

اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر افسردگی
کودکان مبتلا به شکاف لب و کام: یک پژوهش مورد منفرد

Effectiveness of ACT-Based Parenting Training to Mothers on
the Depression of Children with Cleft Lip and Palate:
A Single Subject Study

M. S. Faghihi, Ms.C.

محمد صالح فقیهی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

M. B. Kajbaf, Ph.D.

دکتر محمدباقر کجباغ

استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

دریافت مقاله: ۹۵/۹/۲۳

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۵/۱/۱۹

پذیرش مقاله: ۹۶/۲/۱۲

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of Parenting Training based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to mothers on the depression of children with cleft lip and palate. The research method was based on a single case and individual intervention study. The sample was constituted of 65 Isfahanian children with cleft lip and palate. Parenting skills based on ACT were taught to five mothers of children with cleft lip and palate who achieved the minimum score in screening. After three baseline sessions for each child, ACT parenting skills were taught to their mothers

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) به مادران بر افسردگی کودکان مبتلا به شکاف لب و کام بود. روش پژوهش مورد منفرد و به صورت مداخله انفرادی بوده است. تعداد افراد جامعه ۶۵ نفر از کودکان مبتلا به شکاف لب و کام استان اصفهان بود. در این پژوهش مهارت‌های فرزندپروری اکت به مادران ۵ کودک مبتلا به شکاف لب و کام آموزش داده شد. کودکان مورد مطالعه در غربالگری صورت گرفته حد نصاب نمره را کسب کرده بودند. پس از سه جلسه خط پایه برای هر کودک، مادران در ۸ جلسه درمانی انفرادی آموزش فرزندپروری اکت شرکت نمودند و بعد از هر جلسه افسردگی کودکان مورد

Corresponding author: Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Email: faghihi_ms@yahoo.com

نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، واحد خوراسگان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
پست الکترونیکی: faghihi_ms@yahoo.com

in 8 individual sessions accompanied with testing the child's depression in every session. Three follow-up sessions after 15 days, 1 month and 3 months were set to evaluate children's depression. The Kovacs Children's Depression Inventory (CDI) was used to test the children's depression. The results were analyzed with visual analysis and descriptive statistics. This particular intervention was effective on depression. Based on the results of the present study, it can be concluded that ACT parenting training to mothers of children with cleft lips and palates was effective on reducing depression and that an on-time intervention can improve these children's depression.

Keywords: Depression, Single Subject Study, Commitment and Acceptance, Cleft Lip and Palate, Parenting.

سنجش قرار گرفت. سه جلسه پیگیری ۱۵ روزه، یک و سه ماهه جهت آزمون سطح افسردگی کودکان برگزار گردید. ابزار سنجش افسردگی کودکان کوکس (۱۹۸۱) بود. یافته‌ها بر اساس تحلیل دیداری و شاخص‌های آماری توصیفی تجزیه و تحلیل شد. مداخله مورد نظر در متغیر افسردگی اثربخش بوده است. با توجه به نتایج، می‌توان آموزش فرزندپروری اکت به مادران را روش مؤثری برای کاهش افسردگی کودکان دچار شکاف لب و کام در نظر گرفت و با مداخله به‌هنگام افسردگی آن‌ها را بهبود بخشید.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، پژوهش مورد منفرد، پذیرش و تعهد، شکاف لب و کام، فرزندپروری

مقدمه

شکاف‌های لب و کام^۱ شایع‌ترین بدشکلی‌های مادرزادی است که ناحیه دهان و صورت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث اختلالات عملکرد مانند گفتار، بلعیدن و غیره می‌شود. علت اصلی شکاف‌ها تاکنون ذکر نشده و عوامل متعددی در ایجاد آن دخیل‌اند. پزشکان معتقدند که محیط و ژنتیک هر دو در ایجاد آن مؤثرند، از بین این عوامل، ژنتیک نقش مهمی داشته و حدود یک‌سوم از افرادی که دچار این بیماری هستند، این نقص را به صورت ژنتیکی از یکی از والدین یا خویشاوندان دور یا نزدیک خود دریافت کرده‌اند. عوامل محیطی هم بی‌تأثیر نیستند. مصرف گروه خاصی از داروها در دوران حاملگی، عفونت‌ها، بیماری‌ها، مصرف سیگار، الکل و کمبود اسیدفولیک در دوران بارداری از این عوامل هستند (نویل، دام، آلن و بوگو^۲، ۲۰۱۶).

در خانواده ناکارآمد که به این کودکان به عنوان فردی که مسبب ناکارآمدی خانواده است نگاه می‌کنند و همه توجه کودک و خانواده بر روی «صورت من» تثبیت شده است، احتمال کودک آزاری، غفلت، سوءمصرف مواد، خشونت خانوادگی و اختلال عملکرد خانواده می‌رود. اختلال در شنوایی و گفتار باعث می‌شود این کودکان دچار اختلالات یادگیری شوند. به دلیل شرایط خانوادگی، پذیرش همسالان و جامعه و مشکلات این افراد در پیدا کردن دوست مناسب و موارد مشابه، کودک از خود اختلالات رفتاری بروز می‌دهد (مرکز کودکان با نیازهای خاص بیمارستان کودکان سیاتل^۳، ۲۰۱۰).

تحقیق از بیمارانی که در سن ۴۰ سال یا بالاتر قرار دارند، نشان می‌دهد، افرادی که با مشکل خود سازگاری بهتری پیدا کرده بودند در گذشته به شدت از سوی خانواده حمایت می‌شدند و احساس می‌کردند

که دارای مکانی مطمئن و راحت برای صحبت کردن در مورد موقعیت‌شان و گرفتن پاسخ سؤالات‌شان نسبت به مشکلات‌شان هستند. بنابراین مهم‌ترین قسمت تمام این مراقبت‌ها و درمان‌ها این است که والدین خود را ملزم بدانند و محیطی مناسب را برای این کودکان در حال رشد ایجاد کنند (برونگارد و لوماندر^۴، ۲۰۰۷).

راتر و تیلور^۵ (۲۰۰۵) بر مفهوم بهبودپذیری در کودکان در معرض خطر تأکید کرده‌اند. صلاحیت‌های اجتماعی مانند رفتارهای نوع دوستانه موجب بهبودپذیری کودکان می‌شود. گرچه برخی از عوامل خطر آفرین، چاره‌ناپذیرند، اما تعدادی از آن‌ها مثل فقدان حمایت اجتماعی و ناکارآمدی مهارت‌های والدین چاره دارند (روشن، آقاییوسفی، علیپور و رضایی^۶، ۱۳۹۴).

پژوهش‌های دل‌بستگی به اهمیت رابطه والد - فرزند در شکل دادن به تعاملات کودکان با کودک دیگر و حس امنیت آن‌ها درباره اکتشاف جهان و تاب‌آوری^۷ آن‌ها در مقابل فشار روانی، توانایی آن‌ها برای متعادل کردن هیجانات‌شان، گنجایش آن‌ها برای داشتن داستان زندگی پیوسته که از زندگی معنا و مفهوم می‌سازد و توانایی آن‌ها در ایجاد رابطه بین فردی معنادار در آینده، اشاره می‌کند (سیگل و هارتزل^۸، ترجمه اسفاری و شهرآرای، ۱۳۹۰).

ویژگی‌های مختلف محیط کودکان مانند محیط فرهنگی، منابع حمایت اجتماعی، محیط خانواده و تفاوت‌های فردی، همگی در شکل دادن روشی که کودک به محیط اطرافش پاسخ می‌دهد دخیل هستند. در حقیقت کیفیت رابطه والد - کودک، کیفیت فرزندپروری و راهبردهای دل‌بستگی کودک، نقش مهمی در تجارب اولیه کودک از بدرفتاری و تحول آسیب‌شناسی‌های بعدی او دارند (سیجیتی^۹، ۲۰۱۰). هرگاه کودک نتواند در محیط زندگی خود اعمال قدرت سالمی را حس کند و نتواند در آن، وجود پناهگاه یا امنیتی را مشاهده کند، در او تشویشی به وجود می‌آید و در عمق ضمیرش نسبت به کسانی که می‌باید حامی او باشند و اکنون به دلیل ضعیف بودن نمی‌توانند این رضایت‌مندی و احساس امنیت را به او بدهند، احساس بد آمدن و تحقیر می‌کند و آن را نوعی خیانت نسبت به خود می‌شمارد که برای جبران آن سعی می‌کند به گروه بگردد، در بیشتر موارد گروه پناه‌دهنده نوجوان، می‌تواند منحرف باشد (احدی و محسنی^{۱۰}، ۱۳۸۸).

روانشناسان رشد از دهه ۱۹۲۰ به بعد علاقه‌مند بودند بدانند که چگونه والدین، رشد اجتماعی و شایستگی را درون کودکان پرورش می‌دهند. یکی از نیرومندترین رویکردها در این زمینه، مطالعه‌ای تحت عنوان سبک‌های فرزندپروری می‌باشد (جهان‌بخش، خوش‌کنش و حیدری^{۱۱}، ۱۳۹۲).

در خصوص فرزندپروری^{۱۲} رویکردهای متفاوتی وجود دارد. در این میان رویکرد اکت یا پذیرش و تعهد^{۱۳} فلسفه خود از فرزندپروری را این‌گونه بیان می‌دارد که همه والدین برای فرزندان‌شان آرزوهایی دارند. آن‌ها می‌خواهند فرزندان‌شان در شادی و امنیت رشد کنند. والدین می‌خواهند فرزندشان موفق، خودمختار، مهربان و دانا باشد. هم‌چنین آن‌ها می‌خواهند نقش مهمی در تضمین و به تحقق پیوستن آرزوهای آنان داشته باشند. در طول این سال‌ها والدین فقط به عنوان پدر و مادر در دنیای کودک‌شان هستند. هیچ دوره رشدی کودک نیست که کاملاً مطابق نظر والدین باشد. در حالی که این همان زمانی است که والدین به عنوان بهترین فرد می‌توانند تجارب آن‌ها را شکل بدهند تا کودکان بتوانند والدین‌شان را به آرزوهایشان برسانند. از طرفی برای هر انسانی در همه دوره‌های رشدی کودک مشکلاتی وجود دارد که در پی آن احتمالاً ذهن والدین به‌ویژه زمانی که احساس تنیدگی^{۱۴} و آسیب‌پذیری دارند؛ نگرانی‌هایی را زمزمه می‌کند. مهم نیست چه اتفاقی برای

کودک آن‌ها رخ می‌دهد. آن‌ها به فرمان ذهن‌شان گوش می‌دهند. در این لحظه‌ها آن‌ها ممکن است برای مشکل‌شان خطر کنند و رفتاری نسبت به کودک‌شان انجام دهند و متقابلاً کودک همان رفتار را انجام دهد. فرزندپروری سخت‌ترین وظیفه والدین است و گاهی والدگری مشکل‌ترین کار است تا جایی که گاهی والدین نسبت به رفتاری که با کودک خود داشته‌اند، ابراز شرمندگی می‌کنند. بسیاری از والدین احساس می‌کنند بد رفتاری کودک‌شان نشانه شکست آن‌ها و یا چیزی شبیه به این است و یا برعکس احساس می‌کنند که این یک بخش طبیعی از تجربه فرزندپروری است. متأسفانه اگرچه ممکن است این راهبرد والدین که از افکار و احساسات اجتناب کنند یا آن‌ها را حذف کنند، مدتی مفید به نظر برسد؛ ولی در درازمدت عواقب بدی به دنبال دارد (کوپن و مورل^{۱۵}، ۲۰۰۹).

پذیرش و تعهد بر مبنای این مفروضه است که اصلی‌ترین مشکلی که افراد با آن مواجه می‌شوند اجتناب تجربه‌ای است که به اجتناب فرد از افکار و احساسات و سایر رویدادهای خصوصی گفته می‌شود (باخ و موران^{۱۶}، ترجمه کمالی و کیان‌راد، ۱۳۹۴). هم‌چنین اعتقاد بر این است که افکار و احساسات به ویژه در زمینه رابطه با کودک یک عنصر کلیدی و مؤثر در فرزندپروری است. فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به والدین کمک می‌کند با شفقت احساسات، نگرانی‌ها و نارسایی‌های درک شده را بپذیرند. در چالش‌برانگیزترین لحظه‌ها، هدف این است که احساسات و افکار همان‌گونه که هستند و بدون تغییر پذیرش شوند؛ به‌گونه‌ای که والدین فرزند خود را در این‌جا و اکنون^{۱۷} درک کنند و بر چیزهای بااهمیتی پافشاری کنند که رابطه آن‌ها و فرزندان‌شان را معنادار می‌کند (کوپن و مورل، ۲۰۰۹).

رویکرد پذیرش و تعهد این پتانسیل را دارد که رابطه بین والد و کودک را از طریق تسهیل شناسایی اجتناب‌های تجربی والدین بهبود بخشد و در پاسخ‌گویی والدین به نیازهای کودک اثربخش باشد (برون، ویتینگام، بوید، مک کینلی و سفرونوف^{۱۸}، ۲۰۱۴).

رویکردهای متفاوتی برای فرزندپروری وجود دارد که همگی اثر خوبی بر روی تربیت کودک دارد، ولی مسئله‌ای که وجود دارد ناپایداری والدین بر تکنیک‌ها به خاطر فرمان‌پذیری از فکر و احساسات است. در این رویکرد ابتدا والدین یاد می‌گیرند که چگونه ذهن خود را مشاهده کنند و عاشقانه نسبت به انتخاب و انجام تکنیک مناسب اقدام کنند (کوپن و مورل، ۲۰۰۹).

در رویکرد پذیرش و تعهد هدف تغییر رابطه فرد با افکار و احساساتش است. تا زمانی که ما فکر یا احساسی را به عنوان نشانه برچسب بزنییم، این تلویح را دارد که بد، نادرست، منفی و آسیب‌زا است و برای سالم بودن باید از آن‌ها خلاص شد که این باعث منازعه ما با این افکار و احساسات می‌شود. منازعه‌ای که معمولاً نتیجه خوبی ندارد. هدف نهایی، تغییر این افکار و احساسات رنج‌آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه‌های آسیب‌زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی هستند، به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسانی طبیعی که بخش‌هایی از یک زندگی غنی و معنادارند (هایس و اشتروزال^{۱۹}، ۲۰۱۰).

مداخله در فرزندپروری، توانایی والدین در درک افکار، احساسات و رفتارهای خود را افزایش می‌دهد و بر روند تغییر خود و کودکان‌شان، هم‌چنین رابطه با آنان و دیگر اعضای خانواده اثر مثبتی می‌گذارد (حاجی سیدرضی، ازخوش، طهماسیان، بیات و بیگلریان^{۲۰}، ۱۳۹۱).

در پژوهش فقیهی و کجیاف^{۲۱} (۱۳۹۵) بر روی کودکان مبتلا به شکاف لب و کام، نتایج نشان داد آموزش

فرزندپروری مبتنی بر تعهد و پذیرش به مادران بر افزایش عزت نفس این کودکان مؤثر بوده است. یافته پژوهش احمدی^{۲۲} (۱۳۹۴)، با عنوان اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های فرزندپروری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین، منبع کنترل و مهارت‌های اجتماعی کودکان مقطع ابتدایی شهر خرم‌آباد، در مجموع حاکی از اثربخشی برنامه فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های فرزندپروری مقتدر و مستبد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین، منبع کنترل و مهارت‌های اجتماعی کودکان دختر بود.

خانواده شبکه‌ای از ارتباطها است که در آن والدین و کودکان در فرایندی دوسویه با هم در تعاملند؛ لذا در این مجموعه، طرفین قادرند تأثیرهای بس شگرفی بر یکدیگر داشته باشند. با تأمل در کیفیت رابطه والدین و کودک و موشکافی در آن، می‌توان به نقش حساس مادر در ارتباط با کودک پی برد (دانش، نیکومنش، سلیمی‌نیا، سابقی و شمشیری^{۲۳}، ۱۳۹۳).

در مورد آموزش والدین فایبانو^{۲۴} (۲۰۰۷) معتقد است، اصولاً پدران و مادران در مسئولیت‌های والدی با هم شریکند، اما مادران نسبت به پدران به طور کلی تعامل بیشتری با کودکان دارند و مسئولیت بیشتری برای مراقبت از کودک را به عهده می‌گیرند. پدران به دلایلی مانند قبول نداشتن مشکل در مهارت والدگری، حالت کلاسی داشتن این آموزش‌ها و همچنین ساعات نامناسب تشکیل این کلاس‌ها و ساختار و ماهیت آن‌ها تمایلی به شرکت در این قبیل آموزش‌ها ندارند (دانش، حکیمی، شمشیری و سلیمی‌نیا^{۲۵}، ۱۳۹۴).

رایج‌ترین نوع اختلالات خلقی، افسردگی^{۲۶} را شامل می‌شود. معمولاً انتظار می‌رود که افسردگی‌های بهنجار در افرادی که دستخوش رویدادهای زندگی عذاب‌آور، اما شایع می‌شوند، مانند لطمه‌های شخصی، میان فردی، یا اقتصادی روی دهد. یک زمانی تصور می‌شد که افسردگی در کودکی روی نمی‌دهد، اما پژوهش جدیدتر، برآورد کرده است که در حدود ۱ تا ۳ درصد کودکان دبستانی، ملاک‌های نوعی از اختلال افسردگی یک قطبی را برآورده می‌کنند. میزان عود در کودکان مانند بزرگسالان بالاست. افسردگی کودکان، رفتارهایی مانند گوشه‌گیری، گریه کردن، اجتناب از تماس چشمی، شکایت‌های جسمانی، کم‌اشتهایی و حتی رفتارهای پرخاشگرانه و در برخی موارد خودکشی را شامل می‌شود (باچر، هولی و مینکا^{۲۷}، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۴).

گزارشات نشان می‌دهند که افسردگی، اضطراب و تپش قلب در افراد مبتلا به شکاف لب و کام دو برابر افراد معمولی است. از طرفی در پژوهش‌ها مشخص شده است که رابطه فرد با والدین در تشدید مشکلات روان‌شناختی او تأثیرگذار بوده است. تجربه بحران روانی، بر اساس زمینه و خود قبلی فرد و تجربه‌های مقابله با این فشارها در زمان حال و غیره به زمان کودکی فرد برمی‌گردد (دسوسا، دیویر و قانشانی^{۲۸}، ۲۰۰۹).

پژوهش هانت، بوردن، هپر، استیونسون و جانستون^{۲۹} (۲۰۰۶) بر روی ۱۱۳ کودک و نوجوان مبتلا به شکاف لب و کام، با عنوان بررسی کارکرد روانی کودکان و نوجوانان مبتلا به شکاف لب و کام، نشان می‌دهد که بین این بیماری با عملکرد روانی (مشکلات رفتاری و افسردگی) رابطه معناداری وجود دارد و رابطه معناداری بین عزت نفس کودکان و نوجوانان مبتلا به شکاف لب و کام و کودکان غیرمبتلا مشاهده نشد.

کودکان دارای افسردگی حالت خمودی و کرختی از خود نشان می‌دهند، خود را کنار می‌کشند و در گوشه‌ای منزوی می‌شوند. بازداری حرکتی آن‌ها به شکل مشکل در بازی کردن یا انجام دادن هر وظیفه یا

اشتغال؛ به خصوص کارهایی که قبلاً برای آن‌ها لذت‌بخش بوده است مشاهده می‌شود. احساس مورد علاقه نبودن در این کودکان فراوان است. یکی از بارزترین جنبه‌های قابل رؤیت در مورد این احساس، شکست تحصیلی و یا بی‌رغبتی و بی‌علاقگی نسبت به تحصیل در این دوران می‌باشد (دادستان^{۳۰}، ۱۳۹۰).

جنبه مهم درمان روان‌شناختی برای کودکان، خواه برای افسردگی یا اضطراب و یا اختلالات دیگر، تأمین محیط عاطفی حمایت‌کننده است که در آن بتوانند راهبردهای مقابله‌کننده سازگارانه‌تر و ابراز هیجان مؤثرتر را یاد بگیرند. کودکان بزرگ‌تر و نوجوانان اغلب می‌توانند از رابطه درمانی مثبت که در آن بتوانند بی‌پرده درباره احساسات خود صحبت کنند، بهره‌مند شوند (هاروی و تیلور^{۳۱}، ۲۰۱۰).

با توجه به آن‌چه گفته شد هدف پژوهش تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر افسردگی کودکان بود. با این فرضیه که آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی کودکان مؤثر است.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های مورد منفرد^{۳۲} است. یک پژوهش مورد منفرد که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی یا آزمایش سری‌های زمانی نامیده‌اند، پژوهشی است که مشتمل بر تحقیق فشرده بر روی تعداد محدودی از افراد است که به صورت انفرادی یا به عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شوند. آزمایش‌های مورد منفرد را نباید با پژوهش‌های موردی معادل دانست. هرچند هر دو به مورد معطوف‌اند، ولی از نظر طرح و هدف با یکدیگر تفاوت زیادی دارند. بعضی از مطالعات مورد منفرد ۲ یا ۳ شرکت‌کننده دارند و گاهی ۲۰، ۳۰ نفر شرکت‌کننده با این طرح‌ها تحت بررسی قرار می‌گیرند. در واقع واژه مورد منفرد بیشتر به چگونگی جمع‌آوری داده‌ها اشاره می‌کند تا به تعداد شرکت‌کننده‌های پژوهش. پژوهش‌گرانی که در زمینه طرح‌های مورد منفرد کار می‌کنند به اندازه پژوهش‌گرانی که آزمایش‌های گروهی انجام می‌دهند، به مسائل اعتبار درونی و بیرونی توجه دارند. این طرح‌ها مانند طرح‌های گروهی آزمایشی با دستکاری فعالانه متغیر مستقل (مداخله درمانی)، امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی را فراهم می‌سازد.

هم‌چنین به جای استفاده از گروه کنترل در پژوهش‌های مورد منفرد موقعیت خط پایه به عنوان کنترل‌کننده عوامل مزاحم عمل می‌کند و متغیرهای مزاحم در موقعیت خط پایه کنترل می‌شود (سیپانی^{۳۳}، ۲۰۰۹). در واقع منطق زیربنایی طرح‌های آزمایشی مورد منفرد همانند طرح‌های گروهی است و تأثیر مداخله یا مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارائه می‌گردد، بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یعنی مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار برده می‌شود (کازدین^{۳۴}، ۲۰۱۶). مزیت اساسی این طرح‌ها در این است که بعضی از درمان‌ها ممکن است برای بعضی از افراد اثربخش باشد، اما برای دیگران مفید نباشد. اگر میانگین نتایج برای کل گروه در نظر گرفته شود (مانند طرح‌های گروهی) تفاوت‌های فردی در میزان اثربخش بودن درمان از بین می‌رود. برعکس اگر سطوح متغیر واپسته در هر شرکت‌کننده به صورت انفرادی مقایسه شود، تفاوت‌های فردی قابل رؤیت می‌شود. در این طرح‌ها می‌توان مشخص کرد که یک مداخله معین برای برخی از افراد مؤثر است، احتمالاً برای دیگران مؤثر نیست (سیپانی، ۲۰۰۹).

در این پژوهش متغیر مستقل آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به هر ۵ مادر بود. متغیر وابسته نیز نمره افسردگی هر ۵ کودک در مرحله مداخله و پیگیری بود که به صورت مکرر اندازه‌گیری شد. متغیر کنترل نیز نمرات افسردگی کودکان در مرحله خط پایه بود.

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کودکان سن دبستان مبتلا به شکاف لب و کام استان اصفهان می‌باشد که تا ابتدای سال ۱۳۹۵ در تنها کلینیک تخصصی و حمایتی شکاف لب و کام در کشور (کلینیک لبخند اصفهان وابسته به خیریه امام حسین^(ع)) پرونده داشتند و تعداد آن‌ها ۶۵ نفر بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری هدفمند بود. در این روش نمونه‌گیری، هدف، انتخاب افرادی است که درک عمیقی از موضوع مورد مطالعه برای پژوهشگر فراهم نمایند (گال، بورک و گال^{۳۵}، ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۹۰). بنابراین از بین کودکان جامعه آماری مذکور پس از غربالگری، تعداد ۵ کودک که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بود از:

۱. حدنصاب نمره افسردگی بنا به نمره پرسش‌نامه افسردگی کودکان کواکس.
 ۲. کودک غیر از شکاف لب و کام نقیصه دیگر روانی و جسمانی نداشته باشد.
 ۳. مادر کودک توانایی یادگیری و تفسیر نکات گفته شده را داشته باشند.
 ۴. کودک یکی از بیماری‌های شکاف لب یا کام را داشته باشد.
 ۵. کودک در سن دبستان و مشغول به تحصیل باشد.
 ۶. کودک آموزش‌پذیر باشد.
 ۷. کودک ساکن استان اصفهان باشد.
- ویژگی آزمودنی‌ها مطابق با جدول ۱ بود.

جدول ۱: ویژگی آزمودنی‌ها

آزمودنی	جنس	سن	نوع بیماری	تحصیلات مادر	سطح اقتصادی خانواده
اول	مذکر	۱۰	شکاف لب و کام	کارشناسی	متوسط
دوم	مذکر	۱۱	شکاف لب و کام	بی‌سواد	متوسط
سوم	مؤنث	۱۲	شکاف لب	بی‌سواد	ضعیف
چهارم	مؤنث	۱۱	شکاف لب	دیپلم	متوسط
پنجم	مؤنث	۱۱	شکاف لب و کام	ابتدایی	ضعیف

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ۵ آزمودنی را نشان می‌دهد.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه افسردگی کودکان^{۳۶} (CDI): پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی افسردگی کودکان به وسیله کواکس (۱۹۸۱) برای اندازه‌گیری افسردگی کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ سال ساخته شد. این پرسش‌نامه شامل ۵ خرده‌مقیاس خلق منفی، مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت نفس منفی می‌شود. این پرسش‌نامه شامل ۲۷ سؤال و هر سؤال شامل ۳ جمله است و برای اندازه‌گیری نشانگان افسردگی نظیر گریه کردن، افکار خودکشی، توانایی در تمرکز تکالیف مدرسه طراحی شده است. کودک یکی از سه جمله که

بیانگر احساسات و افکار و رفتار او در طول دو هفته گذشته است را انتخاب می‌کند. سوالات از صفر تا دو نمره‌گذاری می‌شود. نمره صفر بیانگر فقدان نشانه، نمره یک بیانگر نشانه متوسط و نمره ۲ بیانگر وجود نشانه آشکار است. در نتیجه دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ است که نمرات بالاتر نشانه افسردگی بیشتر است (کواکس، ۱۹۸۵؛ اسماکر، کرایگهد، کرایگهد و گرین^{۳۸}، ۱۹۸۷) (کواکس، ۱۹۸۵). مطالعات نشان‌دهنده مشخصات روان‌سنجی خوب برای این پرسش‌نامه است. همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۶ است. اعتبار هم‌زمان و افتراقی نیز مناسب گزارش شده است (لوگان و همکاران^{۳۹}، ۲۰۱۳). ایوارسون، اسوالندر و لیتلر^{۴۰} (۲۰۰۶)، همسانی درونی پرسش‌نامه را در کودکان سوئدی ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند.

در مطالعات رجبی و عطاری^{۴۱} (۱۳۸۳) که روی دختران و پسران مقطع راهنمایی و اول دبیرستان شهر اهواز انجام شد، ضریب همسانی درونی ۰/۸۸ به دست آمد. پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۶۹ برآورد شد. رجبی (۱۳۸۶) که پژوهش بر روی ۳۹۹ دانش‌آموز دختر و پسر ۱۳ تا ۱۵ ساله شهرستان اهواز را انجام داد، ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۱ و ضریب آلفای ۰/۸۸ را گزارش کرده است. دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی عسگرآباد^{۴۲} (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی که بر روی ۴۰۷ دانش‌آموز دختر و پسر ۱۲ الی ۱۴ سال انجام داده‌اند، ضریب همسانی درونی را ۰/۸۲ و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده در این پژوهش برای این پرسش‌نامه برابر با ۰/۶۸ بود.

برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۴۳}: با توجه به عدم وجود برنامه فرزندپروری پژوهش شده داخلی و خارجی، محتوای جلسات درمانی بر اساس محتوای کتاب «لذت فرزندپروری (با استفاده از پذیرش و تعهد)» نوشته کوین و مورل (۲۰۰۹) و همچنین «برنامه فرزندپروری در اکت» نوشته باتلر^{۴۴} (۲۰۱۵)، توسط پژوهشگران این پژوهش تنظیم گردید و سپس توسط یکی از اساتید زبده (مدرس کشوری رویکرد پذیرش و تعهد و از شاگردان پرفسور هیز، بنیانگذار این رویکرد) مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت. جلسات آموزشی بدین شرح اجرا گردید:

جلسه اول: آشنایی با مادر کودک و برقراری ارتباط درمان، بیان اهمیت دوران کودکی و همچنین نتیجه فرزندپروری در آینده کودک، معرفی رویکرد پذیرش و تعهد و برتری آن نسبت به رویکردهای قبلی، معرفی انواع خانواده از دیدگاه رویکرد پذیرش و تعهد (خانواده‌های احساسی و منطقی، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن و خانواده عاشق تصمیم‌گیری بر اساس ارزش‌ها)، توضیح در مورد خانواده و والدین عاشق و بیان ویژگی‌های والدین عاشق، ترغیب مادر به رفتن به سمت والد عاشق با کمک مثال‌های خود مادر.

جلسه دوم: با ترسیم جدول مربوط به موقعیت، تولیدات ذهن (فکر، احساس، خاطرات، علائم بدنی و امیال) و رفتار به مادر توضیح داده شد که ذهن وی و تولیدات ذهن چگونه است، با مثال‌هایی بیشتر ذهن به مادر معرفی شد. توضیح این نکته که ذهن ما ناخودآگاه بوده و کنترلی روی آن نیست (ایجاد چالش در خصوص این که با این ذهن چه رفتاری باید داشت)، اضافه نمودن ستون‌های رفتار، اثر کوتاه‌مدت و بلندمدت به جدولی که قبلاً ترسیم کرده‌ایم برای نشان دادن این نکته که پیروی از ذهن می‌تواند چه نتایج کوتاه مدت و بلندمدتی داشته باشد و این که اکثراً فرامین ذهن ناکارآمد هستند. تکلیف: نگاه به اتفاقات یک هفته، لیست‌برداری روزانه سه گزارش و تهیه جدول مربوط به ذهن و تولیدات آن.

جلسه سوم: آشنایی با انعطاف‌پذیری شناختی با استفاده از استعاره مهمان و خانه کوچک، آموزش تأثیر انعطاف‌پذیری شناختی با انتخاب رفتارهای مناسب، ترسیم جدول ذهن و رفتار با ارائه چند مثال و بررسی رفتارهای ممکن دیگر که مادر با انعطاف‌پذیری شناختی می‌توانسته انتخاب نماید. تکلیف: عدم واکنش به اتفاقات به گونه‌ای که مادر فقط تماشاچی ذهن خود باشد.

جلسه چهارم: آموزش ساخت حریم روان‌شناختی بین فرزند و والدین، معرفی شیوه‌های کنترلی نامناسب مادر (داد زدن، تسلیم شدن و منصرف شدن)، استفاده از استعاره جزیره و به چالش کشیدن مادر نسبت به فرزندپروری خود که تاکنون داشته است. تکلیف: لیست کردن رفتارهای جزیره‌ای توسط مادر.

جلسه پنجم: آموزش پیش‌آیند، رفتار، پیامد و زمینه برای نشان دادن چرخه معیوب در صورت انتخاب رفتار نامناسب، استفاده از استعاره کامپیوتر برای آموزش ارتباط با ذهن.

جلسه ششم: آموزش مهربانی با خود (ایجاد همدلی با مادر و تقویت روحیه وی در جهت رسیدگی به خود به عنوان مادر)، معرفی ارزش با استفاده از استعاره تشییع جنازه، مشخص نمودن ارزش‌ها در رابطه مادر و فرزند. تکلیف: لیست کردن ارزش‌های شخصی و ارزش‌های مربوط به فرزندپروری.

جلسه هفتم: استفاده از استعاره ۱-۲-۳ برای نشان دادن پابرجا ماندن باورها و اصول ناکارآمد و غیرمنطقی و انتخاب رفتار مناسب، معرفی و آموزش اهداف کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت در راستای ارزش‌ها. آموزش عمل متعهدانه نسبت به اهداف تعیین شده. تکلیف: برای ارزش‌هایی که قبلاً مادر مشخص کرده است اهداف کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت تعیین کند.

جلسه هشتم: بررسی شیوه‌های ارتباطی والدین (۱- منفعلانه، ۲- پرخاشگرانه، ۳- مدبرانه)، آموزش مراحل ارتباط مدبرانه (۱- مشاهده به جای قضاوت، ۲- بیان احساس والد نسبت به چیزی که مشاهده کرده است، ۳- بیان نیاز، ۴- بیان تقاضا)، آموزش ایجاد هماهنگی با کودک (از طریق بازی روزانه با کودک و با مدیریت کودک)، آموزش تکنیک‌های فرزندپروری و رفتار با کودک در شرایط لج‌بازی، کج‌خلقی، نگرانی و نداشتن حرف‌شنوی.

شیوه اجرا

در بهار ۱۳۹۵ با همکاری انجمن خیریه امام حسین (ع) فهرستی از کودکان دبستانی دارای شکاف لب و کام تهیه و پس از دعوت و غربالگری کودکان و انجام مراحل اجرایی، فرزندپروری مبتنی رویکرد پذیرش و تعهد به مادران آزمودنی‌ها به صورت فردی و ۸ جلسه هفتگی هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه در کلینیک تخصصی لب‌خند اصفهان آموزش داده شد. پیش از آغاز مداخله هر ۵ آزمودنی به مدت ۳ جلسه پی‌درپی به صورت هفتگی فقط پرسش‌نامه افسردگی کودکان کوکس را پر نمودند و هیچ‌گونه مداخله‌ای طی این سه جلسه صورت نگرفت. پس از ۳ جلسه خط پایه، آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران آزمودنی‌ها به صورت فردی و هفتگی برگزار گردید. مداخله شامل ۸ جلسه هفتگی بود.

در هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه مادر آزمودنی تحت آموزش قرار گرفت. هم‌زمان با حضور مادر در جلسه درمانی کودک وی ملزم به تکمیل پرسش‌نامه مربوطه بود که نتیجه اثربخشی آموزش به مادر در هر جلسه،

بر اساس نتایج آزمون‌های کودک سنجیده شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری استفاده شد. تحلیل دیداری پرکاربردترین روش تحلیل داده‌ها در پژوهش مورد منفرده است. این تحلیل چندین مزیت دارد. ۱- می‌توان برای ارزیابی داده‌های افراد یا گروه‌های کوچک استفاده نمود. ۲- این تحلیل یک فرایند پویا می‌باشد، زیرا داده‌هایی که در حال گردآوری هستند مرتب رسم شده و تحلیل می‌شوند. ۳- رسم داده‌ها به شکل خطی به پژوهشگر اجازه تصمیم‌گیری داده محور می‌دهد. ۴- داده‌ها به صورت فردی بررسی می‌شود. ۵- تحلیل دیداری حصول یافته‌های جالبی را به همراه دارد که ممکن است با هدف اصلی ما مرتبط نباشد. ۶- رسم داده‌ها، تحلیل و تفسیر مستقل نتایج را تسهیل می‌کند. ۷- با رسم نمودار و تحلیل انفرادی داده‌ها، تأثیر مداخله در یک شرکت‌کننده نه بیش از حد و نه کمتر از آن چه هست برآورد می‌شود. لازم به ذکر است که عملی بودن و پایایی این روش به اثبات رسیده است (فراهانی، عابدی، آقامحمدی و کاظمی^{۴۵}، ۱۳۹۲). هم‌چنین برای تعیین اثربخشی درصد همپوشی و غیرهمپوشی محاسبه می‌گردد که عبارتند از:

درصد داده‌های غیرهمپوش (PND): در مقایسه بین موقعیتی خط پایه (A) و مداخله (B)، تعداد نقاط داده‌هایی که در موقعیت B بیرون از دامنه تغییرات A قرار دارد محاسبه و ضرب در ۱۰۰ می‌شود. وقتی هدف B کاهش رفتار است، تعداد نقاطی شمرده می‌شود که کمتر از کوچک‌ترین داده موقعیت A است. برای درصد غیرهمپوش موقعیت مداخله (B) و پیگیری (C) نیز به همین روش اقدام می‌نماییم.

درصد داده‌های همپوش (POD): تعداد نقاط داده‌هایی که در موقعیت B، درون یا روی دامنه تغییرات A قرار دارد محاسبه و ضرب در ۱۰۰ می‌شود. وقتی هدف B کاهش رفتار است، تعداد نقاطی شمرده می‌شود که مساوی یا بیشتر از کوچک‌ترین داده موقعیت A است. به همین روش بین موقعیت B و C این درصد به دست می‌آید.

یافته‌ها

نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۲ آمده است.

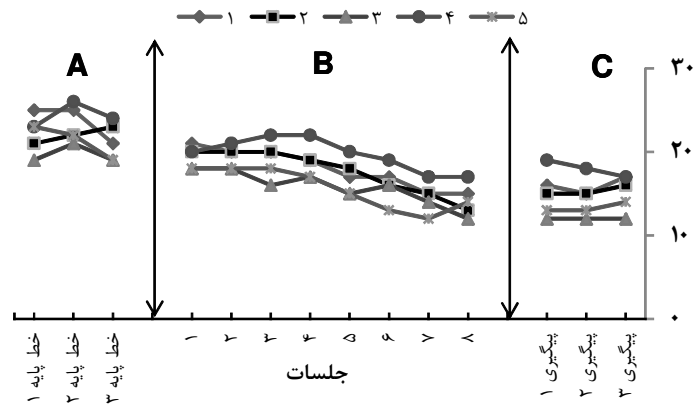
جدول ۲: نمرات پرسش‌نامه افسردگی در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری

برای پنج شرکت‌کننده

شرکت‌کننده	جلسات													
	خط پایه					مداخله					پیگیری			
۱	۲۵	۲۵	۲۱	۲۱	۲۰	۲۰	۱۹	۱۷	۱۷	۱۵	۱۵	۱۶	۱۵	۱۷
۲	۲۱	۲۲	۲۳	۲۰	۲۰	۱۹	۱۸	۱۶	۱۵	۱۳	۱۵	۱۵	۱۵	۱۶
۳	۱۹	۲۱	۱۹	۱۸	۱۸	۱۶	۱۷	۱۵	۱۶	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲
۴	۲۲	۲۶	۲۴	۲۰	۲۱	۲۲	۲۲	۲۰	۱۹	۱۷	۱۷	۱۷	۱۸	۱۷
۵	۲۳	۲۲	۱۹	۱۸	۱۸	۱۸	۱۷	۱۵	۱۳	۱۲	۱۲	۱۴	۱۳	۱۴

جدول ۲ نمرات به دست آمده از پرسش‌نامه افسردگی کودکان در سه موقعیت آزمایش، برای ۵ آزمودنی را نشان می‌دهد که در نمودار ۱ نشان داده شده است.

نمودار ۱: تأثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی



نمودار ۱ وضعیت هر ۵ آزمودنی در سه وضعیت خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد.

توصیف و تحلیل داده‌های افسردگی شرکت‌کننده اول

جدول ۲: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای افسردگی شرکت‌کننده اول

موقعیت	میانه	میانگین	دامنه تغییرات	ثبات	تغییر نسبی	تغییر مطلق	جهت روند
A	۲۵	۲۴	۲۵-۲۱	بائبات	۲۳-۲۵	۲۱-۲۵	نزولی
B	۱۸	۱۸	۲۱-۱۵	بائبات	۱۶-۲۰	۱۵-۲۱	نزولی
C	۱۶	۱۶	۱۷-۱۵	بائبات	۱۶-۱۵/۵	۱۷-۱۶	شیب صفر

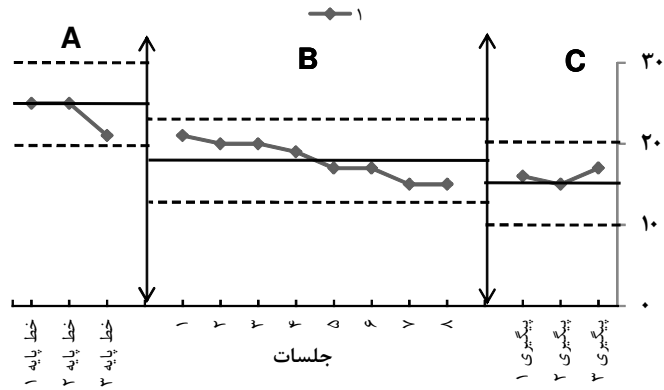
جدول ۲ تحلیل دیداری درون موقعیتی آزمودنی اول در سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳: درصد نقاط همپوش و غیرهمپوش بین موقعیتی برای افسردگی شرکت‌کننده اول

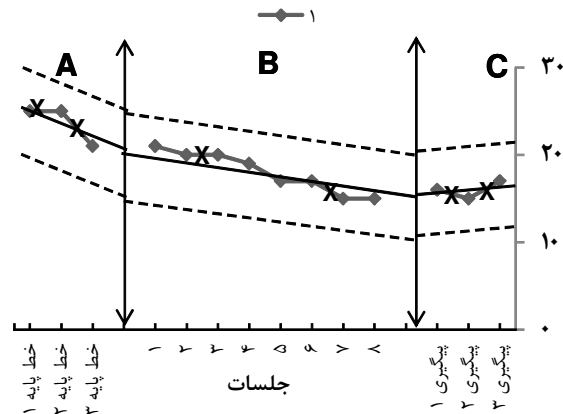
موقعیت	PND	POD
$\frac{B}{A}$	٪۸۷/۵	٪۱۲/۵

با توجه به جدول ۳ درصد نقاط غیرهمپوش آزمودنی اول بین موقعیت خط پایه و مداخله ۸۷/۵ درصد می‌باشد.

نمودار ۲ ترسیم خط میانه و محفظه ثبات برای افسردگی شرکت‌کننده اول



نمودار ۳: ترسیم خط روند و محفظه ثبات برای افسردگی شرکت‌کننده اول



نمودارهای ۲ و ۳ نمرات آزمودنی شماره ۱ در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشخص است کلیه نقاط در محفظه ثبات قرار دارند و روند مداخله و پیگیری باثبات است.

توصیف و تحلیل داده‌های افسردگی شرکت‌کننده دوم

جدول ۴: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای افسردگی شرکت‌کننده دوم

موقعیت	میانه	میانگین	دامنه تغییرات	ثبات	تغییر نسبی	تغییر مطلق	جهت روند
A	۲۲	۲۲	۲۳-۲۱	باثبات	۲۱/۵-۲۲/۵	۲۱-۲۳	صعودی
B	۱۸/۵	۱۷/۶۲	۲۰-۱۳	باثبات	۱۵/۵-۲۰	۲۰-۱۳	نزولی
C	۱۵	۱۵/۳۳	۱۶-۱۵	باثبات	۱۵-۱۵/۵	۱۵-۱۶	صعودی

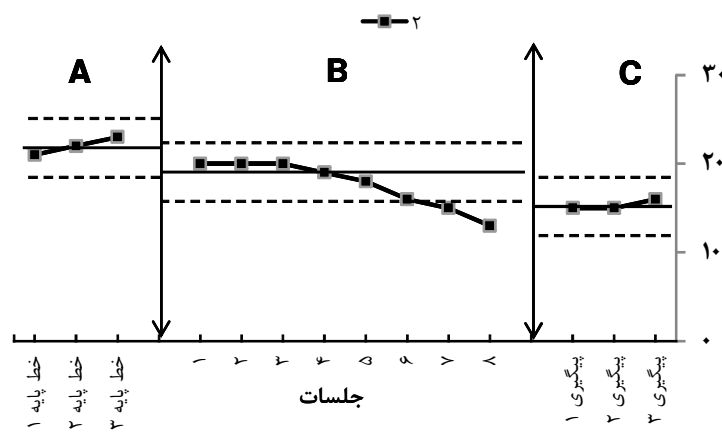
جدول ۴ تحلیل دیداری درون موقعیتی آزمودنی دوم در سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۵: درصد نقاط همپوش و غیرهمپوش بین موقعیتی برای افسردگی شرکت‌کننده دوم

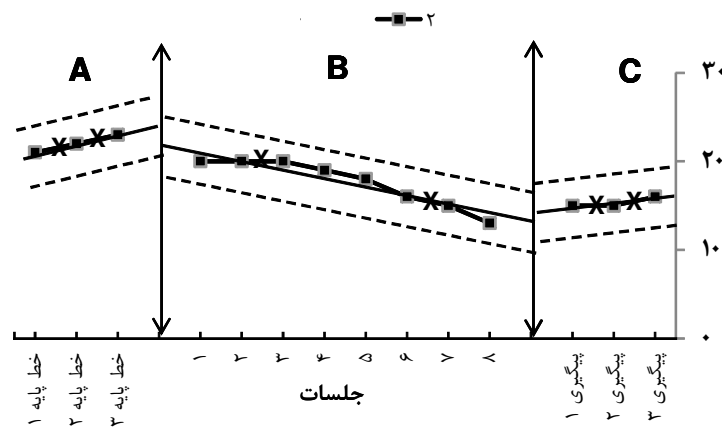
موقعیت	PND	POD
$\frac{B}{A}$	%۱۰۰	%۰

با توجه به جدول ۵ درصد نقاط غیرهمپوش آزمودنی دوم بین موقعیت خط پایه و مداخله ۱۰۰ درصد می‌باشد.

نمودار ۴: ترسیم خط میانه و محفظه ثبات برای افسردگی شرکت‌کننده دوم



نمودار ۵: ترسیم خط روند و محفظه ثبات برای افسردگی شرکت‌کننده دوم



نمودارهای ۴ و ۵ نمرات آزمودنی شماره ۲ در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشخص است کلیه نقاط در محفظه ثبات قرار دارند و روند مداخله و پیگیری باثبات است.

توصیف و تحلیل داده‌های افسردگی شرکت‌کننده سوم

جدول ۶: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای افسردگی شرکت‌کننده سوم

موقعیت	میانه	میانگین	دامنه تغییرات	ثبات	تغییر نسبی	تغییر مطلق	جهت روند
A	۱۹	۱۹/۶۷	۲۱-۱۹	باثبات	۲۰-۲۰	۱۹-۱۹	شیب صفر
B	۱۶	۱۵/۷۵	۱۸-۱۲	باثبات	۱۴/۵-۱۷/۵	۱۸-۱۲	نزولی
C	۱۲	۱۲	۱۲-۱۲	باثبات	۱۲-۱۲	۱۲-۱۲	شیب صفر

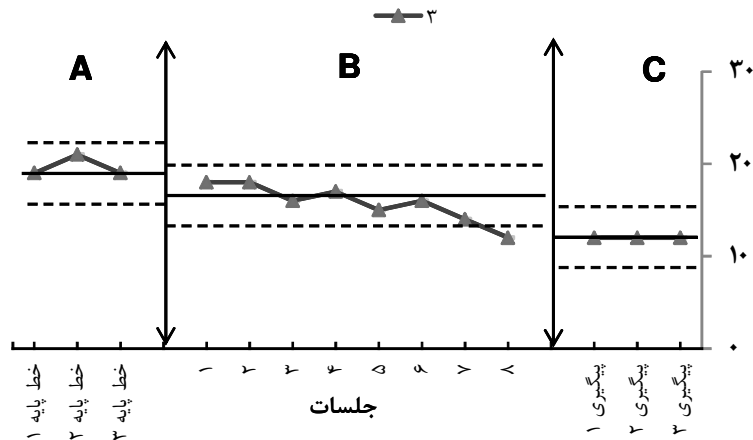
جدول ۶ تحلیل دیداری درون موقعیتی آزمودنی سوم در سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۷: درصد نقاط همپوش و غیرهمپوش بین موقعیتی برای افسردگی شرکت‌کننده سوم

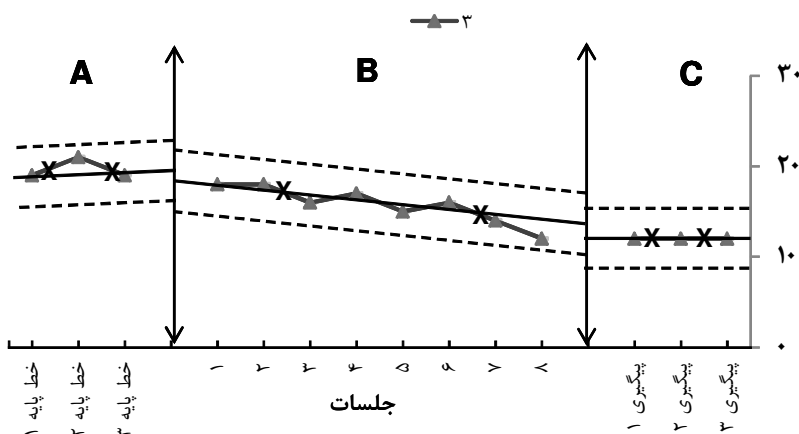
موقعیت	PND	POD
$\frac{B}{A}$	٪۱۰۰	٪۰

با توجه به جدول ۷ درصد نقاط غیرهمپوش آزمودنی سوم بین موقعیت خط پایه و مداخله ۱۰۰ درصد می‌باشد.

نمودار ۶: ترسیم خط میانه و محفظه ثبات برای افسردگی شرکت‌کننده سوم



نمودار ۷: ترسیم خط روند و محفظه ثبات برای افسردگی شرکت کننده سوم



نمودارهای ۶ و ۷ نمرات آزمودنی شماره ۳ در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشخص است کلیه نقاط در محفظه ثبات قرار دارند و روند مداخله و پیگیری باثبات است.

توصیف و تحلیل داده‌های افسردگی شرکت کننده چهارم

جدول ۸: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای افسردگی شرکت کننده چهارم

موقعیت	میانه	میانگین	دامنه تغییرات	ثبات	تغییر نسبی	تغییر مطلق	جهت روند
A	۲۴	۲۴/۳۳	۲۶-۲۳	باثبات	۲۴/۵-۲۵	۲۳-۲۴	صعودی
B	۲۰	۱۹/۷۵	۲۲-۱۷	باثبات	۱۸-۲۱/۵	۱۷-۲۰	نزولی
C	۱۸	۱۸	۱۹-۱۷	باثبات	۱۸/۵-۱۷/۵	۱۷-۱۹	نزولی

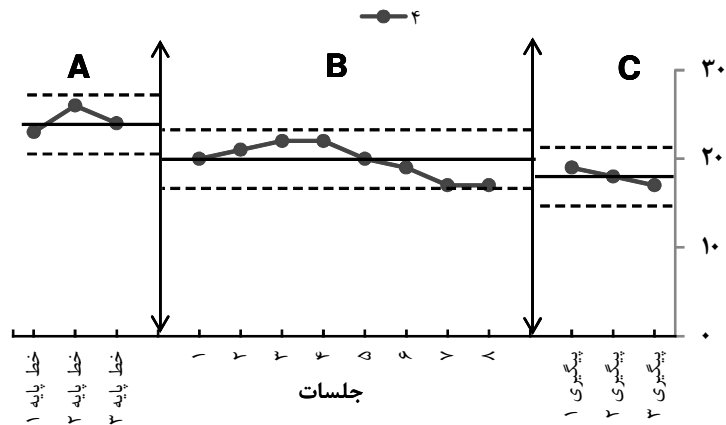
جدول ۸ تحلیل دیداری درون موقعیتی آزمودنی چهارم در سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۹: درصد نقاط همپوش و غیرهمپوش بین موقعیتی برای افسردگی شرکت کننده چهارم

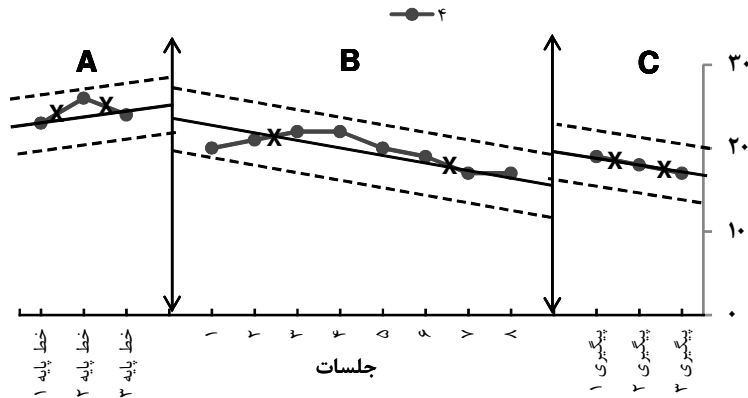
موقعیت	PND	POD
$\frac{B}{A}$	%۱۰۰	%۰

با توجه به جدول ۹ درصد نقاط غیرهمپوش آزمودنی چهارم بین موقعیت خط پایه و مداخله ۱۰۰ درصد می‌باشد.

نمودار ۸: ترسیم خط میانه و محفظه ثبات برای افسردگی شرکت‌کننده چهارم



نمودار ۹: ترسیم خط روند و محفظه ثبات برای افسردگی شرکت‌کننده پنجم



نمودارهای ۷ و ۸ نمرات آزمودنی شماره ۴ در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشخص است کلیه نقاط در محفظه ثبات قرار دارند و روند مداخله و پیگیری باثبات است.

توصیف و تحلیل داده‌های افسردگی شرکت‌کننده پنجم

جدول ۱۰: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای افسردگی شرکت‌کننده پنجم

موقعیت	میانه	میانگین	دامنه تغییرات	ثبات	تغییر نسبی	تغییر مطلق	جهت روند
A	۲۲	۲۱/۳۳	۲۳-۱۹	باثبات	۲۰/۵-۲۲/۵	۱۹-۲۳	نزولی
B	۱۶	۱۵/۶۳	۱۸-۱۲	باثبات	۱۳/۵-۱۸	۱۴-۱۸	نزولی
C	۱۳	۱۳/۳۳	۱۴-۱۳	باثبات	۱۳/۵-۱۳	۱۳-۱۴	صعودی

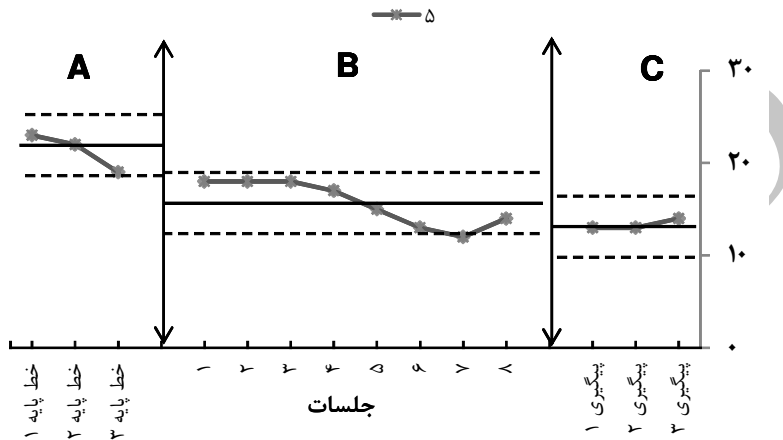
جدول ۱۰ تحلیل دیداری درون موقعیتی آزمودنی پنجم در سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۱۱: درصد نقاط همپوش و غیرهمپوش بین موقعیتی برای افسردگی شرکت کننده پنجم

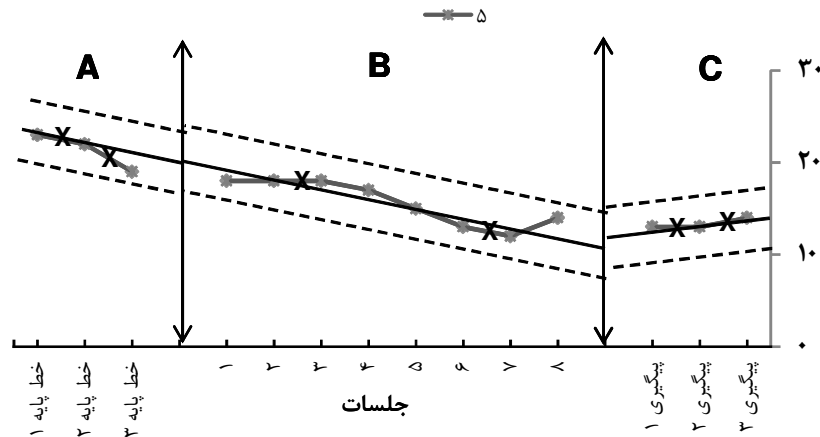
موقعیت	PND	POD
$\frac{B}{A}$	%۱۰۰	%۰

با توجه به جدول ۱۱ درصد نقاط غیرهمپوش آزمودنی پنجم بین موقعیت خط پایه و مداخله ۱۰۰ درصد می باشد.

نمودار ۱۰: ترسیم خط میانه و محفظه ثبات برای افسردگی شرکت کننده پنجم



نمودار ۱۱: ترسیم خط روند و محفظه ثبات برای افسردگی شرکت کننده پنجم



نمودارهای ۱۰ و ۱۱ نمرات آزمودنی شماره ۵ در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می دهد. همان گونه که مشخص است کلیه نقاط در محفظه ثبات قرار دارند و روند مداخله و پیگیری باثبات است.

طبق جدول ۲، میانه نمرات آزمودنی اول از ۱۸ در مرحله مداخله به ۱۶ در مرحله پیگیری رسیده است. طبق جدول ۴، میانه نمرات آزمودنی دوم از ۱۸/۵ در مرحله مداخله به ۱۵ در مرحله پیگیری رسیده است. طبق جدول ۶، میانه نمرات آزمودنی سوم از ۱۶ در مرحله مداخله به ۱۲ در مرحله پیگیری رسیده است. طبق جدول ۸، میانه نمرات آزمودنی چهارم از ۲۰ در مرحله مداخله به ۱۸ در مرحله پیگیری رسیده است. طبق جدول ۱۰، میانه نمرات از ۱۶ در مرحله مداخله به ۱۳ در مرحله پیگیری رسیده است که حاکی از کاهش افسردگی هر ۵ آزمودنی می‌باشد.

طبق جدول ۳ برای آزمودنی اول همپوشی ۱۲/۵ درصد بوده و آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با ۸۷/۵ درصد اطمینان اثربخش بوده، طبق جدول ۵ برای آزمودنی دوم، جدول ۷ برای آزمودنی سوم، جدول ۹ برای آزمودنی چهارم و جدول ۱۱ برای آزمودنی پنجم، در هر چهار آزمودنی شاخص همپوشی نشان می‌دهد که همپوشی بین نقاط مداخله و پیگیری صفر درصد است، بنابراین آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده و تأثیر درمان هم‌چنان ماندگار بوده است. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی کودکان مبتلا به شکاف لب و کام استان اصفهان می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نوپا بودن رویکرد اکت و خصوصاً فرزندپروری در این رویکرد، اثربخشی این رویکرد هنوز در کلیه زمینه‌ها مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به تحقیقات و پیگیری‌های انجام‌شده، پژوهشی داخلی در خصوص فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد در دسترس نبود. هم‌چنین تعداد انگشت‌شماری پژوهش خارجی در خصوص فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت گرفته بود که اثربخشی بر روی مادر سنجیده شده بود و جامعه آماری و متغیر وابسته پژوهش‌های مذکور با این پژوهش تفاوت زیادی داشت. در زیر برای بررسی همسویی پژوهش به بیان نظریه‌هایی پرداخته می‌شود که تا حدود زیادی با فرضیه پژوهش هم‌راستا می‌باشد.

با توجه به نظر هاروی و تیلور (۲۰۱۰)، حل مشکلات روان‌شناختی کودک وابسته به محیط عاطفی خانواده است. هم‌چنین می‌توان نتیجه پژوهش را با نتیجه پژوهش دانش، تکریمی و نفیسی^{۴۶} (۱۳۸۶) بر روی ۳۵۰ دانش‌آموز شهر کرج همسو دانست، در این پژوهش مشخص گردیده که انواع شیوه‌های فرزندپروری والدین بر میزان افسردگی دانش‌آموزان دختر و پسر متفاوت است. هم‌چنین بر اساس این پژوهش آموزش و هدایت والدین توسط کارشناسان، برای استفاده از شیوه‌های فرزندپروری قاطعانه به افزایش اعتمادبه‌نفس فرزند و سلامت روحی و روانی وی منجر می‌شود. از سوئی، بنا به نظریه‌های مرکز کودکان با نیازهای خاص بیمارستان سیاتل (۲۰۱۰)، برونگارد و لوماندر (۲۰۰۷)، راتر و تیلور (۲۰۰۵)، سیگل و هارتزل، ترجمه اسفاری و شهرآرای (۱۳۹۰) و سیتچی (۲۰۱۰)، نقش والدین و تعامل آن‌ها با کودک بر آسیب‌های روان‌شناختی، رفتار و شخصیت کودک تأثیرگذار است. هم‌چنین نتیجه پژوهش رحمانی و محب^{۴۷} (۱۳۹۰)، در مورد فرزندپروری و جو عاطفی خانواده کودکان دچار اضطراب فراگیر و کودکان فاقد اضطراب نشان داد شیوه‌های تربیتی والدین و هم‌چنین جو عاطفی خانواده، بر سلامت روانی و احساسی کودک مؤثر است.

با توجه به این که خانواده عاشق در رویکرد فرزندپروری پذیرش و تعهد تا حدود زیادی با فرزندپروری مقتدرانه بامریند^{۴۸} هم‌خوانی دارد، می‌توان به نتیجه پژوهش شفیع‌پور، شیخی، میرزایی و کاظم‌نژاد^{۴۹} (۱۳۹۲) اشاره نمود. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد فرزندپروری مقتدرانه که با ترکیبی از کنترل به همراه حمایت عاطفی بالا، سطوح مناسبی از استقلال و ارتباط دوسویه کودک و والدین مشخص می‌گردد، نقش مهمی در پیشگیری از مشکلات رفتاری در کودکان دارد، هم‌چنین سبک سهل‌گیرانه که با نظارت کم و بی‌تفاوتی والدین نسبت به رفتار کودک مشخص می‌گردد، می‌تواند به بروز مشکلات رفتاری در کودکان منجر گردد.

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

پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی با تعداد نمونه بیشتری صورت گیرد و اثربخشی رویکردهای مختلف فرزندپروری بر روی کودکان ایرانی مقایسه شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد جهت تأیید نتایج این پژوهش، پژوهشی مشابه در این زمینه صورت گیرد و اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی کودکان مبتلا به شکاف لب و کام بررسی گردد. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد اثربخشی این آموزش به هر دو والد بر افسردگی کودک مورد سنجش قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره نمود: تعداد محدود جامعه آماری در دسترس است؛ هم‌چنین ناهم‌خوان بودن برخی از تکنیک‌ها و استعاره‌های اصلی رویکرد پذیرش و تعهد با فرهنگ و سطح سواد مادران بود که در این خصوص بعضاً نیاز به بومی‌سازی بود؛ هم‌چنین مطرح کردن تعارضات زناشویی بین والدین توسط مادر در بعضی از جلسات، روند جلسات را با کندی مواجه می‌نمود.

پی‌نوشت‌ها

1. Cleft Lip and Palate
2. Neville, Damm, Allen & Bouquet
3. The Center for Children with Special Needs of Seattle Children's Hospital
4. Brunnegard & Lohmander
5. Rutter & Taylor
6. Roshan, Agha Yousefi, Alipour & Rezaie
7. Resilience
8. Siegel & Hartzell
9. Cicchetti
10. Ahadi & Mohseni
26. Depression
27. Butcher, Hooley & Mineka
28. Desousa, Devare & Ghanshani
29. Hunt, Burden, Hepper, Stevenson & Johnston
30. Dadsetan
31. Harvey & Taylor
32. Single Subject Research
33. Cipani
34. Kazdin
35. Gall, Borg & Gall
36. Children's Depression Inventory

11. Jahanbakhs, Khoshkonesh & Heidari
12. Parenting
13. Acceptment and Commitment
14. Stress
15. Coyne & Murrell
16. Bach & Moran
17. Here and now
18. Brown, Whittingham, Boyd, McKinlay & Sofronoff
19. Hayes & Strosahl
20. Haji Seyedrazi, Azkhosh, Tahmassian, Bayat & Biglarian
21. Faghihi & Kajbaf
22. Ahmadi
23. Danesh, Nikoomanesh, Saliminiya, Sabeghi & Shamshiri
24. Fabiano
25. Danesh, Hakimi, Shamshiri & Saliminiya
37. Kovacs
38. Smacker, Craighead, Craighead & Green
39. Logan, Claar, Guite, Zuck, Jordan, ... & Zhou
40. Ivarsson, Svalander & Litlere
41. Rajabi & Atari
42. Dehshiri, Najafi, Sheykhi & Habibi Asgarabad
43. Parenting Program Based on acceptance & commitment
44. Butler
45. Farahani, Abedi, Agha Mohammadi & Kazemi
46. Danesh, Takrimi & Nafisi
47. Rahmani & Moheb
48. Baumrind
49. Shafipour, Sheikhi, Mirzaei & Kazemzhad

منابع

- احدی، ح.، و محسنی، ن. (۱۳۸۸). روان‌شناسی رشد: مفاهیم بنیادی در روان‌شناسی نوجوانی و جوانی. تهران: جیحون.
- احمدی، س. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های فرزندپروری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین، منبع کنترل و مهارت‌های اجتماعی کودکان دختر مقطع ابتدایی شهر خرم‌آباد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، واحد خوراسگان.
- باچر، ج.، هولی، ج.، و مینکا، س. (۲۰۱۴). آسیب‌شناسی روانی، بر اساس *DSM5*. ترجمه ی. سیدمحمدی (۱۳۹۴). جلد ۲. تهران: ارسباران.
- باخ، پ. ا.، و موران، د. ج. (۲۰۰۸). اکت در عمل: مفهوم‌پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد، ترجمه س. کمالی و ن. کیان-راد (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.
- جهانبخش، م.، خوش‌کنش، ا.، حیدری، م. (۱۳۹۲). مقایسه کمال‌گرایی سالم و ناسالم و تیپ شخصیتی A در سبک‌های فرزندپروری ادراک شده دانشجویان. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۹(۳)، ۳۸۱-۳۵۹.
- حاجی‌سیدرضی، ح.، ازخوش، م.، طهماسبیان، ک.، بیات، م. و بیگلریان، ا. (۱۳۹۱). معناداری اثربخشی آموزش والدین کودکان نافرمان بر روش‌های فرزندپروری مادران و مشکلات رفتاری کودکان. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۸(۳۲)، ۳۸۸-۳۷۴.
- دادستان، پ. (۱۳۹۰). روان‌شناسی تحولی مرضی: از کودکی تا بزرگسالی. جلد اول. تهران: سمت.
- دانش، ع.، تکرمی، ز.، و نفیسی، غ. ر. (۱۳۸۶). نقش شیوه‌های فرزندپروری والدین در میزان افسردگی فرزندان‌شان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱(۲)، ۱۴۰-۱۲۶.
- دانش، ع.، حکیمی، ز.، شمشیری، م.، و سلیمی‌نیا، ن. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت رفتار به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی کودکان آن‌ها. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۹(۳۲)، ۴۱-۲۵.
- دانش، ع.، نیکومنش، ن.، سلیمی‌نیا، ن.، سابقی، ل.، و شمشیری، م. (۱۳۹۳). رابطه صفات شخصیتی مادران با کمال‌گرایی دختران نوجوان آن‌ها. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۸(۳۲)، ۷۸-۶۳.

دهشیری، غ. ر.، نجفی، م.، شیخی، م.، و حبیبی عسگرآباد، م. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI). *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۵(۲)، ۱۷۷-۱۵۹.

رجبی، غ. ر. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی (CDI) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ سال. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۳۷(۲)، ۴۶-۲۳.

رجبی، غ. ر.، و عطاری، ی. (۱۳۸۲). تحلیل عاملی سوال‌های پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان. *فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۹ و ۱۰، ۱۰۲-۸۳.

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

روشن، م.، آقاییوسفی، ع. ر.، علیپور، ا.، و رضایی، ا. (۱۳۹۴). اثربخشی مقابله درمانگری مادران بر مشکلات عاطفی - رفتاری و رفتار جامعه‌پسند کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۳۶)، ۱۷-۱.

سیگل، د. ج.، و هارتزل، م. (۲۰۱۲). *رویکردی نوین در فرزندپروری: از درون به بیرون*. ترجمه م. شهرآزای و م. اسفاری (۱۳۹۰). تهران: آسیم.

شفیع پور، س. ز.، شیخی، ع.، میرزایی، م.، و کاظم‌نژاد، ا. (۱۳۹۲). سبک‌های فرزندپروری و ارتباط آن با مشکلات رفتاری کودکان. *پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۷۶(۲۵)، ۵۶-۴۹.

فراهانی، ح.، عابدی، ا.، آقامحمدی، س.، و کاظمی، ز. (۱۳۹۲). *روان‌شناسی طرح‌های منفرد در علوم رفتاری و پزشکی (رویکرد کاربردی)*. تهران: روان‌شناسی و هنر.

فقیهی، م. ص.، و کجباغ، م. ب. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادران بر عزت نفس کودکان دچار شکاف لب و کام: پژوهش مورد منفرد. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۴۰)، ۴۷۶-۴۵۳.

گال، م.، بورگ، و.، و گال، ج. (۲۰۰۳). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی*. جلد اول. ترجمه ا. ر. نصر و همکاران (۱۳۹۰). تهران: سمت.

- Ahadi, H., & Mohseni, N. (2010). *[Developmental Psychology: basic concepts in psychology teen and young adult]*. Tehran: Jeyhoon Publication [in Persian].
- Ahmadi, S. (2016). *The effectiveness of parenting programs based on acceptance and commitment on parenting styles, parental psychological flexibility, locus of control and social skills girls primary schools in Khorramabad*. Master thesis in Psychology, Islamic Azad University of Isfahan [in Persian].
- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. (S. Kamali & N. Kiyarad, Trans.). Tehran: Arjmand [in Persian].
- Brown, B. F., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2014). Improving child and parenting outcomes following paediatric acquired brain injury: a randomised controlled trial of Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(10), 1172-1183.
- Brunnegard, K., & Lohmander, A. (2007). A cross-sectional study of speech in 10 year old children with cleft palate: results and issues of rater reliability. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 44, 33-44.
- Butcher, J. N., Hooley, J. M., & Mineka, S. (2014). *Abnormal Psychology* (Y. Seyed Mohammadi, Trans.). Vol 1. Tehran: Arass Baran Publication [in Persian].
- Butler, k. (2015). *Parenting Programs in the ACT*. Nigeria: Families ACT.
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9(3), 145-154.
- Cipani, E. (2009). *Practical Research Methodes for Educators*. New York: Springer.

- Coyne, L. W., & Murrell, A. R. (2009). *The joy of parenting: an acceptance & commitment therapy guide to effective parenting in the early years*. 1st Ed. Oakland: New Harbinger Publications.
- Dadsetan, P. (2012). [*Developmental Psychopathology: From Infancy through Adulthood*]. Vol 1. Tehran: SAMT Publication [in Persian].
- Danesh, E., Hakimi, Z., Shamshiri, M., & Saliminiya, N. (2015). [Effectiveness of behavior management skills training to mothers on reducing the symptoms of Attention Deficiency/ Hyper Activity disorder in their children]. *Journal of Applied Psychology*, 9(34), 25-41 [in Persian].
- Danesh, E., Nikoomanesh, N., Saliminiya, N., Sabeghi, L., & Shamshiri, M. (2015). [The relationship between mothers' personality traits with perfectionism in their adolescent daughters]. *Journal of Applied Psychology*, 8(32), 63-78 [in Persian].
- Danesh, E., Takrimi, Z., & Nafisi, Gh. (2007). [Role of parents' parenting styles on their children's depression]. *Journal of Applied Psychology*, 1(2), 126-140 [in Persian].
- Dehshiri, Gh. R., Najafi, M., Shikhi, M., & Habibi Askarabad, M. (2009). [Investigating Primary Psychometric Properties of Children's Depression Inventory (CDI)]. *Journal of Family Research*, 5(2), 159-177 [in Persian].
- Desousa, A., Devare, Sh., & Ghanshani, J. (2009). Psychological issues in cleft lip and cleft palate. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*, 14(2), 55-58.
- Fabiano, G. A. (2007). Father participation in behavioral parent training for ADHD: Review and recommendations for increasing inclusion and engagement. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 683-693.
- Faghihi, M. S., & Kajbaf, M. B. (2017). [Effectiveness of ACT based parenting training to mothers on the self-esteem of children with cleft lip and palate: A single subject study]. *Journal of Applied Psychology*, 4(40), 453-476 [in Persian].
- Farahani, H., Abedi, A., Agha Mohammadi, S., Kazemi, Z. (2014). [*Psychology of Single Studies in Behavioral and Medical Science: functional approach*]. Tehran: Ravanshenasi va Honar Publication [in Persian].
- Gall, M. D., Borg, W. R. & Gall, J. P. (2003). *Educational Research: An Introduction* (A. R. Nasr, Trans.). Vol 1. Tehran: Samt Publication [in Persian].
- Haji Seyedrazi, H., Azkhosh, M., Tahmasian, K., Bayat, M. & Biglarian, A. (2013). [The efficacy of "parenting the strong-willed child" program for mothers' parenting practices and children's behavioral problems]. *Journal of Family Research*, 8(4), 373-390 [in Persian].
- Haryey, S. T., & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30, 517-535.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A Practical guid to acceptance and commit-ment therapy*. New York: Springer.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., Stevenson, M., Johnston, C. (2006). Self-Reports of Psychosocial Functioning Among Children and Young Adults With Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 43(5), 598-605.
- Ivarsson, T., Svalander, P., & Litlere, O. (2006). The children depression inventory (CDI) as measure of depression in Swedish adolescents: A normative study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(3), 220 -226.
- Jahanbakhsh, M., Khoshkonesh, A., & Heidari, M. (2013). [The Comparison of Healthy and Unhealthy Perfectionism and Type A Personality in the Perceived Parenting Styles in University Students]. *Journal of Family Research*, 9(3), 359-381 [in Persian].
- Kazdin, A. E. (2016). *Research design in clinical psychology*. 5th Ed. United Kingdom: Pearson PLC.

- Khabaz, M., Behjati, Z., & Naseri, M. (2012). [The relationship between social support and coping with resiliency in adolescent boys]. *Journal of Applied Psychology*, 5(20), 108-123 [in Persian].
- Kovacs, M. (1981). The children's depression inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- Logan, D. E., Claar, R. L., Guite, J. W., Zuck, S. K., Jordan, L. A., ... & Zhou, C. (2013). Factor Structure of the Children's Depression Inventory in a Multisite Sample of Children and Adolescents with Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 14(7), 689-698.
- Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., Bouquot, J. E. (2016). *Oral and Maxillofacial Pathology*. 4th Ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Rahmani, P., & Moheb, N., (2011). [A comparison of child rearing method and affective climate of a family a child suffering from free floating anxiety and those without anxiety]. *Journal of Educational Sciences*, 4(13), 67-78 [in Persian].
- Rajabi, Gh. R. (2007). [An Investigation of Reliability and Validity of Child Depression Inventory (CDI) in 13 to 15 years old adolescents]. *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 37(2), 23-46 [in Persian].
- Rajabi, Gh. R., & Atari, Y. A. (2004). [Factor analysis of Children's Depression Inventory]. *Journal of Counseling Research*, 3(9-10), 83-102 [in Persian].
- Roshan, M., Agha Yousefi, A. R., Alipour, A. & Rezaie, A. (2015). Effectiveness of Interaction Therapy of Mothers on Children's Affectional-behavioral Problems and Socially Approved Behaviors. *Journal of Applied Psychology*, 9(36), 1-17 [in Persian].
- Rutter, M., & Taylor, E. A. (2005). *Child and Adolescent Psychiatry*. USA: Wiley-Blackwell.
- Shafipour, S. Z., Sheikhi, A., Mirzaei, M., & Kazemnezhad, E. (2015). [Parenting styles and its relation with children behavioral problems]. *Holistic Nursing and Midwifery Journal*, 25(2), 49-56 [in Persian].
- Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2012). *Parenting from the Inside Out* (M. Asfari, & M. Shahr Aray, Trans.). Tehran: Asim Publication [in Persian].
- Smacker, M. R., Craighead, E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the Children Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 25-39.
- The Center for Children with Special Needs Seattle Children's Hospital, Seattle, W. A. (2010). *Cleft Lip and Palate: Critical elements of care*.