. از کودک خواسته می‌شود تا جای خالی را با انتخاب یکی از گزینه‌ها تکمیل نماید. نمره‌ی خودکارآمدی برای هر آزمودنی با محاسبه‌ی مجموع نمرات اختصاص یافته به وی در هر کدام از گزینه‌ها به دست می‌آید. بدین سان، دامنه‌ی نمره از حداقل نمره‌ی ممکن از ۲۲ تا ۸۸ است. در این مقیاس، نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی خودکارآمدی بیشتر است. آنها همبستگی گویه‌ها با نمره‌ی کل را از ۰/۲۶ تا ۰/۶۱ و آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین پایایی بازآزمایی را برای پسران ۰/۹۰ و برای دختران ۰/۸۰ گزارش کردند همچنین تحلیل عاملی آن مورد تأیید قرار گرفت. حسین چاری (۱۳۸۶) این مقیاس را در ایران اعتباریابی کرد. وی آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۷ گزارش نمود و برای تعیین روایی سازه‌ی مقیاس از روش تحلیل عوامل با مولفه‌های اصلی استفاده کرد. که ساختار عاملی مقیاس مورد تأیید قرار گرفت.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمانی کوین و مورل^۲ (۲۰۰۹) و ویزنر و فلمنگ^۳ (۲۰۱۶) تدوین گردید.

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	جلسه‌ی والدین: برقراری ارتباط، توضیحاتی در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استعاره‌ی کامپیوتر، شناسایی والد عاشق
جلسه دوم	تمثیل جزیره و کشتی و تعیین تکلیف (رفتارهای جزیره‌ای)
جلسه سوم	ورود به بحث "پذیرش" با استفاده از تمثیل میهمان و تمثیل خانه‌ی سی متری

1. Wheeler, V. A., & Ladd, G. W
 2. Coyne, L. W., Murrell, A. R
 3. Wassner, J., & Fleming, G

جلسات	محتوای جلسات
جلسه چهارم	بیان و معرفی مبحث "گسلش" با استفاده از تمثیل کارخانه و معرفی قصه گوی بزرگ
جلسه پنجم	کار بر روی "ارزش‌ها" و "حرکت در مسیر ارزش‌ها" با استفاده از تمثیل تشییع جنازه
جلسه ششم	شروع کار با کودک: کار بر روی ارزش‌های کودک با معرفی جعبه‌ی قلب و سم، بازی دارت و معرفی دارت زندگی، کارتهای بسیار مهم، کمی مهم و اصلا مهم نیست (برای تعیین ارزش‌ها). کار بر روی مفهوم "درماندگی خلاق": بررسی دیدگاه کودک در مورد مشکلش، بازی موش گزارشگر برای آشنا کردن کودک با دنیای درون، استفاده از بازی حباب فکر برای آشنایی بیشتر کودک با دنیای ذهنی‌اش. تعیین تکلیف خانه (فرم گزارشگر) برای پیش بردن کودک به سمت دنیای ذهنی‌اش
جلسه هفتم:	معرفی مزاحم درونی و بیرونی، معرفی مزاحم‌های درونی و بیرونی با استفاده از بازی گوش دادن ذهن آگاهانه. تعیین تکلیف: کاربرد مزاحم‌های درونی و بیرونی
جلسه هشتم	کار بر روی مفهوم "کنترل مسئله است". استفاده از تمثیل ماسه‌ی روان و استفاده از تمثیل ببر. تعیین تکلیف: همراه بردن عکس ببر و تعیین رفتارهای کنترلی
جلسه نهم	کار بر روی مفهوم "پذیرش":
جلسه دهم	کار بر روی مفهوم "گسلش" با استفاده از تمثیل جغد مشاهده‌گر و تمثیل قطار، برگشت به ارزش‌ها با استفاده از تمثیل جزیره و تعیین قراردادها
جلسه‌ی یازدهم	لغو کردن قراردادها و خاتمه درمان با تعیین جلسات پیگیری

یافته‌های پژوهش

سه کودک در فرایند درمان شرکت داشتند. شرکت کننده اول این پژوهش پسر ۱۱ ساله بود که تحصیلات مادر دیپلم و تحصیلات پدر وی سیکل بود. شرکت کننده دوم این پژوهش دختر ۹ ساله بود که تحصیلات مادر کارشناسی ارشد و تحصیلات پدر وی کاردانی بود. شرکت کننده سوم این پژوهش دختر ۹ ساله بود که تحصیلات مادر کاردانی و تحصیلات پدر وی کارشناسی بود.

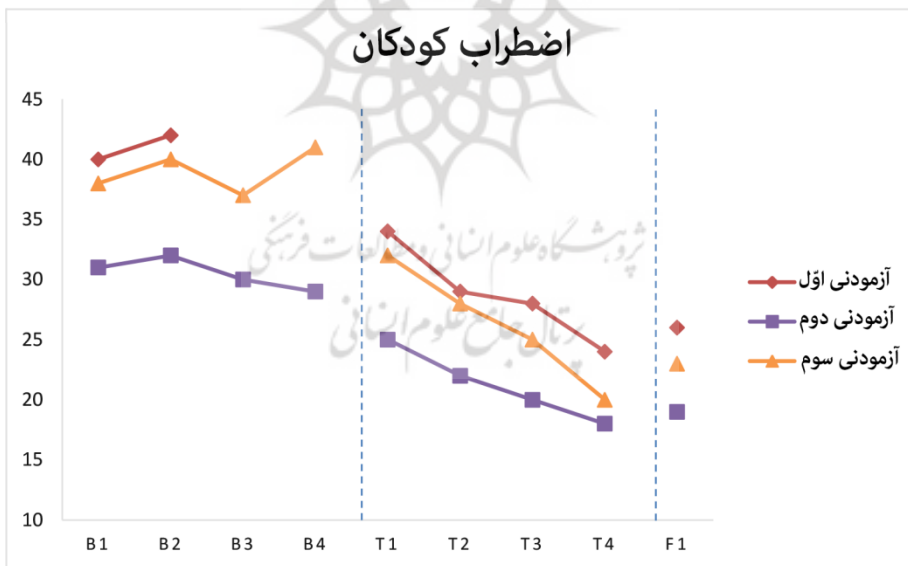
جدول شماره دو نمرات آزمودنی‌ها را پرسشنامه اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۲. روند تغییر نمرات کودکان در متغیر اضطراب

آزمودنی‌ها مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
خط پایه اول	۴۰	۳۱	۳۸
خط پایه دوم	۴۲	۳۰	۴۰
خط پایه سوم	--	۲۹	۳۷
خط پایه چهارم	--		۴۱
میانگین مراحل خط پایه	۴۱	۳۰	۳۹
جلسه چهارم	۳۴	۲۵	۳۲
جلسه ششم	۲۹	۲۲	۲۸
جلسه هشتم	۲۸	۲۰	۲۵
جلسه یازدهم	۲۴	۱۸	۲۰
میانگین مراحل درمان	۲۸/۷۵	۲۱/۲۵	۲۶/۲۵
شاخص تغییر پایا (درمان)	۳/۱۲	۲/۳۱	۳/۲۳
درصد بهبودی پس از درمان	۲۹/۸۷	۳۰/۳۲	۳۲/۶۹
درصد بهبودی کلی پس از درمان		۳۰/۹۶	
پیگیری یک ماهه	۲۶	۱۹	۲۳
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۳/۸۱	۲/۹۲	۴/۰۶
درصد بهبودی پیگیری	۳۶/۵۹	۳۷/۷۰	۴۱/۰۲
درصد بهبودی کلی پس از مرحله پیگیری		۳۸/۴۴	

همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین اضطراب در مراحل خط پایه برای آزمودنی اول ۴۱، دوم ۳۰/۵ و سوم ۳۹ است و میانگین در مرحله درمان برای آزمودنی اول ۲۸/۷۵، دوم ۲۱/۲۵ و سوم ۲۶/۲۵ می‌باشد؛ که نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) کاهش یافته است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۳/۱۲، آزمودنی دوم ۲/۳۱ و آزمودنی سوم ۳/۲۳ به دست آمد. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا پس از درمان برای هر سه آزمودنی (اول، دوم و سوم) بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده برای این آزمودنی‌ها ناشی از

مداخله درمانی است. همچنین میزان درصد بهبودی در محله درمان برای آزمودنی اول ۲۹/۸۷، آزمودنی دوم ۳۰/۳۲، آزمودنی سوم ۳۲/۶۹ و در کل ۳۰/۹۶ به دست آمد. که بیانگر معنادار بودن میزان بهبودی است. همچنین نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری برای آزمودنی اول ۲۶، دوم ۱۹ و سوم ۲۳ است همچنین مقدار شاخص تغییر پایا در مرحله پیگیری برای آزمودنی اول ۳/۸۱، آزمودنی دوم ۲/۹۲ و آزمودنی سوم ۳/۰۶ به دست آمد. همچنین میزان درصد بهبودی در محله پیگیری برای آزمودنی اول ۳۶/۵۹، آزمودنی دوم ۳۷/۷۰، آزمودنی سوم ۴۱/۰۲ و در کل ۳۸/۴۴ به دست آمد. بنابراین ماندگاری تغییرات متغیر اضطراب برای هر سه آزمودنی از نظر بالینی معنادار بوده است. نمودار یک تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مربوط به سه آزمودنی را در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری در متغیر اضطراب نشان می‌دهد.



نمودار ۱. روند تغییر نمرات اضطراب کودکان در سه مرحله پیش‌آزمون، درمان و پیگیری

نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های اضطراب کودکان را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پی‌گیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به این که حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح سه نقطه است (گاینور، بایرد و نولسون-گری^۱، ۱۹۹۹، به نقل از افشار، شهبازی و عباسپور، ۱۳۹۹). در مرحله درمان برای هر آزمودنی چهار نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه پایین‌تر از خط سطح قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های اضطراب به صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود در رابطه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد در جهت مثبت و به صورت کاهشی باشد که برای هر سه آزمودنی در متغیر اضطراب نتایج به همین صورت گزارش شده است. جدول شماره سه نمرات آزمودنی‌ها را در پرسشنامه خودکارآمدی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. روند تغییر نمرات کودکان در متغیر خودکارآمدی

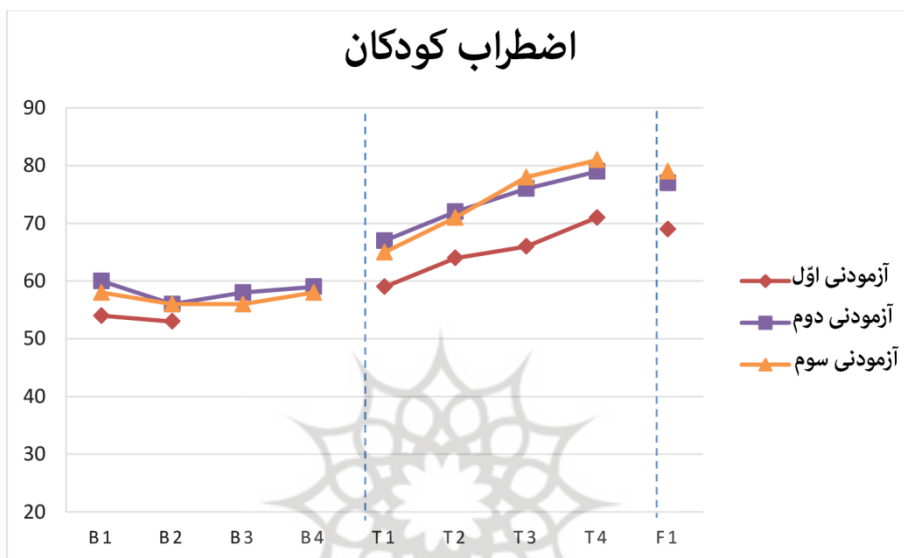
آزمودنی‌ها مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
خط پایه اول	۵۴	۶۰	۵۸
خط پایه دوم	۵۳	۵۶	۵۶
خط پایه سوم	-	۵۹	۵۶
خط پایه چهارم	-	-	۵۸
میانگین مراحل خط پایه	۵۳/۵	۵۸/۳۳	۵۷
جلسه چهارم	۵۹	۶۷	۶۵
جلسه هشتم	۶۴	۷۲	۷۱
جلسه دوازدهم	۶۶	۷۶	۷۸
جلسه شانزدهم	۷۱	۷۹	۸۱
میانگین مراحل درمان	۶۵	۷۳/۵	۷۳/۷۵

1. Gaynor, S. T., Baird, S. C., & Nelson-Gray, R. O

آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	آزمودنی‌ها مراحل درمان
۳/۴۰	۳/۰۹	۲/۳۳	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۹/۳۸	۲۶/۱۸	۲۱/۴۹	درصد بهبودی پس از درمان
	۲۸/۱۳		درصد بهبودی کلی پس از درمان
۷۹	۷۷	۶۹	پیگیری یک ماهه
۴/۴۷	۳/۶۵	۳/۱۵	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۳۷/۲۸	۳۰/۵۰	۲۸/۹۷	درصد بهبودی پیگیری
	۳۲/۲۵		درصد بهبودی کلی پس از مرحله پیگیری

همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین خودکارآمدی در مراحل خط پایه برای آزمودنی اول ۵۳/۵، دوم ۵۸/۲۵ و سوم ۵۷ است و میانگین در مرحله درمان برای آزمودنی اول ۶۵، دوم ۷۳/۵ و سوم ۷۳/۷۵ می‌باشد؛ که نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) افزایش یافته است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۲/۳۳، آزمودنی دوم ۳/۰۹ و آزمودنی سوم ۳/۴۰ به دست آمد. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا پس از درمان برای هر سه آزمودنی (اول، دوم و سوم) بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده برای این آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی است. همچنین میزان درصد بهبودی در محله درمان برای آزمودنی اول ۲۱/۴۹، آزمودنی دوم ۲۶/۱۸، آزمودنی سوم ۲۹/۳۸ و در کل ۲۸/۱۳ به دست آمد. که بیانگر معنادار بودن میزان بهبودی است. همچنین نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری برای آزمودنی اول ۶۹، دوم ۷۷ و سوم ۷۹ است همچنین مقدار شاخص تغییر پایا در مرحله پیگیری برای آزمودنی اول ۳/۱۵، آزمودنی دوم ۳/۶۵ و آزمودنی سوم ۴/۴۷ به دست آمد. همچنین میزان درصد بهبودی در محله پیگیری برای آزمودنی اول ۲۸/۹۷، آزمودنی دوم ۳۰/۵۰، آزمودنی سوم ۳۷/۲۸ و در کل ۳۲/۲۵ به دست آمد. بنابراین ماندگاری تغییرات متغیر اضطراب برای هر سه آزمودنی از نظر بالینی معنادار بوده

است. نمودار دو تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مربوط به سه آزمودنی را در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری در متغیر اضطراب نشان می‌دهد.



نمودار ۲. روند تغییر نمرات خودکارآمدی کودکان در سه مرحله پیش‌آزمون، درمان و پیگیری

نمودار ۲ روند تغییر نمره‌های خودکارآمدی کودکان را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پی‌گیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به این که حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر آزمودنی چهار نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه بالاتراز خط سطح قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های خودکارآمدی به صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود در رابطه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد در جهت مثبت و به صورت افزایشی باشد که برای هر سه آزمودنی در متغیر اضطراب نتایج به همین صورت گزارش شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی کودکان دبستانی شهراهواز انجام شد. نتایج نهایی پژوهش نشان دادند که این درمان در کاهش اضطراب کودکان و افزایش خودکارآمدی آنها موثر بود. در پایان درمان شاخص تغییر پایا و میزان درصد بهبودی از نظر آماری معنادار بودند و این اثر درمانی تا مرحله پیگیری ادامه داشت. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سوان و همکاران (۲۰۱۶)، براون و همکاران (۲۰۰۹)، هانکوک و همکاران (۲۰۱۶) و هانکوک و همکاران (۲۰۱۶) همخوانی دارند.

پذیرش یکی از مهمترین جنبه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است و به عنوان جایگزین اجتناب تجربی است. پذیرش به معنی رها کردن کنترل و رد تجارب ناخوشایند است و شامل در آغوش کشیدن آگاهانه و فعالانه‌ی رویدادهای شخصی است بدون تلاش غیر ضروری برای تغییر شکل آن‌ها (هیزو و همکاران، ۱۹۹۹) کودکان مضطرب به روش‌های مختلف مانند، پرت کردن حواس خود از افکار و احساسات، اجتناب از موقعیت‌ها، تلاش برای فکر نکردن، درگیر شدن در فعالیت‌های دیگر از افکار و احساسات درونی خود اجتناب می‌کنند اما تمرین‌های پذیرش در فرایند درمان به آنها کمک می‌کند به جای اجتناب، از افکار و احساسات خود آگاه شوند و آنها را بپذیرند. همچنین پذیرش به عنوان روشی برای افزایش عمل در جهت ارزش‌ها در نظر گرفته می‌شود همچنین پذیرش، زمینه‌ای که یک تجربه‌ی درونی در آن اتفاق می‌افتد را مورد هدف قرار داده و تلاش‌هایی که فرد برای کنترل یا تنظیم رویداد درونی خاصی به‌کار می‌گیرد را کاهش می‌دهد. در فرایند درمان کودکان مضطرب موقعیت‌هایی که اضطراب را در آن تجربه می‌کنند شناسایی می‌کنند و با شناختن پیشایندها و پیامدهای رفتار یاد می‌گیرند که رفتارهایشان را در جهت ارزش‌های خود برنامه‌ریزی کنند. کودکان مبتلا به مشکلات و اختلالات اضطرابی زمانی که در موقعیت ایجادکننده‌ی اضطراب قرار

می‌گیرد، درگیر یک گفتگوی درونی به منظور کاهش اضطراب خود شود. اما در فرایند درمان کودکان یاد می‌گیرند که در زمان روبرو شدن با اضطراب در موقعیت‌های ایجادکننده‌ی اضطراب فعال باشند. این یادگیری و تغییر در فرایند درمان از طریق تمرین‌ها و استعاره‌هایی مانند تمثیل ببر، قطار و... ایجاد می‌شود.

گسلش شناختی مولفه مهم دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است یعنی تلاش برای کاهش واقعی پنداشتن افکار و اجازه برای مشاهده‌ی آن‌ها به عنوان فرآیندهای در حال جریان. به بیان دیگر، کمک به فرد است به گونه‌ای که افکار تجربه شده فقط افکار، احساس‌ها فقط به عنوان احساس و حس‌های بدنی فقط حس‌های بدنی در نظر گرفته شوند (هیزو استروسال، ۲۰۰۵). به عنوان مثال، افکار منفی می‌توانند به صورت بی‌طرفانه مشاهده شوند، با صدای بلند تکرار شوند تا زمانی که تنها صدایی از آن‌ها باقی بماند، یا با دادن شکل، اندازه، رنگ و سرعت به آن، به عنوان یک رویداد خارجی مشاهده شده در نظر گرفته شوند. نتیجه‌ی گسلش معمولاً کاهش باورپذیری آن یا دلبستگی به رویدادهای خصوصی، به جای تغییر فوری در فراوانی آن است. گسلش شناختی در تضاد با آمیختگی شناختی است که در آن، تجربیات درونی به معنای واقعی در نظر گرفته می‌شوند و دارای قدرت بیشتری نسبت به اقدامات فرد است. آمیختگی و گسلش شناختی هر دو مفید هستند؛ آن‌ها تنها نیاز دارند تا با انعطاف در موقعیت‌های متفاوت به کار برده شوند. کودکان مضطرب افکار منفی زیادی دریا ناتوانی، ترس از قضاوت، ناکارآمدی و... دارند کار کردن بر روی این موارد و مشاهده بی‌طرفانه این افکار به کودک کمک می‌کند از آنها فاصله گرفته و آنها را عین واقعیت نداند استفاده از استعاره‌هایی مانند جغد مشاهده‌گر و استعاره قطار به کودک کمک می‌کند با فاصله گرفتن از واقعی پنداشتن این افکار اضطراب خود را کاهش داده و بتواند از توانایی‌های خود را که نقطه مقابل این فرایند است استفاده کرده و خودکارآمدی خود را افزایش دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مشاهده و تماس مداوم بدون قضاوت با رویدادهای روان‌شناختی و

محیطی در زمان حال را تشویق می‌کنند. هدف این است که مراجعان دنیا را به صورت مستقیم تر تجربه کنند و رفتارهایشان منعطف تر شود و اقدامات شان بیشتر با ارزش‌هایی که آن‌ها را نگه می‌دارد سازگارانه باشد. در این درمان کودک تشویق می‌شود آنچه در محیط و در تجربه درونی توجه کند و بدون قضاوت توصیف کند. استفاده از تمرین‌های ذهن‌آگاهی به کودک کمک می‌کنند که بودن در لحظه‌ی حال را تجربه کند، و از تمرکز بر گذشته و همچنین آینده فاصله بگیرد.

مولفه مهم دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارزش‌ها هستند. ارزش‌ها عنصر اصلی زندگی‌اند هدف درمان کمک به کودک است تا ارزش‌های خود را مشخص کند و برای رسیدن به آنها برنامه‌ریزی کند. درمان پذیرش و تعهد از انواع تمرینات جهت کمک به کودک برای انتخاب ارزش‌های زندگی در حوزه‌های مختلف به عنوان مثال، رابطه با دوستان، رابطه با والدین، بازی کردن، سلامتی و... استفاده می‌کند، همزمان به کودک کمک می‌کند روندی که ممکن است منجر به انتخاب بر اساس اجتناب یا آمیختگی شود را تضعیف می‌کند. یک از مهمترین مسایل کودکان مضطرب این است که از فعالیت کردن و حرکت اجتناب می‌کنند و این اجتناب کارآمدی آنها را کاهش می‌دهد و نشانه‌های اضطراب آنها را نگه می‌دارد. کمک کردن به کودک برای شناسایی ارزش‌های و برنامه‌ریزی و انجام رفتار متعهدانه در مسیر این ارزش‌ها از دلایل مهم کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی در کودکان هستند.

از محدودیت‌های این پژوهش روش نمونه‌گیری بود که نمونه از بین افرادی انتخاب شد که به فراخوان درمانگر پاسخ داده بودند. همچنین کوتاه بودن زمان پیگیری و تعداد دفعات انجام پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود بهتر است در پژوهش‌های آینده پیگیری در چند مرحله و در زمان‌های طولانی تر پس از درمان انجام شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثر بخشی این درمان در روش آزمایش با گروه کنترل بررسی شود و در صورت امکان نقش جنسیت کنترل گردد. همچنین در پژوهش‌های آینده چند

جلسه از درمان به آموزش والدین بر اساس نظریه مبتنی بر پذیرش و تعهد اختصاص یابد. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و آگاهی در کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی کودکان به مشاوران و درمانگران حوزه کودک پیشنهاد می‌شود که از این درمان در کار با کودکان مضطرب استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی: شرکت کنندگان با رضایت خود و والدین در درمان شرکت نمودند و از ابتدا موافقت نمودند که از داده‌های پرسش‌نامه‌ها برای این کار پژوهشی استفاده شود. همچنین شرکت کنندگان مجاز بودند که در هر مرحله از درمان تصمیم به ترک درمان بگیرند. قواعد رازداری نیز به کامل انجام شد.

سهم نویسندگان: این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری مشاوره بود. سمیه نکوئی (نویسنده اول): ارائه طرح اولیه، تهیه پروتکل درمانی، انجام درمان، نگارش مقاله ۵۰ درصد. ذبیح‌اله عباسپور (نویسنده دوم): نظارت بر تدوین طرح، نظارت بر اجرای درمان، کمک به نگارش مقاله ۳۰ درصد. امین کرایبی (نویسنده سوم): کمک به تدوین طرح، کمک به تحلیل یافته‌ها، اصلاح مقاله ۲۰ درصد.

حمایت مالی: این پژوهش از طرف هیچ فرد و یا موسسه‌ای حمایت مالی دریافت ننمود.

تعارض منافع: یافته‌های این پژوهش با منافع هیچ فرد یا سازمانی تعارض ندارد.

قدردانی: این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری مشاوره سمیه نکوئی به راهنمایی دکتر ذبیح‌اله عباسپور و مشاوره دکتر امین کرایبی است. از همه کسانی که نویسندگان را برای انجام این پژوهش یاری نمودند به ویژه کودکان شرکت‌کننده در این پژوهش و والدین آنها تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

افشار، ا، شهبازی، م، عباسپور، ذ. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم و احساس گناه در زنان دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی. *مجله پژوهش‌های مشاوره*. ۱۹ (۷۶)، ۶۹-۴۸.

امان‌الهی، ع، حیدریان‌فر، ن، خجسته‌مهر، روایمانی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوج‌ها. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*. ۱ (۴)، ۱۱۹-۱۰۳.

امان‌الهی، ع، زارع، م و رجیبی، غ. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش پذیرش و رشد پس از آسیب در دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عاطفی. *مجله پژوهش‌های مشاوره*. ۱۶ (۶۴)، ۲۶-۱.

تبریزی، ف، قمری، م، فرحبخش، ک و بزازیان س. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه. *مجله پژوهش‌های مشاوره*. ۱۹ (۷۵)، ۸۶-۶۴.

روشن چلسی، ر، جلالی، م و پوراحمدی اسفستانی، ا. (۱۳۹۷). تعیین ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب کودک در دانش‌آموزان ۱۷-۱۰ ساله ایرانی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*. ۳۱، ۹۷-۶۵.

معادی‌نژاد، م، عارفی، م و امینی، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایما‌گوترابی برصمیمیت جنسی زوج‌ها. *مجله پژوهش‌های مشاوره*. ۱۹ (۷۶)، ۴۷-۲۴.

- Asendorpf, J. B., Denissen, J. J. A., & van Aken, M. A. G. (2008). Inhibited and aggressive preschool children at 23 years of age: Personality and social transitions into adulthood. *Developmental Psychology*, 44 (4), 997-1011.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-308.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 38 (10), 1230-1236.
- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1994). Generalized anxiety disorder. In R. T. Ammerman & M. Hersen (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 261-281). New York: Plenum Press.
- Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., & Baker, J. R. (2013). The course of childhood anxiety symptoms: Developmental trajectories and child-related factors in normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41 (1), 81-95.
- Brown, C., & Anivy, R. (2005). Self-efficacy beliefs as determinants of prosocial behavior conducive to life satisfaction across ages. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 191-217.
- Brown, F. J., & Hooper, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a learning disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *Journal of Intellectual Disabilities*. 13, 195-201.
- Caspi, A., Moffitt, T., Newman, D., & Silva, P. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: longitudinal evidence from a

- birth cohort Archives of General Psychiatry, 53,1033-1039.
- Coyne, L. W., Murrell, A. R. (2009). *The Joy of Parenting: an Acceptance and Commitment Therapy Guide to Effective Parenting in the Early Years*. New Harbinger Publications, Inc.
- Coyne, L. W., Murrell, A. R. (2009). *The Joy of Parenting: an Acceptance and Commitment Therapy Guide to Effective Parenting in the Early Years*. New Harbinger Publications, Inc.
- Gal M, Borg W, & Gal J. Quantitative and qualitative research methods in Educational Sciences and Psychology. 2nd Edition, Tehran. Shahid Beheshti University and Samat Publications 1995 [Persian]
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2016a). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children With Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 00:1–16.
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Koo, S., & Dixon, A. L. (2016b). Long Term Follow up in Children with Anxiety Disorders Treated with Acceptance and Commitment Therapy or Cognitive Behavioral Therapy: Outcomes and Predictors. *Journal of Child & Adolescent Behavior*, 4 (5),317.
- Hayes SC, Barlow DH, & Nelson-Gray RO. The scientist practitioner: Research and accountability in the age of managed care, 2nd Edition, Boston: Allyn and Bacon 1999
- Hayes SC, Pistorello J and Levin ME (2012) Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist* 40 (7): 976–1002.
- Hayes, L. A., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda. A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcome. *Behavior Research and Therapy*, 44,1-2.
- Hayes, L. A., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda. A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 44. 1-25
- Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M., & Dougher, M. J. (1994). Acceptance and change: *Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M., & Dougher, M. J. (1994). Acceptance and change: *Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35–54.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1152–1168.
- Heiman, G. V. (1998). *Research method in psychology*. 3rd Edition, Boston. Houghton Mifflin company.

- Lefrancois, G. R. (1995). *Of children: An introduction to child development*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Luoma, J. B., & Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals. *Cognitive and Behavioral Practice, 19* (2), 265-276.
- McCurry, C. (2009). *Parenting Your Anxious Child with Mindfulness and Acceptance*. New Harbinger Publications, Inc.
- Owens, M., Stevenson, J., Hadwin, J. A., & Norgate, R. (2012). Anxiety and depression in academic performance: An exploration of the mediating factors of worry and working memory. *School Psychology International, 33* (4), 433–449.
- Patel, D. P., Feucht, C., Brown, K., & Ramsay, J. (2018) Pharmacological treatment of anxiety disorders in children and adolescents: a review for practitioners. *Translational Pediatrics, 7* (1), 23-35.
- Pintrich, P., R. & Schunk, D., H. (2002). *Motivation in education*, 2nd Ed. NJ: prentice-Hall.
- Plaisted, H., Waite, P., Gordon., K., & Creswell, K. (2021). Optimizing Exposure for Children and Adolescents with Anxiety, OCD and PTSD: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 24*:348–369.
- Roza, A., Hofstra, M., van der Ende, J., Verhulst, F. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioural and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Psychiatry, 160*, 2116-2121.
- Salami, S. O., & Ogundokun, M. O. (2009). Emotional intelligence and self-efficacy as predictors of academic performance. *Perspectives in Education, 25* (3), 175-185.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. T. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Semple RJ, Lee J, Rosa D, Miller LF: A randomized trial of mindfulnessbased cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *J Child Fam Stud* 2010, 19:218–229.
- Settipani, C. A., & Kendall, P. C. (2013). Social functioning in youth with anxiety disorders: Association with anxiety severity and outcomes from cognitive-behavioral therapy. *Child Psychiatry and Human Development, 44* (1), 1–18.
- Su, L., Wang, K., Fan, F., Su, Y., & Gao, X. (2008). Reliability and validity of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) in Chinese children. *Journal of Anxiety Disorders, 22* (4):612-21.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., Koo, S., & Bowman, J. (2013, a). Acceptance and Commitment Therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 1-12*.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013, b). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 33*, 965–978.

- Twohig, M. P. (2012). Introduction: The Basics of acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 19* (4), 499–507.
- Wassner, J., & Fleming, G. (2016). *Mindtrain- A treatment manual for psychologists working with anxious children in the spirit of Acceptance and Commitment Therapy*.
https://contextualscience.org/june_2016_newsletter_mindtrain_summary.
- Wells, A. (1994). Attention and the control of worry. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 91–114). Oxford, UK: Wiley.
- Wheeler, V. A., & Ladd, G. W. (1982). Assessment of children's self-efficacy for social interactions with peers. *Developmental Psychology, 18*, 795-805.

