

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب و خودکارآمدی کودکان مضطرب: مطالعه‌ای موردی با خط پایه ناهم‌زمان

سمیه نکویی^۱، ذبیح‌اله عباسپور^۲، امین کرابی^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب و خودکارآمدی کودکان بود. جامعه آماری پژوهش کودکان مضطرب ۸ تا ۱۲ ساله شهر اهواز بود. نمونه پژوهش شامل ۳ کودک مضطرب بودند که با فراخوان در گروه‌های مدارس و مراکز مشاوره شهر اهواز و با توجه به نقطه برش پرسش‌نامه تشخیص اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان و مصاحبه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش از طرح پژوهشی تک‌موردی با خط پایه ناهم‌زمان استفاده شد. پروتکل درمان شناختی - رفتاری طی شانزده 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 بهبود و ترسیم دیداری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که در مرحله درمان شرکت‌کننده‌ها در متغیر اضطراب (۳۰/۹۶ درصد) و در متغیر خودکارآمدی (۲۸/۱۳ درصد) بهبود پیدا کردند و این بهبود تا مرحله پیگیری ادامه داشت؛ متغیر اضطراب ۳۵/۷۷ درصد و در متغیر خودکارآمدی ۳۱/۳۱ درصد. همچنین شاخص تغییر پایای هر دو متغیر در مرحله پس از درمان و پیگیری معنادار ($Z=1,96$ و سطح معناداری ۰/۰۵) بود. بنابراین درمان شناختی - رفتاری با افزایش آگاهی و مهارت‌ها و کاهش دادن واکنش‌های ناکارآمد باعث کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی کودکان می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، اضطراب کودکان، خودکارآمدی کودکان.

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

(z.abaspour@scu.ac.ir) نویسنده مسئول

۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety and Self-efficacy of anxious children: A Case Study with an Asynchronous Baseline

Somayeh Nekooei¹

Zabihollah Abbaspour²

Amin Koraei³

Abstract

The aim of the current study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on anxiety and self-efficacy of anxious children. The statistical population consisted of anxious children of 8 to 12 years old in Ahvaz. The research sample consisted of 3 anxious children who were selected by summon on consultant centers and schools according to the results of the Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and purposeful sampling method. In this research, a single-case experimental design with asynchronous baseline was used. The cognitive-behavioral therapy protocol was done in 16 sessions. The data were gathered in three phases of basic lines, during the therapy, and one month follow-up. Data were analyzed by reliable change index, recovery percentage, and visual drawing. The findings indicated that the participants recovered during the therapy of anxiety (%30.96) and self-efficacy (%28.13); the recovery continued up to follow-up for anxiety (%35.77) and self-efficiency (%31.31). The reliable change index for both components at follow-up was meaningful (%0.05). Therefore, the cognitive-behavioral therapy increases awareness and skills and decreases non-effective reactions, by which, it reduces anxiety and increases children's self-efficacy.

Keyword: Cognitive-Behavioral Therapy, Children Anxiety, Self-efficacy of children.

-
1. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University. Ahvaz, Iran.
 2. Assistant Professor, Department of Counseling, College of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran (corresponding author; z.abaspour@scu.ac.ir)
 3. Assistant Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University. Ahvaz, Iran.

مقدمه

اختلالات اضطرابی از جمله رایج‌ترین اختلالات روانی‌اند که با تجربه هیجان‌های منفی همراه هستند (زرانی و همکاران، ۱۳۹۶). پژوهشگران زیادی نشان دادند که اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات تجربه‌شده توسط کودکان هستند (آجا^۱، ۲۰۱۸، پلیستد^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). اضطراب دوران کودکی معمولاً همراه با ترس و نگرانی مورد بررسی قرار می‌گیرد، ترس‌ها و نگرانی‌ها در بین کودکان و نوجوانان بسیار رایج هستند آن‌ها در مقاطع مختلف رشد خود ۱۰ مورد یا بیشتر ترس و نگرانی دارند (موریس^۳ و همکاران، ۱۹۹۸؛ اولندریک^۴، ۱۹۸۳). اگرچه ترس و نگرانی را با روش‌های مختلفی اندازه می‌گیرند (برای مثال با گزارش بزرگسالان در مورد گذشته کودک، مصاحبه با کودکان و با نظرسنجی در زمینه ترس) ولی ترس‌ها و نگرانی‌ها در جریان رشد به دلیل رشد شناختی تغییر می‌کنند. پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه ترس کودکان، فهم ما از ترس‌های بهنجار کودکان (مثلاً فهم ما از سیر تحول ترس‌ها در جریان رشد و تفاوت‌های جمعیت شناختی در مورد محتوای ترس‌ها) را افزایش داده است (گالونی^۵، ۱۹۹۹). به‌طور کلی، کودکان زمانی مضطرب تشخیص داده می‌شوند که این حالت متناسب با سن آن‌ها نیست، افراطی است، طولانی‌مدت است و مانع عملکرد روزانه می‌شود. کودکان مضطرب تمایل دارند از رویارویی با شیء یا موقعیت ترس‌آور اجتناب کنند یا شرایط را با اضطراب زیاد تحمل کنند. کودکان مضطرب طیف وسیعی از علائم جسمی را تجربه می‌کنند، به‌طور معمول علائمی مانند ناراحتی قلبی و تنفسی، لرزش، سوزش یا لرز، احساس خستگی و عرق کردن (بیدل^۶ و همکاران، ۱۹۹۱). علائم دیگر مانند حالت تهوع، سردرد، خفگی و سرگیجه کم‌تر گزارش می‌شود (ناوتا^۷، ۲۰۰۵). کودکان مضطرب گزارش می‌دهند که کنترل ادراک‌شده کم‌تری بر پاسخ‌های عاطفی و جسمانی نسبت به عوامل استرس‌زا دارند (گینزبرگ^۸ و همکاران، ۲۰۰۴). علاوه‌براین، خانواده‌های دارای کودک مضطرب اختلال

1. Aja
2. Plaisted
3. Muris
4. Ollendick
5. Gulloni
6. Beidel
7. Nauta
8. Lambert & Drake

در بعضی از حیطه‌ها شامل صمیمیت کم‌تر (ارنریچ^۱ و همکاران، ۲۰۰۹)، کنترل رفتاری کم‌تر، حل ضعیف‌تر مشکلات و درگیری عاطفی کم‌تر را گزارش می‌دهند (هیوز^۲ و همکاران، ۲۰۰۸).

کودکان کم‌سن و سال مبتلا به اضطراب معمولاً در پژوهش‌های بالینی کم‌تر مطرح می‌شوند و به‌طور بالقوه اضطراب در کودکان اغلب توسط متخصصان بهداشت دست کم گرفته می‌شود، به‌دلیل این درک مشترک که در این جمعیت اضطراب رشدی، گذرا و بی‌خطر است (هیرشفلد - بک^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). با وجود این، اضطراب در دوران کودکی، احتمال مشکلات در زمینه مهارت‌های تحصیلی و اجتماعی و همچنین سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد و اغلب در صورت عدم درمان، پایدار باقی می‌ماند (سیمپل و لی^۴، ۲۰۰۸، به نقل از سوین^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر این، تاریخچه اضطراب دوران کودکی پیش‌زمینه‌ای برای افسردگی است و اضطراب و افسردگی در زندگی بعدی را پیش‌بینی می‌کند (روزا^۶ و همکاران، ۲۰۰۳، کاسپی^۷ و همکاران، ۱۹۹۶). اضطراب کودکان اگر درمان نشود می‌تواند مشکلات اساسی برای کودکان ایجاد کند. از این رو، درمان اضطراب کودکان می‌تواند نتایج زیادی برای کودکان داشته باشد. یکی از درمان‌هایی که برای کار با اضطراب کودکان مطرح است درمان شناختی - رفتاری است. این درمان به‌طور موفقیت‌آمیزی تکنیک‌های رفتاری (نظیر مواجهه و آرام‌سازی) مهارت‌های سازگاری شناختی (نظیر خودگویی مثبت) را برای درمان اضطراب کودکان به کار گرفته است. بخش رفتاردرمانی این شیوه از نظریه یادگیری گرفته شده و بر این فرض است که رفتار یادگیری شده می‌تواند به‌وسیله شرطی‌سازی کلاسیک یا عامل اصلاح شود و تغییر داده شود. بخش شناختی بر این عقیده بنا شده که همه رفتارهای بهنجار و نابهنجار آدمی تحت تأثیر فرایندهای شناختی هستند. این دو بخش در درمان ترکیب می‌شوند (کامپتون^۸ و همکاران، ۲۰۰۴). در این شیوه درمانی طیف گسترده‌ای از روش‌های

1. Ehrenreich
2. Hughes
3. Hirshfeld-Beck
4. Semple & Lee
5. Swain
6. Roza
7. Caspi
8. Compton

الگوسازی، اجرای نقش، تمرین رفتاری، تقویت مثبت، مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش آرمیدگی، حل مسئله، بازسازی شناختی و مواجهه به کار گرفته می‌شود. بیشتر بررسی‌های انجام شده در درمان کودکان مضطرب، روی کودکان هشت ساله و بالاتر انجام شده است و کم‌تر به بررسی تأثیر آن در کودکان زیر هفت سال پرداخته شده است (میلر و فینی^۱، ۲۰۰۳). کندال^۲ (۲۰۰۱) از جمله کسانی است که برای کودکان مضطرب برنامه درمانی خاصی از نوع درمان شناختی - رفتاری طراحی کرده است. درمان شناختی - رفتاری مورد نظر کندال و همکارانش چهار مؤلفه دارد: ۱) کودک مضطرب یاد می‌گیرد احساسات و نشانه‌های بدنی اضطراب را تشخیص دهد و بر این احساسات و نشانه‌ها واقف شود، ۲) می‌فهمد در وضعیت‌های اضطراب‌آور چه فکری دارد و یاد می‌گیرد فکری‌های خود را ارزیابی کند، ۳) مهارت‌های لازم برای حل مسئله، مثلاً برنامه‌ریزی برای کنار آمدن و اصلاح افکار اضطراب‌آور را کسب می‌کند و ۴) به خودش بابت مضطرب نشدن در وضعیت اضطراب‌آور پاداش می‌دهد و مضطرب نشدن خود را ارزیابی می‌کند. ساوتهام - گرو^۳ و همکاران (۲۰۰۱) نشان داده‌اند که این برنامه روی کودکانی که اختلالات اضطرابی دارند تأثیر می‌گذارد و تأثیرات این درمان ۱ تا ۳ سال باقی می‌ماند. بانیر^۴ و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری نتایج بالینی معناداری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان دارند. پژوهش سیلک^۵ و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که درمان شناختی - رفتاری ۷۱ درصد از کودکان دارای اضطراب را درمان می‌کند و احتمال کمی وجود دارد که کودکان دوباره دچار مشکلات اضطرابی شوند. سویگ^۶ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری فردی، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده و آموزش خانواده را برای درمان اضطراب کودکان ۷ تا ۱۴ ساله به کار بردند. نتایج نشان داد که هر سه روش در درمان اضطراب فراگیر، فوبی اجتماعی و اضطراب جدایی کودکان مؤثر بودند. همچنین سن و جنسیت نتایج درمان را تعدیل نمی‌کردند.

1. Miller & Finny
2. Candall
3. Southam -Grow
4. Banneyer
5. Silk
6. Suveg

خانا^۱ و کندال (۲۰۱۰) اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را بر اضطراب کودکان مورد بررسی قرار دادند نتایج نشان داد که ۸۱ درصد از کودکان در پایان درمان ملاک‌های تشخیص اختلال را نداشتند. نتایج فراتحلیل اولسون^۲ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که درمان شناختی - رفتاری در درمان اضطراب کودکان از متوسط تا بالا اثر بخش است. کارپنتر^۳ و همکاران (۲۰۱۸) اثر بخشی درمان شناختی را بر اضطراب کودکان با استفاده از روش خط پایه چند گانه مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که این درمان بر کاهش اضطراب اثر بخش است و این تأثیر تا مرحله پیگیری ادامه دارد. ضرغامی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه «گربه سازگار» را بر کاهش اضطراب کودکان مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که مداخله درمانی مبتنی بر برنامه شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب کودکان مؤثر است. پژوهش‌های بهرامی و همکاران (۱۳۹۸) و ظلی و نفریه (۱۳۹۸) نیز نشان دادند که درمان شناختی رفتاری اضطراب کودکان را کاهش می‌دهد.

اضطراب می‌تواند ابعاد مختلف روان شناختی کودکان را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از این ابعاد خود کارآمدی^۴ کودکان است. بندورا^۵ (۱۹۷۷) خود کارآمدی را قضاوت افراد در مورد توانایی‌هایشان برای سازمان‌دهی و انجام برخی از اعمال دانست که برای رسیدن به اهدافی خاص انتخاب کرده‌اند. خود کارآمدی به منزله یک متغیر، نقش بسزایی در برخورد فرد با مسائل زندگی دارد (براون و آنیوی^۶، ۲۰۰۵) و به منزله یک ویژگی شخصیتی پیش‌بینی کننده، قادر است در موقعیت‌های تحصیلی و آموزشی، عاملی اثر گذار باشد (سالامی و اوگادوکن^۷، ۲۰۰۹). پنتریچ و شانک^۸ (۲۰۰۲) معتقدند که خود کارآمدی متغیری 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 در آیند که فرد برانگیخته شود یا از انگیزه کافی برای عمل

1. Khana & Kendalle
2. Olsson
3. Carpenter
4. self.efficacy
5. Bandura
6. Brown & Anivy
7. Salami & Ogundokun
8. Pintrich & Schunk

کردن و نشان دادن آن یادگیری‌ها برخوردار باشد. به عبارت دیگر، خودکارآمدی یک متغیر اساسی در این انگیزش‌هاست و فرد را وامی‌دارد تا به کنش بپردازد. از نظر لفرانکوئیس^۱ (۱۹۹۵) خودکارآمدی بیشتر به عقاید یا باورهای فرد راجع به تأثیرگذاری شخصی اشاره دارد و بر نحوه شرکت افراد در فعالیت‌ها، تلاش در کارها و ادامه آن فعالیت‌ها و کارها تأثیر دارد (شانک^۲، ۱۹۹۱). براساس 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 شود.

دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که بی‌توجهی به مسائل و مشکلات عاطفی - روانی این دوران، ناسازگاری‌ها و اختلالات روانی در نوجوانی و بزرگسالی را موجب خواهد شد. با توجه به این واقعیت، درمان مشکلاتی مانند اضطراب در همان کودکی، برای جلوگیری از تداوم آن در طول زندگی حائز اهمیت است؛ و از آنجایی که کودکان بیشترین احتمال ابتلا به اضطراب را دارند انجام پژوهش‌های اثربخش برای این جمعیت مضطرب بسیار ضروری به نظر می‌رسد (واتسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین توجه به اثرات کوتاه مدت و بلندمدت اضطراب بر کودکان، این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا درمان شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی کودکان مؤثر است؟

روش

مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک‌موردی استفاده شده است. از بین طرح‌های آزمایشی تک‌موردی در پژوهش حاضر از طرح خط پایه چندگانه ناهم‌زمان استفاده شد، زیرا این نوع از طرح‌ها، ابزار پژوهشی مناسبی برای کارهای عملی بالینی در تعیین اثربخشی مدل‌های درمانی بالینی است (هیز^۴ و همکاران، ۱۹۹۹). در این گونه طرح‌ها شرایط

-
1. Lefrancois
 2. Schunk
 3. Watson
 4. Hayes

آزمایشی به دقت کنترل می شود و متغیر مستقل نیز به طور منظم در مورد شرکت کننده‌ها اعمال می شود. از این رو طرح‌های آزمایشی تک‌موردی نسبت به بررسی‌های موردی از نظر کنترل شرایط ناخواسته مناسب‌ترند.

جامعه آماری این پژوهش شامل کودکان دارای اضطراب ۸ تا ۱۲ ساله شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ بودند. از این تعداد ۳ کودک به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و براساس مصاحبه و نمره مقیاس تجدیدنظرشده پرسش‌نامه 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 شد. افراد پس از هماهنگی جهت مصاحبه در مرکز حضور می‌یافتند، پس از مصاحبه با کودکان و والدین، و پر کردن ابزار تشخیصی نمونه موردنظر انتخاب شدند. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج توسط کودکان و مادران و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط مادران، کودکان وارد مرحله خط پایه شدند. ملاک‌های ورود عبارت‌اند از: زندگی در شهر اهواز، وجود اضطراب در کودک براساس مصاحبه و کسب نمره ۳۰ یا بالاتر در پرسش‌نامه 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.

برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، شرکت‌کننده‌ها به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان شدند. به این نحو که شرکت‌کننده اول پس از دو جلسه سنجش در مرحله خط پایه یعنی از هفته سوم وارد جلسه اول درمان شدند، و بعد از آن شرکت‌کننده دوم در جلسه دوم شرکت‌کننده اول وارد جلسه اول درمان شد، شرکت‌کننده سوم نیز در جلسه دوم شرکت‌کننده دوم و جلسه سوم شرکت‌کننده اول، وارد جلسه اول درمان شدند. در فرایند انجام جلسات درمانی، تمام پرسش‌نامه‌ها در پایان جلسات ۴، ۸، ۱۲، ۱۶ و یک ماه پس از درمان تکمیل شدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها تحلیل آن‌ها با استفاده از شاخص تغییر پایا، ترسیم دیداری و درصد بهبود انجام شد. جدول ۱ فرایند درمان را نشان می‌دهد.

جدول ۱ فرایند درمان

درمان شناختی رفتاری			گروه
شرکت کننده سوم	شرکت کننده دوم	شرکت کننده اول	شرکت کننده‌ها
خط پایه اول	خط پایه اول	خط پایه اول	مرحله اول
خط پایه دوم	خط پایه دوم	خط پایه دوم	مرحله دوم
خط پایه سوم	خط پایه سوم	ورود به درمان	مرحله سوم
خط پایه چهارم	ورود به درمان	جلسه دوم درمان	مرحله چهارم
جلسه اول درمان	جلسه دوم درمان	جلسه سوم درمان	مرحله پنجم (پس آزمون اول)
جلسه چهارم	جلسه چهارم	جلسه چهارم	مرحله ششم (پس آزمون اول)
جلسه هشتم	جلسه هشتم	جلسه هشتم	مرحله هفتم (پس آزمون دوم)
جلسه دوازدهم	جلسه دوازدهم	جلسه دوازدهم	مرحله هشتم (پس آزمون سوم)
جلسه شانزدهم	جلسه شانزدهم	جلسه شانزدهم	مرحله نهم (پس آزمون چهارم)
	یک‌ماه پس از درمان	یک‌ماه پس از درمان	مرحله دهم (پیگیری)

ابزارها

در پژوهش حاضر، برای بررسی متغیرهای مورد مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد. پرسش‌نامه تشخیص اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان ابزاری خود گزارشی است که بیرماهر و همکاران آن را به منظور ارزیابی علائم اختلالات اضطرابی طبق معیارهای ویرایش چهارم دیاسام در کودکان ۸ تا ۱۸ ساله ساخته‌اند و شامل دو نسخه والدین و کودکان است (بیرماهر^۱ و همکاران، ۱۹۹۹). این مقیاس 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 پنج‌درجه‌ای مشخص کنند که

1. Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)
2. Birmaher

هریک از علائم را به چه میزانی تجربه می‌کنند. در زمینه روایی این پرسش‌نامه، سو^۱ و همکاران (۲۰۰۸) در یک مطالعه روی ۱۵۵۹ دانش‌آموز در کشور چین گزارش کرده‌اند که مقیاس اصلی و زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه با مقیاس چک‌لیست رفتار کودک هم‌بستگی بالایی دارد که این مطلب بیانگر روایی همگرایی این پرسش‌نامه است. 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 ۰/۹۳ و ۰/۸۳ 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 پرسش‌نامه اضطراب آشکار کودکان معنی‌دار (۰/۶۰) گزارش شد.

مقیاس خودکارآمدی - کودکان^۲: مقیاس خودکارآمدی - کودکان در سال ۱۹۸۲ توسط ویلر و لد^۳ به منظور بررسی خودکارآمدی کودکان دبستانی در روابط اجتماعی که با همسالان خود دارند طراحی شده است. هر گویه این مقیاس بیانگر یک موقعیت اجتماعی است که به صورت جمله 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 کند. نمره خودکارآمدی برای هر شرکت‌کننده با محاسبه مجموع نمرات اختصاص یافته به وی در هر کدام از گزینه‌ها به دست می‌آید. بدین‌سان، دامنه نمره از حداقل نمره ممکن از ۲۲ تا ۸۸ است. در این مقیاس، نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است. آن‌ها هم‌بستگی گویه‌ها با نمره 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 و بار عاملی گویه‌ها را از ۰/۳۲ تا ۰/۹۰ گزارش کردند. حسین چاری (۱۳۸۶) این مقیاس را در ایران اعتباریابی کرد. وی آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۷ گزارش کرد و برای تعیین روایی سازه مقیاس از روش تحلیل عوامل با مؤلفه‌های اصلی استفاده کرد. مقدار KMO ۰/۹۰ و خی دو برابر با ۲,۴۲ به دست آمد که در سطح $p=0/01$ معنی‌دار بود. وی همچنین بار عاملی گویه‌ها را از ۰/۴۶ تا ۰/۶۶ گزارش کرد.

1. Su
2. Children's Self.Efficacy Scale
3. Wheeler & Ladd

پروتکل درمانی

درمان شناختی - رفتاری برنامه درمانی ۱۶ جلسه‌ای است که کندال و هدک^۱ در سال ۲۰۰۶ برای کار با کودکان مضطرب تدوین کرده‌اند. جدول ۲ پروتکل درمانی را نشان می‌دهد.

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط و آشنایی با اهداف درمان، جمع‌آوری اطلاعات درباره موقعیت‌هایی که کودک را مضطرب می‌کنند و واکنش‌هایی که کودک و احساس‌های مرتبط با اضطراب نشان می‌دهد.
جلسه دوم	مرور خلاصه اهداف درمان، کمک به کودک برای شناخت احساسات مختلف و تشخیص تمایز احساس اضطراب/نگرانی از احساسات دیگر، طبیعی جلوه دادن احساس ترس و اضطراب، شروع طراحی سلسله‌مراتب موقعیت‌های اضطراب‌زا
جلسه سوم	مرور افتراق احساس نگرانی/ اضطراب از سایر احساس‌ها. آموزش بیشتر درباره پاسخ‌های بدنی اضطراب و شناسایی پاسخ‌های بدنی خاص کودک به احساس اضطراب.
جلسه چهارم	(اولین جلسه با والدین) تشویق والدین برای همکاری در برنامه درمانی، پاسخ به سؤالات والدین
جلسه پنجم	مروری بر سرنخ‌های جسمانی تنش و نگرانی در کودک. آشنایی با تمرین آرمیدگی و به‌کارگیری آن در کاهش تنش عضلانی همراه با اضطراب.
جلسه ششم	توضیح درباره کارکرد اهداف شخصی و تأثیر آن‌ها در پاسخ به موقعیت‌های اضطراب‌زا، کمک به کودک برای شناسایی خودگویی‌های خود (انتظارات، پرسش‌های خودآیند و اسنادها) در موقعیت‌های اضطراب‌زا، کمک به کودک برای ساختن خودگویی‌های سازگارانه و به‌کارگیری آن‌ها.
جلسه هفتم	مرور مفهوم خودگویی اضطراب‌زا و تشویق کودک برای تغییر خودگویی‌های اضطراب‌زا به خودگویی‌های سازگارانه، آشنایی با مفهوم حل مسئله و کاربرد آن در مدیریت بهتر اضطراب، مرور تمرین آرمیدگی.
جلسه هشتم	آشنایی با مفهوم ارزیابی یا درجه‌بندی عملکرد خود و پاداش‌دهی به خود براساس تلاش و عملکرد مرور مهارت‌های قبلی، تکمیل مراحل چهارگانه برنامه سازگاری با ترس به منظور کاربرد آن‌ها در موقعیت‌های اضطراب‌زا و شروع تمرین در موقعیت‌های بدون تنش.

جلسات	محتوای جلسات
جلسه نهم	(دومین جلسه ملاقات با والدین) تشویق تداوم همکاری والدین در برنامه درمانی، پاسخ به پرسش‌های والدین و گفت‌وگو درباره نگرانی‌ها و نظرات آن‌ها.
جلسه دهم	تمرین برنامه چهارمرحله‌ای سازگاری با ترس در موقعیت‌هایی با اضطراب کم با استفاده از مواجهه تجسمی و واقعی.
جلسه یازدهم	تمرین به کارگیری مهارت‌های مقابله با اضطراب در موقعیت‌هایی که سطوح پایینی از اضطراب را در کودک ایجاد می‌کنند.
جلسه دوازدهم	تمرین به کارگیری مهارت‌های مقابله با اضطراب به صورت تجسمی و واقعی در موقعیت‌هایی که سطح متوسطی از اضطراب را در کودک ایجاد می‌کنند.
جلسه سیزدهم	تمرین به کارگیری مهارت‌های مقابله با اضطراب به صورت واقعی در موقعیت‌هایی که سطح متوسطی از اضطراب را در کودک ایجاد می‌کنند.
جلسه چهاردهم	تمرین به کارگیری مهارت‌های مقابله با اضطراب به صورت تجسمی و واقعی در موقعیت‌هایی که سطح بالایی از اضطراب را در کودک ایجاد می‌کنند.
جلسه پانزدهم	تمرین به کارگیری مهارت‌های مقابله با اضطراب در موقعیت‌هایی که سطح بالایی از اضطراب را در کودک ایجاد می‌کنند.
جلسه شانزدهم	تمرین تکالیف مواجهه در موقعیت‌هایی با اضطراب زیاد، ساخت یک آگهی تبلیغاتی و به پایان رساندن درمان

یافته‌ها

جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها را نشان می‌دهد

جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها در درمان

شرکت‌کننده	جنسیت کودک	پایه تحصیلی	سن کودک	تحصیلات مادر	تحصیلات پدر
اول	دختر	چهارم	۱۰	کاردانی	کارشناسی
دوم	دختر	دوم	۸	کارشناسی	کارشناسی ارشد
سوم	پسر	سوم	۹	کارشناسی ارشد	کارشناسی

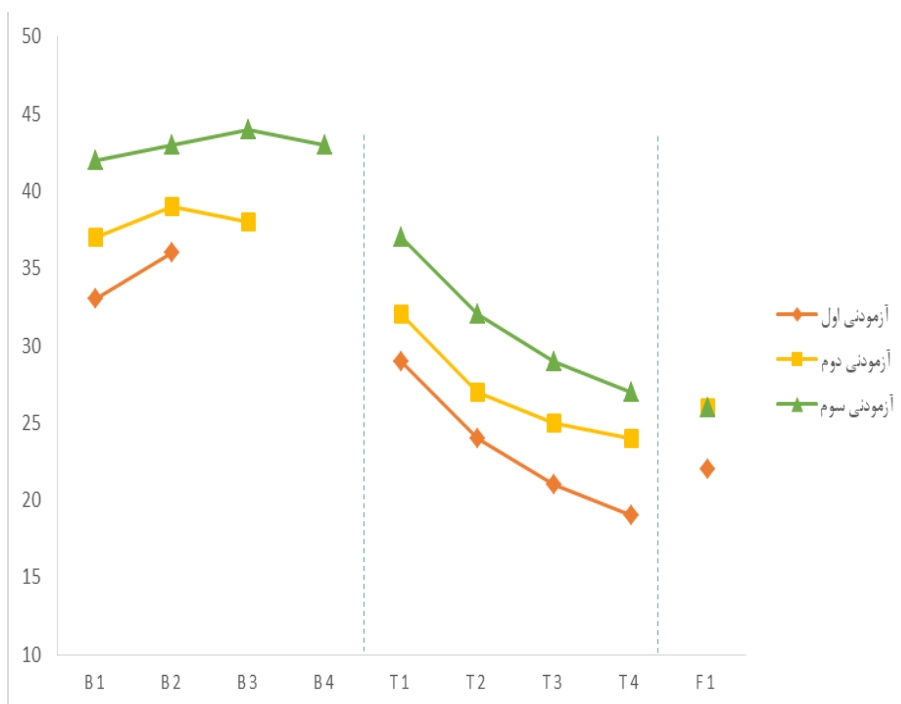
جدول ۴ نمرات شرکت‌کننده‌ها را متغیر اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبود در مرحله درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۴ روند تغییر نمرات کودکان در متغیر اضطراب

شرکت کننده دوم		شرکت کننده اول		مراحل درمان
۴۲	۳۷	۳۳		خط پایه اول
۴۳	۳۹	۳۶		خط پایه دوم
۴۴	۳۸	-		خط پایه سوم
۴۳	-	-		خط پایه چهارم
۴۳	۳۸	۳۴/۵		میانگین مراحل خط پایه
۳۷	۳۲	۲۹		جلسه چهارم
۳۲	۲۷	۲۴		جلسه هشتم
۲۹	۲۵	۲۱		جلسه دوازدهم
۲۷	۲۴	۱۹		جلسه شانزدهم
۳۱/۲۵	۲۷	۲۳/۲۵		میانگین مراحل درمان
۳	۲/۷۹	۲/۸۵		شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۷/۳۲	۲۸/۹۴	۳۲/۶۸		درصد بهبود پس از درمان
	۲۹/۶۵			درصد بهبود کلی پس از درمان
		پیگیری		
۲۶	۲۶	۲۲		پیگیری یک ماهه
۴/۳۱	۳/۰۴	۳/۱۷		شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۳۹/۵۳	۳۱/۵۷	۳۶/۲۳		درصد بهبود پیگیری
	۳۵/۷۷			درصد بهبود کلی مرحله پیگیری

همان گونه که ملاحظه می شود میانگین اضطراب نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) کاهش یافته است. همچنین مقدار شاخص تغییر پس از درمان برای هر سه شرکت کننده (اول، دوم و سوم) بالاتر از ارزش Z یعنی $1/96$ است، بنابراین با اطمینان 95 درصد می توان گفت که بهبود حاصل شده برای این شرکت کننده ها ناشی از مداخله درمانی است. همچنین میزان درصد بهبود در مرحله درمان برای هر سه شرکت کننده بالاتر از 25 درصد است که بیانگر معنادار بودن میزان بهبود است. مقدار شاخص تغییر پایا در مرحله پیگیری برای هر سه شرکت کننده (اول، دوم و سوم) بالاتر از ارزش Z یعنی $1/96$ است، همچنین میزان درصد بهبود در مرحله پیگیری برای هر سه شرکت کننده بالاتر از 25 درصد است. بنابراین ماندگاری تغییرات متغیر اضطراب برای هر سه شرکت کننده از نظر بالینی معنادار بوده است. نمودار ۱ تحلیل دیداری داده های به دست آمده از درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد مربوط به سه شرکت کننده را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در متغیر اضطراب نشان می دهد.



نمودار ۱ روند تغییر نمرات کودکان در متغیر اضطراب

نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های اضطراب کودکان را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نشان می دهد. با توجه به اینکه حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح سه نقطه است (گاینور^۱ و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از افشار و همکاران، ۱۳۹۹). در مرحله درمان برای هر شرکت کننده چهار نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه پایین تر از خط سطح قرار گرفته است. بنابراین، می توان گفت که تغییر نمره‌های اضطراب به صورت نظام دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود در رابطه با درمان شناختی - رفتاری، همان طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش بینی می شد در جهت مثبت و به صورت کاهشی باشد که برای هر سه شرکت کننده در متغیر اضطراب نتایج به همین صورت گزارش شده است. جدول ۵ نمرات شرکت کننده‌ها را در

1. Gaynor, Baird, & Nelson.Gray

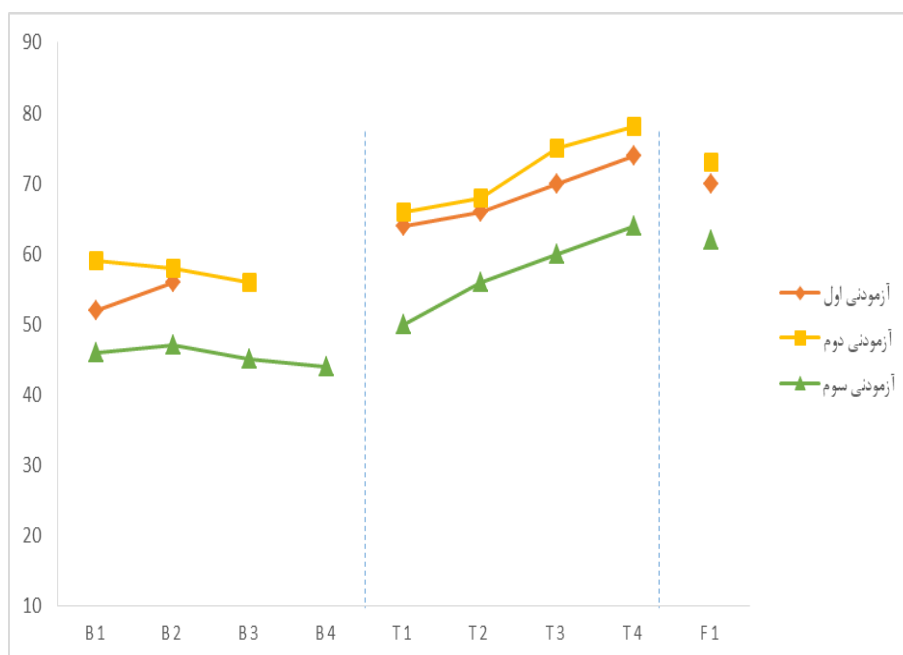
پرسش‌نامه خودکارآمدی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبود در مرحله درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۵ روند تغییر نمرات کودکان در متغیر خودکارآمدی

شرکت کننده سوم	شرکت کننده دوم	شرکت کننده اول	مراحل درمان
۴۶	۵۷	۵۲	خط پایه اول
۴۷	۵۸	۵۶	خط پایه دوم
۴۵	۵۶	-	خط پایه سوم
۴۴	-	-	خط پایه چهارم
۴۵/۵	۵۷	۵۴	میانگین مراحل خط پایه
۵۰	۶۶	۶۴	جلسه چهارم
۵۶	۶۸	۶۶	جلسه هشتم
۶۰	۷۵	۷۰	جلسه دوازدهم
۶۴	۷۸	۷۴	جلسه شانزدهم
۵۷/۵	۷۱/۷۵	۶۸/۵	میانگین مراحل درمان
۲/۴۳	۲/۹۹	۲/۹۴	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۶/۳۷	۲۵/۸۷	۲۶/۸۵	درصد بهبود پس از درمان
	۲۶/۳۶		درصد بهبود کلی پس از درمان
			پیگیری
۶۲	۷۳	۷۰	پیگیری یک ماهه
۳/۳۵	۳/۲۵	۳/۲۵	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۳۶/۲۶	۲۸/۰۷	۲۹/۶۲	درصد بهبود پیگیری
	۳۱/۳۱		درصد بهبود کلی مرحله پیگیری

همان گونه که ملاحظه می‌شود میانگین خودکارآمدی نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) افزایش یافته است. همچنین مقدار شاخص تغییر پس از درمان برای هر سه شرکت کننده (اول، دوم و سوم) بالاتر از ارزش Z یعنی $1/96$ است، بنابراین با اطمینان 95 درصد می‌توان گفت که بهبود حاصل شده برای این شرکت کننده‌ها ناشی از مداخله درمانی است. همچنین میزان درصد بهبود در مرحله درمان برای هر سه شرکت کننده بالاتر از 25 درصد است که بیانگر معنادار بودن میزان بهبود است. مقدار شاخص تغییر پایا در مرحله پیگیری برای هر سه شرکت کننده (اول، دوم و سوم) بالاتر از ارزش Z یعنی $1/96$ است، همچنین میزان درصد بهبود در مرحله پیگیری برای هر سه شرکت کننده بالاتر از 25

درصد است. بنابراین ماندگاری تغییرات در خودکارآمدی برای هر سه شرکت کننده از نظر بالینی معنادار بوده است. نمودار ۲ تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از درمان شناختی - رفتاری مربوط به سه شرکت کننده را در مراحل خط پایه، درمان و پی گیری در متغیر خودکارآمدی نشان می دهد.



نمودار ۲ روند تغییر نمرات کودکان در متغیر خودکارآمدی

نمودار ۲ روند تغییر نمره‌های خودکارآمدی کودکان را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پی گیری (F) نشان می دهد. باتوجه به اینکه حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر شرکت کننده چهار نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه بالاتر از خط سطح قرار گرفته است. بنابراین می توان گفت که تغییر نمره‌های خودکارآمدی به صورت نظام دار رخ داده است. ضمن اینکه باتوجه به پیشینه موجود در مورد درمان شناختی - رفتاری، همان طور که در نمودار ۲ نشان داده شده است، پیش بینی می شد در جهت مثبت و به صورت افزایشی باشد که برای هر سه شرکت کننده در متغیر خودکارآمدی نتایج به همین صورت گزارش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

اینگرام و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی سنجش کارایی درمان‌های روان‌شناختی به شش متغیر اشاره کرده‌اند و معتقدند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید براساس شش متغیر زیر بررسی کرد. به منظور بحث درمورد نتایج و سنجش عملیاتی کارایی دستاوردهای پژوهش حاضر و همچنین نظام‌مند کردن بحث و انسجام‌بخشی به نتایج، در این بخش از ملاک‌های کارایی اینگرام و همکاران (۲۰۰۰) استفاده می‌کنیم.

۱. اندازه‌ تغییر (چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟)

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی کودکان دبستانی شهر اهواز انجام شد. نتایج نهایی پژوهش نشان دادند که این درمان در کاهش اضطراب کودکان و افزایش خودکارآمدی آن‌ها مؤثر بود. در پایان درمان شاخص تغییر پایا و میزان درصد بهبود از نظر آماری معنادار بودند و این اثر درمانی تا مرحله پیگیری ادامه داشت. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های کندال و همکاران (۱۹۹۷)، واکاپ و همکاران (۲۰۰۸)، سویگ و همکاران (۲۰۰۹)، خانا و کندال (۲۰۱۰)، کارپنتر و همکاران (۲۰۱۸)، شاهنواز و همکاران (۲۰۱۸)، اولسون و همکاران (۲۰۲۱)، ضرغامی و همکاران (۱۳۹۴) بهرامی و همکاران (۱۳۹۸) ظلی و نفریه (۱۳۹۸) همخوان است.

درمان شناختی - رفتاری موردنظر کندال و همکارانش چهار مؤلفه دارد: ۱) کودک مضطرب یاد می‌گیرد احساسات و نشانه‌های بدنی اضطراب را تشخیص دهد و بر این احساسات و نشانه‌ها واقف شود، جزء مرکزی درمان شناختی - رفتاری برای کودکان مضطرب شامل این موارد است: ارائه آموزش درمورد برانگیختگی جسمانی و احساساتی که در شرایط مختلف تجربه می‌شوند. کودک یاد می‌گیرد که احساسات ترسناک و/یا نگران‌کننده را که اغلب با اضطراب همراه است، تشخیص دهد. تا بتواند این احساسات را از نشانه‌های جسمی که در طول آن رخ می‌دهد، جدا کند. درمانگر اغلب نمونه‌هایی از آنچه را در بدن او اتفاق می‌افتد با توجه به رشد جسمانی کودک بیان می‌کند. این نمونه‌ها فرصتی عالی برای عادی‌سازی تجربه اضطراب برای کودک و برجسته کردن آن فراهم می‌کند. این چیزی است که هر شخصی متفاوت از آن تجربه می‌کند. علاوه بر این، درمانگر از مثال‌هایی مانند زنگ خطر که احتمال آتش‌سوزی را خبر می‌دهد استفاده می‌کند. البته سیستم هشداردهنده ممکن است هشدارهای کاذب بدهد، یعنی زمانی که

خطری وجود ندارد. تهدیدهای درک شده گاهی نشانه‌های واقعی آن هستند و گاه نیستند. درمانگر کمک می‌کند تا این زنگ‌های هشدار بدن خود را شناسایی کند. در این مرحله درمانگر به کمک نقاشی بدن به کودک کمک می‌کند این نشانه‌های بدنی و احساسی را بهتر متوجه شود. و هم‌زمان مهارت‌هایی مانند آموزش تنفس و آرام‌سازی را به کودک می‌آموزد. (۲) کودکان مبتلا به اضطراب اتفاقات مبهم را به‌عنوان رویدادهایی تهدیدکننده درک می‌کنند. آن‌ها تمایل زیادی برای عیب‌جویی و خودمحموری دارند و میزان خودگویی و انتظارات منفی در آن‌ها بالاست (کندل و همکاران، ۲۰۰۸). براساس این مفروضه‌ها، درمان شناختی رفتاری با چگونگی تعبیر حوادث و تجربه‌ها و همچنین با شناسایی و تغییر تحریف‌های شناختی سروکار دارد، زیرا براساس پیش‌فرض این روش، الگوهای شناختی نادرست، آموخته و فعال می‌شوند و به‌دنبال آن رفتار و احساس را تحت تأثیر قرار می‌دهند (استالارد، ۲۰۰۸). آموزش رابطه بین افکار، احساسات و رفتار (شناسایی الگوهای فکری)، تشخیص و شناسایی افکار در موقعیت‌های مختلف، تشخیص تحریف‌های شناختی، آگاهی از وجود تحریف‌های شناختی و شناخت انواع آن‌ها به کودک کمک می‌کنند تا اضطراب خود را کاهش دهد. کودک می‌فهمد در وضعیت‌های اضطراب‌آور چه فکری دارد و یاد می‌گیرد فکری خود را ارزیابی کند. در این مرحله درمانگر از تمرین‌هایی مانند حباب فکر استفاده می‌کند. حباب‌های فکری درمانگر بدون استرس توضیح می‌دهد در این مرحله به کودک کمک می‌شود خودگویی‌های منفی را شناسایی کند، آن‌ها را به چالش بکشد و درنهایت فکری جایگزین برای آن‌ها پیدا کند.

(۳) مهارت‌های لازم برای حل مسئله، مثلاً برنامه‌ریزی برای کنار آمدن و اصلاح افکار اضطراب‌آور را کسب می‌کند و اقدامات جدیدی را یاد بگیرد. این مرحله بر روی حل مسئله تمرکز دارد. درمانگر به کودک کمک می‌کند یافتن راه حل را تمرین کند و کم‌کم این راه حل‌ها را به دنیای واقعی تعمیم دهد. (۴) به خودش بابت مضطرب نشدن در وضعیت اضطراب‌آور پاداش می‌دهد و مضطرب نشدن خود را ارزیابی می‌کند، کودک یاد می‌گیرد به تلاش‌های خود پاداش بدهد و در این فرایند مواجهه درجه‌بندی‌شده با سلسله مراتب اضطراب صورت می‌گیرد. استفاده از ایفای نقش در این موقعیت‌ها قدرت مواجهه و خودکارآمدی کودک را افزایش می‌دهد. این برنامه همچنین با توجه به تغییرات شناختی که ایجاد می‌کند و به رفتار محور بودن و تمرکز بر تمرین و رشد مهارت‌های مقابله‌ای موجب رشد خودکارآمدی کودکان می‌شود.

در این مداخله که شانزده جلسه طول می‌کشد فنون شناختی - رفتاری با هم ترکیب می‌شوند. کودک در هشت جلسه اول مهارت‌های لازم برای غلبه بر اضطراب را می‌آموزد و در هشت جلسه دوم این مهارت‌ها را در وضعیت‌های اضطراب‌آور تمرین می‌کند. کندال و همکارانش نشان داده‌اند که این برنامه روی کودکانی که اختلالات اضطرابی دارند تأثیر می‌گذارد و تأثیرات این درمان ۱ تا ۳ سال باقی می‌ماند. به‌طور کلی عواملی که اثربخشی این نوع درمان را کم‌تر می‌کنند عبارت‌اند از: زیاد بودن نشانه‌های درونی گزارش شده از طرف والدین و معلمان، بالا بودن نشانه‌های اضطرابی مادر و بالا بودن سن کودک (ساوتهم - گرو و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعات نشان می‌دهد اگر کودکان بتوانند در طول جلسات درمان علائم اضطراب را تشخیص دهند و خارج از محیط درمان تکلیف منزل را انجام دهند و والدینشان هم در درمان دخیل باشند این ویژگی‌ها احتمال تعمیم یافتن نتایج درمان به بیرون را افزایش می‌دهند. در واقع اکثر مطالعات انجام شده در زمینه درمان شناختی رفتاری کودکان مضطرب نشان داده‌اند مهارت‌های کودکان ۱۲ ماه پس از درمان بیشتر می‌شود. پژوهش سیلک و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که درمان شناختی - رفتاری ۷۱ درصد از کودکان دارای اضطراب را درمان می‌کند و احتمال کمی از بازگشت وجود دارد. به‌خصوص شواهد دلگرم‌کننده‌ای وجود دارد که درمان‌های روان‌شناختی برای کودکان مبتلا به اضطراب فراگیر مؤثرند (آلبانو و هک، ۲۰۰۴؛ فور^۱ و همکاران، ۲۰۰۹).

۲. کلیت تغییر (چند درصد از افراد تغییر کرده و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)

درصد بهبود کلی پس از درمان در متغیر اضطراب و متغیر خودکارآمدی برای هر سه شرکت‌کننده در درمان معنادار بود. با توجه به ایجاد تغییرات معنادار در میانگین کلی و در هر سه شرکت‌کننده کلیت تغییر مورد تأیید است.

۳. عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟)

اگر چه در پژوهش حاضر متغیرهای روان‌شناختی و سایر حوزه‌های بین‌فردی مورد اندازه‌گیری قرار نگرفت، اما با توجه به نقش کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی در مسائل روان‌شناختی درونی و مسائل بین‌فردی کودکان و والدین آن‌ها تغییر و بهبود در ارتباط بین‌فردی کودکان در درون خانواده و ارتباط با دوستان، پرداختن به کارهای روزمره و انجام تکالیف، بیان خواسته‌ها را گزارش کردند.

۴. ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟)

درصد بهبود کلی پس از درمان و پیگیری معنادار بود. همهٔ کودکان شرکت کننده در درمان دستاوردهای درمانی خود را در تا مرحلهٔ پیگیری حفظ کردند. در تبیین این یافته باید گفت که نظریهٔ تغییر مبتنی بر این اساس است که اگر مراجعان در طول درمان یاد بگیرند که چگونه مشکلاتشان را حل کنند، در آینده هنگامی که مشکل دوباره پیش بیاید می‌توانند براساس روش خود عمل و بر مشکل غلبه کنند. نتایج یک ماهه دورهٔ پیگیری در اکثر هدف‌های درمانی نشان می‌دهد اثرات یا دستاوردهای درمان نه تنها حفظ شده‌اند، بلکه حتی بعضاً در مقایسه با نتایج جلسهٔ آخر درمان پیشرفت نیز داشته‌اند.

۵. میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان

رسانده‌اند؟)

یکی از مشکلاتی که در برخی از گزارش‌های مربوط به کارآزمایی بالینی به چشم می‌خورد، عدم گزارش افت شرکت کننده‌هاست. افت شرکت کننده‌ها را باید به‌عنوان یکی از متغیرهای درمان محاسبه کرد. همهٔ شرکت کننده‌های این پژوهش تا پایان درمان حضور داشتند. از مهم‌ترین دلایل این حضور انتخاب صحیح شرکت کننده‌ها، توضیح دقیق اهداف درمان برای کودک و والدین، بیان اصول اخلاقی و تعهد درمانگر، برقراری ارتباط خوب و اتحاد درمانی با شرکت کننده‌ها و تخصص درمانگر اشاره کرد.

۶. ایمنی (آیا در اثر درمان سلامت روانی و جسمانی شرکت کننده‌ها کاهش یافته

است؟)

هرچند برای سنجش این متغیر، ابزاری عینی و استاندارد استفاده نشده است، اما طبق گزارش کودکان و والدین آن‌ها درمان موجب آسیب یا ایجاد ضرری برای مراجعان نشد. در این پژوهش با استفاده از روش تک‌موردی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری به صورت عمیق بر اضطراب و خودکارآمدی کودکان مضطرب مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که این برنامهٔ درمانی با ایجاد تغییر در باورها، رفتارها و هیجان‌ها سبب کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی کودکان مضطرب می‌شود. ساده بودن، در نظر داشتن ابعاد مختلف در این درمان و توانایی برقراری ارتباط کودکان با این روش درمانی از دلایل مهم اثر بخشی این درمان است.

محدودیت‌ها و پیشنهادها: این پژوهش بر روی کودکان ۸ تا ۱۲ سالهٔ شهر اهواز

انجام شد. بنابراین در تعمیم نتایج به رده‌های سنی بالاتر یا پایین‌تر و همچنین کودکان

مناطق دیگر باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثربخشی این درمان در روش آزمایش با گروه کنترل بررسی شود و در صورت امکان نقش جنسیت کنترل شود. باتوجه به اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی کودکان به مشاوران و درمانگران حوزه کودک پیشنهاد می‌شود که از این درمان در کار با کودکان استفاده کنند.

منابع

- افشار، ا.، شهبازی، م.، و عباسپور، ذ. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم و احساس گناه در زنان دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۹ (۷۶)، ۴۸-۶۹.
- 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، ۶۵-۹۷.
- زرانی، ف.، حقیقی، ف.، علی‌زاده، ح.، و شیرینی، ا. (۱۳۹۶). نقش فرهنگ در ابعاد اختلالات اضطرابی براساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۱ (۲)، ۹۵-۱۱۱.
- حسین چاری، م. (۱۳۸۶). مقایسه خودکارآمدی ادراک‌شده در تعامل اجتماعی با هم‌سالان در بین گروهی از دانش‌آموزان دختر و پسر دوره راهنمایی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۳ (۴)، ۸۷-۱۰۳.
- عباسی، ز.، امیری، ش.، و طالبی، ه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری متمرکز بر واحد‌پدازه‌ای (MCBT) بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۲ (۲۵)، ۵۱-۶۴.
- ضرغامی، ف.، حیدری نسب، ل.، شعیری، م.، و شهریور، ز. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "Coping cat". *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۹ (۵)، ۱۸۳-۲۰۲.
- بهرامی، م.، خیاطان، ف.، هادی، ف.، و آقایی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب کودکان در خانواده‌های بازساختاریافته. *سلامت جامعه*، ۱۳ (۴)، ۴۴-۵۳.
- Aja, A. P. (2018). The Efficacy of Play Therapy in Treating Anxiety in Young Children: A Systematic Review. A thesis presented to the school of social work. California State University.
- Albano, A. M., & Hack, S. (2004). Children and adolescents. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 383-408). New York, NY: Guilford.
- Banneyer, K. N., Bonin, L., Price, K., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders: a Review of Recent Advances. *Current Psychiatry Reports*, 20(8), 2-8
- 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.
- Carpenter, A. L., Pincus, D. B., Furr, J. M., & Comer, J. S. (2018). Working from home: An initial pilot examination of videoconferencing-based cognitive behavioral therapy for anxious youth delivered to the home setting. *Behavior Therapy*, 49(6), 917—930.
- 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.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano.A.M., Weersing, R., & Curry. J.(2004). Cognitive behavioral psycholotherapy for anxiety and depressive disorder in children and adolescent: An evidence – based medicine review. *Jornal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 267- 283.
- Furr, J. M., Tiwari, S., Suveg, C., & Kendall, P. C. (2009). Anxiety disorders in children and adolescents. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 636-656). New York, NY: Oxford University Press.
- Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*, 3rd ed. Ardmore, PA: Workbook Publishing
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli- Mindel, S M., SouthamGerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366–380.
- Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 987–993.
- Khanna, M., & Kendall, P. (2010). Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 737-745.
- Miller, V. A., & Feeny, N.C. (2003). Modification of cognitive-behavioral thecniques in the treatment of a five years-old girl with social phobia, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33,303-319.
- Nauta, M. H. (2005). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome*. University of Groningen.
- Ollendick, T. H. (1983) .Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children(FSSC-R). *Behavior Research and Therapy* 6(21), 685-692.
- Olsson, N. C., Jutha, P., Ragnarsson, E. H., Lundgren, T., Jansson-Fröjmark, M., Parling, T. (2021). Treatment satisfaction with cognitive-behavioral therapy among children and adolescents with anxiety and depression: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(2), 147-191.
- 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.
- Semple, R.J., Lee, J., Rosa, D., Miller, L.F. (2010).A randomized trial of mindfulnessbased cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional

- resiliency in children. *J Child Fam Stud*, 19, 218–229.
- Shahnavaz, S., Hedman-Lagerlöf, E., Hasselblad, T., Reuterskiöld, L., Kaldo, V., & Dahllöf, G. (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy for children and adolescents with dental anxiety: Open trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(1), e12.
- Silk, J. S., Tan, P. Z., Ladouceur, C. D., Greg, S. M., Siegle, D. L., McMakin, E. E., Forbes, R. E., Dahl, P. C., Kendall, A. M., & Neal, D. R. (2016). A Randomized Clinical Trial Comparing Individual Cognitive Behavioral Therapy and Child-Centered Therapy for Child Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 74 (4), 542-554.
- Southam-Gerow, M. A., Kendall, P. C., & Weersing, V. R. (2001). Examining outcome variability: Correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 40, 402-408.
- 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.
- Suveg, C., Hudson, G. L., Brewera, Flannery-Schroder, G., Gosch, E. & Kendall, P. C. (2009). Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: Secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 341-349.
- Suveg, C., Hudson, G. L., Brewera, Flannery-Schroder, G., Gosch, E. & Kendall, P. C. (2009). Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: Secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 341-349.
- 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.
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., & Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2753-2766.
- Watson, C. C., Rich, B. A., Sanchez, L., O'Brien, K., & Alvord, M. K. (2014). Preliminary Study of Resilience-Based Group Therapy for Improving the Functioning of Anxious Children. *Child Youth Care Forum*, 43, 269–286.
- Wheeler, V. A., & Ladd, G. W. (1982). Assessment of children's self-efficacy for social interactions with peers. *Developmental Psychology*, 18, 795-805.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-308.
- Schunk, D. H. (1991). Self-efficacy and academic motivation. *Educational Psychologist*, 26, 207-231.
- Salami, S. O., & Ogundokun, M. O. (2009). Emotional intelligence and self-efficacy as predictors of academic performance. *Perspectives in Education*, 25(3), 175-185.
- Pintrich, P., R. & Schunk, D., H. (2002). *Motivation in education*, 2nd Ed. NJ: prentice-Hall.
- Lefrancois, G. R. (1995). *Of children: An introduction to child development*. Belmont, CA: Wadsworth.
- 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.