



Research Article

# Effectiveness of From Timid To Tiger Program on Clinical Symptoms of Children with Separation Anxiety Disorder and Family Accommodation of Their Parents

Authors

Mohsen Jalali<sup>1\*</sup>, Elnaz Pourahmadi Efastani<sup>2</sup>

 1. Assistant Professor of Clinical Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Golestan University, Gorgan, Iran. (Corresponding Author)

 2. Assistant Professor of Neuroscience, Department of clinical psychology, Bandargaz Branch, Islamic Aazad University, Bandargaz, Iran. pourahmadi.psycho@yahoo.com

Abstract

Receive Date:  
21/02/2024

Accept Date:  
07/09/2024



**Introduction:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of the to Tiger program on the clinical symptoms of children with Separation Anxiety Disorder (SAD) and the family accommodation of their parents.

**Method:** This study employed a semi-experimental research design that included pretests, post-tests, and follow-up assessments with a control group. The statistical population of the research consisted of children with anxiety in Gorgan and their mothers. Thirty-six children were selected using purposive sampling as the research sample and were randomly allocated into experimental and control groups. The Timid to Tiger Program was conducted in 10 sessions for parents in the experimental group. To evaluate the effect of the intervention, the Spence Anxiety Scale and the Family Accommodation Scale were administered to the mothers of all participating children at the beginning, the end of treatment, and during the follow-up stage. Finally, analysis of covariance and the improvement percentage formula were utilized to analyze the data.

**Results:** The results indicated a significant reduction in anxiety among children and improved family accommodation among parents in the experimental group compared to the control group, as observed in both the post-test and follow-up ( $P < 0.05$ ). The results of clinical significance indicated that the anxiety levels of children and the family accommodation of parents in the experimental group significantly improved compared to the control group in both the post-test and follow-up assessments.

**Discussion and conclusion:** The FormTimid to Tiger Program is effective in reducing anxiety in children with Separation Anxiety Disorder and in enhancing parental accommodation. The results of this research, along with similar studies, can be applied in the fields of diagnosis and therapy for anxiety disorders in children.

Keywords

Child, Separation anxiety disorder, From Timid to tiger Program.

Corresponding Author's E-mail

jalali.psycho@yahoo.com

# اثربخشی برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها

نویسندگان

محسن جلالی<sup>۱\*</sup>، الناز پورا احمدی اسفستانی<sup>۲</sup>

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر گز، ایران.

pourahmadi.psycho@yahoo.com

چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها بود.

**روش:** این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق، کودکان مبتلا به اضطراب شهرستان گرگان و مادران آنها بودند که از بین آنها، ۳۶ کودک با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص داده شدند. برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی در ۱۰ جلسه برای والدین گروه آزمایش انجام شد. به منظور بررسی تأثیر مداخله در ابتدا و انتهای درمان و مرحله پیگیری، مقیاس‌های اضطراب کودکان اسپنس و همراهی خانوادگی بر روی مادران تمام کودکان اجرا شد. در نهایت از تحلیل کوواریانس و فرمول درصد بهبودی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**نتایج:** نتایج کاهش معنادار در اضطراب کودکان و همراهی خانوادگی والدین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نشان داد ( $P < 0.05$ ). نتایج معناداری بالینی هم نشان داد، اضطراب کودکان و همراهی خانوادگی والدین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، به طور معناداری بهبود یافت.

**بحث و نتیجه‌گیری:** برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی در بهبود علائم کودکان مبتلا به اضطراب و همراهی خانوادگی والدینشان مؤثر است. نتیجه این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌تواند در حوزه‌های تشخیصی و درمانی اختلالات اضطرابی در کودکان مورد استفاده قرار گیرد.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۱۲/۰۲

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۶/۱۷



کلیدواژه‌ها

کودک، اختلالات اضطرابی، برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

jalali.psycho@yahoo.com

این مقاله برگرفته از طرح شماره ۱۶۰۰ مربوط به نویسنده اول است که با حمایت مالی دانشگاه گلستان انجام شده است.

## مقدمه

یک اختلال با شروع در دوران کودکی نیست و بر خلاف DSM-IV-TR که سن کمتر از هجده سال را برای تشخیص مهم می‌دانست، در حال حاضر سن خاصی برای شروع اختلال تعیین نشده است؛ چرا که شمار قابل توجهی از بزرگسالان شروع اختلال را بعد از هجده سالگی گزارش می‌دهند. طول مدت اختلال نیز در بزرگسالی بر خلاف کودکی که حداقل باید چهار هفته طول بکشد، شش ماه و یا بیشتر گزارش شده است؛ در حالی که طول مدت اختلال در دوران کودکی نسبت به DSM-IV-TR تغییری نکرده است و همان چهار هفته است [۸].

بر مبنای پژوهش‌ها، سه چهارم کودکانی که از مدرسه گریزان هستند، مبتلا به اختلال اضطراب جدایی می‌باشند و چنانچه اقدام به موقع برای درمان صورت نگیرد، ممکن است این کودکان به طور ثانوی دچار اضطراب مفرط شوند [۱۰]. مطالعه کندال<sup>۳</sup>، کمپتون، والکاپ، بیرماهر، آلبانو و شری [۱۱] در زمینه پیشینه اختلال‌های اضطرابی کودکان نیز بیانگر آن است که اختلال اضطراب جدایی کودکان می‌تواند با دیگر اختلال‌های اضطرابی و روانپزشکی همچون فوبی اجتماعی، اضطراب تعمیم یافته، ترس از مکان‌های باز و هراس همپوشی داشته باشد. از سوی دیگر اختلال اضطراب جدایی، به طور چشمگیری در شکل‌گیری طبیعی مهارت‌های سازگاری تأثیر گذاشته [۱۲] و افراد مبتلا را در خطر ناپختگی اجتماعی و متعاقب آن درماندگی و اجتناب از روابط اجتماعی قرار می‌دهد [۱۳] این اختلال در نوجوانان به طور قابل ملاحظه‌ای با عملکرد تحصیلی ضعیف [۱۴] و مشکلات روان شناختی دیگر همچون سایر اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خلقی، سوء مصرف مواد و تلاش برای خودکشی همراه بوده [۱۳] و تداوم آن در بزرگسالی می‌تواند به بدکارکردی اجتماعی<sup>۴</sup> [۱۳ و ۱۵] و اختلالاتی مانند اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی، افسردگی، وحشت‌زدگی، واگرافوبیا منجر شود [۸]؛ بنابراین، تشخیص سریع و درمان مناسب و زود هنگام این گروه از کودکان کاملاً ضروری است [۱۶].

مدل‌های سبب‌شناسی موجود، چارچوب مناسبی برای سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی به طور کلی و اضطراب جدایی به طور خاص با برجسته کردن نقش و اهمیت

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات در دوران کودکی و نوجوانی است و شیوع آنها بین ۷ تا ۱۲ درصد برآورد شده است [۱ و ۲]. همبودی این اختلالات به‌ویژه در جمعیت کودکان و نوجوانان بالا است [۳] و تمایل زیادی به تداوم در دوران بزرگسالی دارند [۴]. تخمین زده می‌شود که ۷۵ درصد از اختلالات اضطرابی بزرگسالان در دوران کودکی با میانگین سنی ۸ تا ۱۲ سالگی شروع می‌شود [۵]. این اختلالات تأثیر منفی قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی، خانوادگی، شخصی و روابط با همسالان در کودکان دارند و جزء ده علت اصلی مرگ و میر در نوجوانان به ویژه نوجوانان دختر هستند [۶ و ۷].

یکی از انواع اضطراب با شروع در دوران کودکی، اختلال اضطراب جدایی (SAD)<sup>۱</sup> است [۷]. خصیصه اصلی اختلال اضطراب جدایی بر اساس تعریف DSM-5<sup>۲</sup>، اضطراب غیرواقعی و مفرط در مورد جدایی یا پیش‌بینی جدایی از خانه یا کسانی است که شخص با آنها دلبستگی دارد. این اضطراب فراتر از حد مورد انتظار برای سطح رشدی فرد است. کودکان مبتلا به این اختلال با پیش‌بینی جدایی قریب‌الوقوع و یا درست در لحظه جدایی، گریه می‌کنند و علائم ناراحتی نشان می‌دهند. از دیگر علائم بالینی مبتلایان، نیاز افراطی به داشتن امنیت و دوری از خطر، امتناع از تنها خوابیدن، داشتن کابوس‌ها و خواب‌های آشفته، شکایات مکرر جسمی و خودداری از مدرسه رفتن است [۸]. آغاز اختلال ممکن است بسیار زود هنگام و در سنین پیش‌دبستانی باشد؛ ولی معمولاً در حدود سنین ۶ تا ۷ سالگی شروع می‌شود و در سنین ۷ تا ۹ سالگی به اوج می‌رسد [۹]. ویژگی‌های بنیادین این اختلال اگرچه در DSM-5 نسبت به DSM-IV-TR تغییری چندانی نکرده است، با وجود این، جمله‌بندی ملاک‌ها برای تناسب بیشتر با بروز علائم اختلال در بزرگسالی تغییر کرده است. برای مثال سمبل‌های دلبستگی کودکان، ممکن است افراد بزرگسال مبتلا به اختلال اضطراب جدایی را در بر گیرد و رفتارهای اجتنابی ممکن است در محیط کار نیز اتفاق بیافتد. همچنین در DSM-5 اختلال اضطراب جدایی، دیگر

1 . Separation Anxiety Disorder.

2 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision.

3 . Kendall, P.C.

4 . Social Dysfunction.

افزایش فعالیت‌های رفتاری ناسازگار، باعث کاهش میل والدین و متخصصان بالینی در استفاده از این داروها در کودکان مضطرب می‌شود [۲۸ و ۲۹]. روان‌درمانگران نیز از درمان‌های متفاوتی برای اضطراب جدایی کودکان استفاده کرده‌اند که برخی از آنها عبارتند از: درمان شناختی رفتاری، رفتار درمانی، درمان‌های مبتنی بر خانواده، بازی درمانی و درمان مبتنی بر دل‌بستگی [۳۰]. از میان این درمان‌ها، درمان شناختی رفتاری و درمان‌های مبتنی بر خانواده حمایت تجربی مناسب را به‌دست آورده است [۱۱ و ۱۶] و به عنوان درمان‌های تأیید شده برای اختلالات اضطراب شناخته شده است و سایر درمان‌ها از پشتوانه تجربی مناسبی برخوردار نیستند و جز درمان‌های مبتنی بر شواهد محسوب نمی‌شوند و مطالعات تجربی کنترل شده بسیار کمی در مورد آنها وجود دارد [۳۰ و ۳۱]. با این وجود درمان شناختی رفتاری نیز، نیاز به یک سری توانایی‌های رشدی و شناختی دارد که کودکان به طور کامل دارا نیستند. در نتیجه به دلیل تأکید زیاد درمان شناختی - رفتاری بر تفکر انتزاعی و پردازش اطلاعات، مسیرهای بهینه درمان برای کودکان مضطرب نسبت به نوجوانان، به طور قابل ملاحظه‌ای کم و محدود است [۳۲]. پیگیری نتایج درمان شناختی - رفتاری نیز در کودکان حاکی از این است که بعد از درمان، بیش از ۵۰ درصد از کودکان هنوز علائم معنادار اضطراب را داشته و اغلب واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال هستند [۱۹ و ۲۷]. از طرف دیگر عوامل والدگری از جمله بیش مراقبتی والدین در کودکان مبتلا به اضطراب و تمایلات تضادورزانه این کودکان از دیگر موانع درمان‌های شناختی رفتاری کودک محور است که ممکن است درمان را با مشکل روبرو کند [۳۳].

باتوجه به محدودیت‌ها و یافته‌های ضعیف مرتبط با درمان‌های شناختی - رفتاری برای کودکان مضطرب (به‌بودی تنها ۵۷/۵ درصد از کودکان مضطرب تحت درمان در مقایسه با ۸/۳۴ درصد کودکان مضطرب گروه کنترل [۳۴] و نقش بارز عوامل خانوادگی و فرزند پروری در شروع و تداوم اضطراب و پیش‌بینی پیامدهای درمانی [۱۷، ۱۸ و ۲۰] درمانگران شناختی - رفتاری به فکر انطباق‌رشدی این درمان با کودکان مضطرب، از طریق مشارکت والدین در درمان اضطراب کودکان، افتادند و حمایت‌هایی تجربی مناسبی از نقش مؤثر والدین در درمان شناختی - رفتاری

متغیرهای خانوادگی و والدینی فراهم کرده است [۱۷ و ۱۸]. تحقیقات صورت گرفته نشان داده‌اند، عوامل خانوادگی نقش بارزی در شروع و تداوم اضطراب، بازی می‌کنند و پیش‌بینی‌کننده مهم پیامدهای درمانی محسوب می‌شوند [۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰].

یکی از عوامل منفی و تأثیرگذار بر اضطراب جدایی که در مقاوم شدن اختلال و تخریب عملکرد کودک و به تبع آن، پاسخ ضعیف درمانی مؤثر است، همراهی خانوادگی<sup>۱</sup> با علائم اضطرابی کودک است [۲۱، ۲۲ و ۲۳]. همراهی خانوادگی، از لحاظ کارکردی به رفتارهای بیش مراقبتی والدینی اشاره دارد و شامل درگیری مزاحمت<sup>۲</sup> گونه و شدید با کودک و محدود کردن رفتارهای مستقلانه<sup>۳</sup> کودک [۲۴] با هدف پیشگیری و کاهش پریشانی‌های کودکان مضطرب و ممانعت از روبرو شدن کودک با محرک‌های ترس‌آور و اجتنابی است [۲۱ و ۲۵].

همراهی والدینی می‌تواند رفتارهای اجتنابی کودک مضطرب را تسهیل، برنامه‌های روزمره خانوادگی را دگرگون و اطمینان‌طلبی مفرط را در کودک ایجاد کند و کودک را به قوانین و قواعد خشک خودش در مورد محرک‌های اضطرابی بچسباند [۲۱ و ۲۲] و باعث اتکاء مداوم کودک به والدین برای نظم‌بخشی و اجتناب از حالت‌های احساسی درونی‌شان شود [۱۹]. این حالت، اضطراب و استرس والدگری را افزایش داده و نقش‌های والدگری را با مشکل مواجه کند و باعث حفظ بیشتر اضطراب کودک می‌شود [۲۴ و ۲۶].

در درمان اختلالات اضطرابی کودکان، هم از دارو درمانی و هم از درمان‌های روان‌شناختی استفاده شده است [۲۷]. داروهای تجویزی برای اضطراب جدایی، مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین<sup>۴</sup> هستند. علی‌رغم اینکه این داروها نسبت به دیگر داروها، امن‌تر بوده، بسیاری از مبتلایان، تأثیر SSRI ها را یک سیکل بی‌فایده معرفی می‌کنند که تنها دارای عوارضی از قبیل آسفتگی خواب، تهوع، اسهال و سردرد است [۲۸]. این عوارض، در کنار دیگر عوارض جانبی شدید بالاخص خطر خودکشی و

1 . Family Accommodation.

2 . Intrusive Involvement.

3 . Autonomy.

4 . Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI).

کودکانشان با محرک‌های اضطرابی تکیه دارد [۴۱]. مطالعات اولیه در باب این برنامه، کارآمدی آن را در درمان اختلالات اضطراب کودکان نشان داده است [۴۱، ۴۲ و ۴۳].

در نهایت با در نظر گرفتن شیوع بالای اختلالات اضطرابی در کودکان و سیر و بروز پیشرفت مشکلات و تأثیر منفی آن بر کیفیت زندگی کودکان، نیاز به درمان مؤثر که مشکلات این کودکان را کاهش دهد، احساس می‌شود. با توجه به اینکه مداخلات شناختی - رفتاری والد محور به طور کلی و برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی به طور خاص، پشتوانه تجربی مناسبی در درمان اختلالات اضطراب در خارج از کشور به دست آورده است [۴۱، ۴۲ و ۴۳]. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان ۷-۱۰ ساله مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها صورت پذیرفت و در پی پاسخ به این پرسش است که آیا برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان ۷-۱۰ ساله مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها مؤثر است؟

## روش

### الف: نوع پژوهش

پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود.

### ب: آزمودنی

جامعه پژوهش حاضر را کودکان ۷-۱۰ سال مبتلا به اضطراب جدایی شهرستان گرگان و مادران آنها تشکیل دادند. با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه آماری برای مداخلات آزمایشی، ۱۵ نفر برای هر گروه اعلام شده است [۴۴ و ۴۵] و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه در گروه‌ها، از جامعه آماری پژوهش، ۳۴ کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی (شامل ۱۷ نفر گروه آزمایش و ۱۷ نفر گروه کنترل)، با روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند. با اختیار کردن سطح معناداری (آلفا) و میزان خطای نوع دوم (بتا) و همچنین تصمیم‌گیری درباره حجم اثر (d) نیز، حجم نمونه مورد نیاز برای آزمون فرض آماری در پژوهش‌های علوم رفتاری مشخص می‌شود. در این پژوهش با در نظر گرفتن آلفا=۰/۰۵ و حجم اثر متوسط

این کودکان، به دست آورده‌اند [۱۷، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹ و ۴۰]؛ بنابراین متخصصان شناختی - رفتاری برای افزایش معناداری بالینی درمان شناختی - رفتاری کودکان مضطرب، والدین را به جلسه‌های درمان وارد کردند تا ضمن آموزش والدین به عنوان درمانگران غیرحرفه‌ای جهت اجرای روش‌های شناختی - رفتاری کاهش اضطراب، تعاملات منفی والد - کودک را نیز، مورد بررسی و آماج قرار دهند [۲۷].

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد، تعداد محدودی از برنامه‌های درمانی به طور خاص به تغییر و اصلاح رفتارهای فرزندپروری با توجه به نظریه شناختی - رفتاری پرداخته‌اند. در این میان می‌توان به برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی<sup>۱</sup> اشاره کرد. این برنامه بر اساس نظریه یادگیری - اجتماعی<sup>۲</sup> ساخته شده است و عناصر خود را از دو سطح درمانی می‌گیرد. نخستین سطح درمانی، درمان شناختی - رفتاری برای اضطراب و دومین سطح درمان، آموزش رفتاری والدین است. برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی، برنامه‌ای گروهی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری است که برای والدین کودکان ۶-۱۰ ساله مبتلا به اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر، ترس شدید، ترس از مکان‌های عمومی و شلوغ و فوبیا های خاص طراحی شده است و شامل ۱۰ جلسه هفتگی ۲ ساعته است. این برنامه دو هدف اصلی دارد؛ نخست، کمک به والدین در جهت ایجاد محیطی آرام و قابل پیش‌بینی، که در آن ضمن مدیریت مشکلات رفتاری در کودکان، رفتار شجاعانه و با اعتماد به نفس آنها تشویق می‌شود. دوم، ارائه راهبردهای مختلف به والدین (شامل مواجهه تدریجی، حل مسئله و آزمایش‌های رفتاری<sup>۳</sup>، تکنیک‌های بازی نقشی<sup>۴</sup>، جایزه دادن<sup>۵</sup>، وضع محدودیت<sup>۶</sup>، پیامد رفتاری<sup>۷</sup> و ...) برای مدیریت اضطراب کودک و اضطراب‌های شخصی‌شان. به طور خاص این برنامه بر استفاده از سلسله‌مراتب ترس برای کمک به والدین در طراحی آزمایش‌های رفتاری جهت مواجهه مطلوب

1. Timid to Tiger Program.
2. Social-Learning Theory.
3. Behavioral Experiments.
4. Role play.
5. Prize.
6. Limitations.
7. Behavioral Consequences.

بالاتر از نقطه برش (نمره ۴) را در زیر مقیاس اضطراب جدایی پرسش‌نامه علائم مرضی کودک - فرم والد [۴۶] کسب کرده و همچنین نمره یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین در زیر مقیاس اضطراب جدایی مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والد [۴۷] داشتند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. سپس والدین کودکان انتخابی با استفاده از برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی - فرم والد [۴۸] توسط پژوهشگر، مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. از میان ۵۳ کودک، ۲۵ کودک به دلیل داشتن اختلالات همبود شدید و نداشتن ملاک‌های شمول و استثنا و ۳ کودک نیز به دلیل نارضایتی والدین برای حضور در جلسات درمانی، از نمونه کنار گذاشته شدند. در نهایت ۲۵ کودک مبتلا به اضطراب جدایی از مدارس و ۹ کودک مبتلا به اضطراب جدایی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی روانپزشکی و در مجموع ۳۴ کودک به همراه مادرانشان به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند.

### ج. ابزارهای پژوهش

۱. **ارزیابی جمعیت شناختی (دموگرافیک):** اطلاعات مربوط به سن، جنس و وضعیت اقتصادی - اجتماعی، در این بخش سنجیده شد.

۲. **مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والد [۴۷]:**

نسخه والدین مقیاس اضطراب اسپنس شامل ۳۸ پرسش ۴ گزینه‌ای از صفر (هرگز) تا ۳ (همیشه) است که شش اختلال اضطراب جدایی، فوبی اجتماعی، اختلال و سواسی - اجباری، اضطراب فراگیر، فوبی خاص و اختلال پانیک با گذر هراسی یا بدون آن را بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR در کودکان ۶-۱۸ سال می‌سنجد. در تهیه پرسش‌های مقیاس اضطراب اسپنس - فرم والدین به تطابق آن با مقیاس اضطراب کودک اسپنس با ایجاد تغییراتی، توجه شده است. برای مثال مواردی که به یک حالت درونی اشاره می‌کردند (من احساس ترس می‌کنم) به رفتار قابل مشاهده برای والدین تبدیل شد (فرزندم از احساس ترس شکایت می‌کند). مطالعات قبلی اعتبار همسانی درونی، آزمون - آزمون مجدد این مقیاس را تأیید کرده‌اند. روایی همگرا و واگرا از طریق همبستگی بالا به دیگر ابزارهای اضطراب کودک تأیید شده است. این مقیاس همچنین

مساوی ۰/۵ با انتخاب ۱۷ نفر برای هر گروه باتوجه به جدول کوهن می‌توان به توان آزمون برابر ۰/۸۴ دست یافت [۴۴]. ملاک‌های ورود دامنه سنی ۷-۱۰ سال، رضایت فرد برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی، تشخیص اختلال اضطراب جدایی بر اساس نظر روانپزشک و نیز زیر مقیاس‌های اضطراب جدایی پرسش‌نامه‌های علائم مرضی کودک - فرم والد<sup>۱</sup> [۴۶] و مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والد<sup>۲</sup> [۴۷] و برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی - فرم والد<sup>۳</sup> [۴۸]، نبود آسیب مغزی، اختلال نورولوژیکی، شرایط پزشکی جدی و ملاک‌های خروج شامل تشخیص اختلالات خلقی یا سایر اختلالات روانپزشکی شدید بر مبنای برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی - فرم والد، هوش کمتر از نرمال، شرکت در مداخلات روان‌شناختی و دارو درمانی، شرکت نکردن در ۲ جلسه از مجموع ۱۰ جلسه و بی‌تمایلی به درمان بود. در فرایند انتخاب نمونه، ۹ نفر از بین کودکان مبتلا به اضطراب جدایی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی روانپزشکی انتخاب شدند و ۲۵ نفر دیگر نیز از میان دانش‌آموزان مدارس شهرگران انتخاب شدند؛ به این صورت که ۴ مدرسه ابتدایی (۲ مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه) به صورت تصادفی انتخاب شده و بعد از هماهنگی لازم با مسئولین این مدارس، دو نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی بعد از گذراندن جلسات توجیهی در مورد نحوه اجرا، به این مراکز مراجعه کرده و با مشاوران این مراکز در ارتباط با تحقیق حاضر و ویژگی دانش‌آموزان نمونه گفتگو کردند و از مشاورین مدارس مذکور درخواست کردند، دانش‌آموزانی مشکوک به اضطراب جدایی را معرفی کنند. بر این اساس، تعداد ۶۷ کودک مشکوک به اختلال از مدارس مذکور به پژوهشگر معرفی گردید. سپس پرسش‌نامه‌های علائم مرضی کودک - فرم والد [۴۶]، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والد [۴۷] به همراه توضیحاتی در باب هدف پژوهش، برای والدین دانش‌آموزان معرفی شده ارسال شد. بر اساس پرسش‌نامه‌های دریافت شده از سوی والدین و نمره‌گذاری آنها توسط همکاران پژوهشگر، با نظارت مستقیم پژوهشگر، ۵۳ کودکی که نمره

1. Child Symptoms Inventory (CSI-4).
2. Spence Child Anxiety Scale (SCAS-P).
3. Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS-PL).

تشخیصی کودکان همبستگی مثبتی نشان داد که نشانه‌ی  
روایی سازه آن هست. در پژوهش محمد اسماعیل و پوراحمد  
[۵۲]، جهت بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش  
اختلال‌های پرسش‌نامه علائم مرضی کودک، تعداد ۱۰۸۰  
دانش آموز ۶ تا ۱۴ ساله از مدارس ابتدایی و راهنمایی  
تهران پس از مصاحبه با والدین و بررسی اولیه انتخاب و  
برای بررسی روانپزشکی به مراکز مورد نظر ارجاع داده شدند  
و فرم والد و معلم پرسش‌نامه مذکور توسط والدین و معلمان  
آنان تکمیل شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های  
پرسش‌نامه نشان داد، فرم والد پرسش‌نامه علائم مرضی  
کودک از روایی مناسب و اعتبار نسبتاً مناسبی برای کودکان  
ایرانی برخوردار است. ضریب اعتبار فرم والد مقیاس با روش  
اجرای مجدد با فاصله زمانی دو هفته از ۰/۲۹ برای اختلال  
اضطراب اجتماعی تا ۰/۷۶ برای اختلال سلوک برآورد شد  
که برای همه اختلالات به استثنای اختلال اضطراب  
اجتماعی در سطح ۰/۵۰ و ۰/۱۰ معنادار بودند. اظهار نظرها  
و داورهای مثبت متخصصان در مورد همگونی و تناسب  
محتوای پرسش‌نامه با حیطه‌های مورد سنجش آن، روایی  
پرسش‌نامه را به عنوان یک ابزار شناسایی و غربال‌کننده  
اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان مورد تأیید قرار داد.  
علاوه بر این، نتایج حاصل از محاسبه حساسیت، ویژگی و  
نقطه برش اختلال‌های موجود در پرسش‌نامه علائم مرضی  
کودک نشان داد که فرم والد پرسش‌نامه در هر یک از  
اختلال‌های کاستی توجه بیش‌فعالی، نوع بی‌توجهی غالب،  
نوع بیش‌فعالی - غالب، نوع بیش‌فعالی، لجبازی و نافرمانی،  
سلوک، اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، افسرده‌خویی،  
اتیسم، هراس اجتماعی، اضطراب جدایی و اختلال‌های تک  
نشانه‌ای همچون هراس خاص، وسواس فکری و عملی و  
تیک حرکتی کلامی از نقاط برش مناسب با حساسیت و  
ویژگی بالا برای شناسایی و غربال نمودن کودکان واجد این  
اختلال‌ها از کودکان سالم برخوردار است.

## ۲. مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب<sup>۱</sup>

مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب [۲۲] یک مقیاس  
گزارش والدین است که همراهی خانوادگی را در طول ماه  
گذشته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس شامل ۹ آیتم

از روایی تفکیکی خوبی برخوردار است و کودکان مبتلا به  
اضطراب را از کودکان عادی تفکیک می‌کند [۴۹ و ۵۰].  
روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران بر روی ۳۱۵ والد  
و کودک ایرانی سنین ۶-۱۴ ساله مورد تأیید قرار گرفته  
است. تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی از مدل شش‌عاملی  
نسخه اصلی مقیاس حمایت کرد. نتایج همچنین نشان داد،  
مقیاس اضطراب کودکان اسپنس از همسانی درونی متوسط  
تا بالا (آلفا=0/۸۹-0/۶۵) و نیز اعتبار آزمون - آزمون مجدد  
متوسط تا بالا (ضرایب همبستگی با سایر مقیاس‌ها= 0/۶۷-  
۰/۳۹ با فاصله زمانی دو هفته) برخوردار بود. روایی همگرا و  
واگرا مقیاس اضطراب کودکان اسپنس نیز تأیید شد: این  
مقیاس با علائم درونی‌سازی فهرست رفتاری کودک و در  
سطحی پایین‌تر با علائم برونی‌سازی فهرست رفتاری کودک  
همبستگی معنادار داشت [۵۱].

## ۳. پرسش‌نامه علائم مرضی کودک - فرم والد [۴۶]

این پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان را بر اساس  
ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مورد  
ارزیابی قرار می‌دهد و دارای دو فرم والد و معلم است. برای  
شناسایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی زیر  
مقیاس اضطراب جدایی فرم والدین، که دارای ۱۰ پرسش  
است، استفاده شد چراکه این اختلال تنها از طریق گزارش  
والدین از وضعیت کودکانشان در فرم والد قابل شناسایی  
است. این پرسش‌نامه دارای دو شیوه نمره‌گذاری است.  
نخستین شیوه نمره برش غربال‌کننده است که در یک  
مقیاس ۴ درجه‌ای هرگز=۰، بعضی اوقات=۰، اغلب اوقات=۱  
و بیشتر اوقات نیز=۱ است و نقطه برش، از حاصل جمع  
تعداد پرسش‌هایی که به عنوان اغلب یا بیشتر پاسخ داده‌اند به  
دست می‌آید. دومین روش نمره‌گذاری بر حسب شدت  
نشانه‌های مرضی در یک مقیاس ۴ درجه‌ای هرگز=۰، بعضی  
اوقات=۱، اغلب اوقات=۲ و بیشتر اوقات نیز=۳ نمره‌گذاری  
می‌شود که از حاصل جمع نمرات هر پرسش نمره شدت  
به دست می‌آید. نقطه برش خرده مقیاس اضطراب جدایی  
این پرسش‌نامه ۴ هست که بر اساس روش نخست محاسبه  
شده است. روایی و اعتبار پرسش‌نامه در بررسی‌های متفاوت  
توسط پژوهشگران مورد محاسبه قرار گرفته است. بر اساس  
گزارش سوچ [۱۹] اعتبار پرسش‌نامه را با روش بازآزمایی و با  
فاصله زمانی ۶ هفته، ۰/۷۲ گزارش کرده است. همچنین  
پرسش‌نامه با فرم رفتاری کودک آشنیباخ و پرسش‌نامه

1. Family Accommodation Scale-anxiety (FAS-A).

عاملی مقیاس حمایت کرد. نتایج همچنین نشان داد، میزان ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۹ (برای زیر مقیاس مشارکت) تا ۰/۸۳ (برای زیر مقیاس تغییر در برنامه‌های روزمره) و برای نمره کل ۰/۸۶ برآورد شد. اعتبار آزمون - آزمون مجدد با فاصله زمانی ۲ هفته نیز برابر با ۰/۸۸ برای نمره کل همراهی خانوادگی، ۰/۸۷ برای زیر مقیاس مشارکت و ۰/۸۱ برای زیر مقیاس تغییر در برنامه‌های روزمره گزارش شد. همچنین نتایج نشان داد، این پرسش‌نامه از روایی سازه مناسب برخوردار است. همچنین نتایج نشان داد، بین نمره کل این مقیاس و زیر مقیاس‌های آن با نمره کل مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والدین و زیر مقیاس اضطراب چک لیست رفتاری کودک همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد که نشان‌دهنده روایی همگرایی مقیاس است [۵۳].

### ۳. برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی - فرم والد [۴۸]

این مصاحبه براساس چهارمین راهنمای تشخیصی آماری بیماریهای روانی برای کودکان ۶-۱۸ ساله ساخته شده است. این مصاحبه شامل سه جزء است: مصاحبه مقدماتی (اطلاعات دموگرافیک، سلامتی و دیگر اطلاعات زمینه‌ای) مصاحبه غربالگری (شامل ۸۲ علامت مربوط به ۲۰ حوزه تشخیصی) و ۵ مکمل تشخیصی: ۱. اختلالات عاطفی (افسردگی اساسی، افسرده خویی، مانیا و هیپومانیا)؛ ۲. اختلالات سایکوتیک؛ ۳. اختلالات اضطرابی (اضطراب اجتماعی، آگرافوبیا، فوبی خاص، وسواسی - جبری، اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر، وحشت‌زدگی و استرس پس از سانحه)؛ ۴. اختلالات رفتار ایدایی (اختلال نافرمانی مقابله‌ای، سلوک و بیش‌فعالی کمبود توجه) و ۵. مصرف مواد، اختلالات تیک، اختلالات خوردن و اختلالات دفعی. پس از مصاحبه با والد و کودک، یک رتبه‌بندی خلاصه بر اساس تمام منابع اطلاعاتی در دسترس و قضاوت بالینی مصاحبه‌کننده، توسط پزشک انجام می‌شود. در مطالعه انجام شده توسط کافمن و همکاران [۴۸] عنوان گردید که KSADS-PL قادر به شناسایی روا و پایایی اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان است. شهریور و همکاران [۵۴]، نیز در ایران نشان دادند که این برنامه از اعتبار و روایی مناسب در کودکان و نوجوانان ایرانی برخوردار است.

است که فراوانی مشارکت اعضای خانواده درعلایم کودک (شامل ۵ آیتم) و تغییر در برنامه‌ها و کارهای روزمره خانوادگی (شامل ۴ آیتم) را در والدین مورد جستجو و پرسش قرار می‌دهد. آیتم‌ها در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (روزانه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره همراهی خانوادگی بر اساس مجموع نمرات در این ۹ آیتم محاسبه می‌شود. آیتم‌های مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب در مورد همه اختلالات اضطرابی کودکان استفاده می‌شود و فراوانی انواع مختلف همراهی را گزارش می‌کنند. این مقیاس در خارج از کشور اعتبار و روایی مناسبی برخوردار بوده است. بررسی‌های روان‌سنجی نشان می‌دهد که این مقیاس از همسانی درونی عالی ( $\alpha=0/90$ ) و روایی همگرا و واگرایی بسیار مناسب برخوردار است. نمره کلی این مقیاس با شدت علائم اضطرابی که به وسیله پرسش‌نامه غربالگری اختلالات هیجانی وابسته به اضطراب کودک<sup>۱</sup> مورد ارزیابی قرار گرفت، هم در نمونه کلینیکی و هم در نمونه غیرکلینیکی دارای رابطه مثبت معنادار بود که نشان‌دهنده روایی همگرایی مقیاس است. همچنین بعد از کنترل رابطه معنادار بین علائم اضطراب و افسردگی که به وسیله پرسش‌نامه احساس و خلق<sup>۲</sup> مورد سنجش قرار گرفت، همبستگی پاره‌ای بین مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب و پرسش‌نامه احساس و خلق معنادار نبود، که این حاکی از روایی واگرایی مقیاس است. در مقابل همبستگی پاره‌ای بین این مقیاس و پرسش‌نامه غربالگری اختلالات هیجانی وابسته به اضطراب کودک، حتی بعد از کنترل نمرات پرسش‌نامه احساس و خلق، معنادار باقی ماند. نتایج تحلیل عامل اکتشافی مقیاس نیز با استفاده از تحلیل موازی نیز ساختار ۲ عاملی مقیاس را تأیید کرد، نشان داد، یک مدل ۲ عاملی ۶۲/۲ درصد از واریانس داده‌ها را تبیین می‌کند و این یافته با استفاده از نمودار اسکوری تأیید شد [۲۲]. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران بر روی ۳۸۵ نفر از مادران کودکان عادی ۶-۱۲ ساله استان گلستان مورد تأیید قرار گرفته است. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران بر روی ۳۸۵ از مادران کودکان عادی مورد تأیید قرار گرفته است. تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی از مدل ۲

1. Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED).
2. Mood and Feelings Questionnaire (MFQ).



## د. شیوه انجام پژوهش

جهت انجام پژوهش در ابتدا با ۲ مرکز روانپزشکی کودک و ۴ مدرسه ابتدایی شهر گرگان در زمینه نمونه پژوهش و معیارهای ورود و خروج هماهنگی‌های لازم انجام شد. سپس باتوجه به ملاک‌های ورود و خروج مطرح شده در پژوهش، ۳۴ نفر کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، با روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه، ضمن دعوت از والدین و ارائه توضیحات صادقانه درمورد هدف، مدت و روش انجام مطالعه و اطمینان‌بخشی در مورد محرمانه بودن اطلاعات و موافقت آگاهانه، به صورت رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش از آنها دریافت و به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنها و کودکانشان کاملاً محرمانه نگهداری می‌شود و نتیجه طرح به صورت کلی بدون ذکر نام و مشخصات منتشر خواهد شد. در ضمن در مراحل پژوهش سعی شد هیچگونه آسیبی به شرکت‌کنندگان در پژوهش وارد نشود و شرکت‌کنندگان برای حضور در درمان تحت فشار و اجبار نباشند و امکان ترک جلسه و یا انصراف از ادامه همکاری در پژوهش برای آنها وجود داشته باشد. سپس پرسش‌نامه علائم مرضی کودک ( فرم والد)، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والدین و مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب، توسط مادران کودکان مبتلا به اضطراب به عنوان پیش‌آزمون تکمیل شد. در ادامه، نمونه پژوهش به تصادف در دو گروه ۱۷ نفری آزمایش (آموزش برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی) و کنترل، جایگزین شدند. مادران گروه آزمایش در ۱۰ جلسه آموزشی دو ساعته به شیوه گروهی و هفتگی و با توالی هر هفته یک جلسه و به مدت دو ماه و نیم شرکت کردند. نحوه انجام کار چنین بود

که در ابتدا بعد از ایجاد ارتباط با مادران، در هر جلسه موضوعات اصلی با زبان ساده و قابل فهم و با استفاده از مثال‌های واقعی برای آنها بازگو شد و از آنها خواسته شد، در صورت احساس مشکل و یا داشتن پرسش آن را مطرح و ایفای نقش نمایند تا درمانگر به اتفاق دیگر اعضای جلسه در این مورد بحث و گفتگو نمایند. در پایان هر جلسه نیز خلاصه کلی مطالب جلسه به صورت تایپ شده به شرکت‌کنندگان ارائه گردید و همچنین تکالیف لازم مربوط به آن جلسه جهت تمرین در منزل به آنها داده شد. لازم به ذکر است که در ابتدای هر جلسه مطالب جلسات قبل مرور شده و سپس در مورد تکالیف منزل و مشکلات مربوط به آن، بحث شده و با رفع مشکلات و پرسش‌های احتمالی، به موضوع جدید پرداخته می‌شد. شیوه برگزاری جلسات به صورت بحث گروهی بود و درمانگر بطور مستقیم مطالب آموزشی را همراه با مثال‌های واقعی، بازگو می‌کرد و مادران نیز فعالانه در بحث‌ها شرکت می‌کردند [۴۱]. با مادران گروه کنترل در طول پژوهش، هیچگونه مداخله آموزشی - درمانی انجام نشد و اعضای آن فقط در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری شرکت کردند. در طول درمان ۲ نفر از مادران گروه آزمایش و ۱ نفر از مادران گروه کنترل از مطالعه خارج شدند. پس از اتمام جلسات، مادران دوگروه، مجدد پرسش‌نامه علائم مرضی کودک (فرم والد)، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس و مقیاس همراهی خانوادگی را تکمیل کردند. جهت رعایت اصول اخلاقی دو هفته بعد از اتمام پژوهش کودکان و والدین گروه کنترل نیز تحت آموزش برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی قرار گرفتند. خلاصه‌ای از طرح درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی برنامه آموزشی از کمرویی به جرئت‌مندی

جلسه	محتوای جلسات
اول: معرفی برنامه و مفاهیم بنیادین اضطراب	نقش توجه والدینی در رفتار کودک، علت‌های اختلالات اضطرابی کودک، مقدمه‌ای بر درمان شناختی رفتاری: افکار، احساسات، رفتار و هفت فکر اطمینان بخش، نکاتی در مورد رژیم غذایی، کافئین و عادات روزمره
دوم: ارتقای تعامل والد - کودک از طریق بازی	ایجاد رابطه والد - کودک و عزت‌نفس با استفاده از بازی کودک محور؛ والدین تشویق می‌شوند هر روز ۵-۱۰ دقیقه در این بازی شرکت کنند
سوم: آموزش اضطراب و درک اضطراب کودکان	پاسخ جنگ‌وگریز، اجتناب، افکار، احساسات و رفتار در اضطراب، مدل‌سازی اضطراب والدین

ادامه جدول ۱. محتوای جلسات درمانی برنامه آموزشی از کمرویی به جرئت‌مندی

جلسه	محتوای جلسات
چهارم: سلسله‌مراتب تحسین و ترس	تحسین کردن با هدف تشویق رفتارهای خوب و جرئت‌مندانه، نکاتی برای استفاده مؤثر تحسین و تمجید، استفاده از سلسله‌مراتب ترس برای مقابله با ترس کودکان
پنجم: استفاده از جایزه	استفاده از جوایز و جدول‌های رفتاری برای تشویق رفتارهای خوب و جرئت‌مندانه
ششم: اعمال محدودیت	استفاده از دستورات واضح و آرام برای مدیریت مشکلات رفتاری
هفتم: استفاده از تکنیک بی‌توجهی (نادیده‌گرفتن) برای مدیریت رفتار کودک	حذف توجه برای خاموش کردن رفتار ناخواسته خفیف و اطمینان‌جویی مضطربانه
هشتم: مدیریت نگرانی کودک	گوش‌دادن، حل مسئله، آزمایش رفتاری، حواس‌پرتی و تعیین زمان نگرانی برنامه‌ریزی شده
نهم: مدیریت رفتارهای مشکل‌آفرین کودک	آموزش و ایفای نقش پیامد رفتاری، کواپت تایم و تایم اوت با کودک مضطرب
دهم: جمع‌بندی	پیشگیری از عود، کمک به مدرسه برای مدیریت رفتار کودک، برنامه‌ریزی برای جلسات پیگیری، گواهینامه‌ها و جشن پایانی

ه. شیوه تحلیل داده‌ها

در تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش‌های از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در این تحلیل نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر کمکی یا هم‌تغییر برای کنترل اثرات آن بر روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری در نظر گرفته خواهد شد. لازم به ذکر است، در این پژوهش تمامی مفروضه‌های لازم قبل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بررسی شدند. به منظور بررسی معناداری بالینی تأثیر آموزش برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی، به محاسبه درصد بهبودی که از جمله روش‌های کاربردی در شرایط بالینی است، استفاده شد.

نتایج

در این قسمت (الف) به یافته‌های توصیفی پرداخته، سپس در قسمت (ب) نتایج استنباطی ارائه خواهد شد.

الف. در این پژوهش تعداد کل آزمودنی‌های پژوهش ۳۱ نفر است که از این تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل بودند. جدول ۱ در برگیرنده میانگین و انحراف استاندارد سن کودکان و مادران دو گروه آزمایش و کنترل و جدول ۲ نشانگر میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب و همراهی خانوادگی با اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. نتایج ارائه شده در جدول ۲، نشان می‌دهد که  $t$  مشاهده شده مربوط به مقایسه میانگین سن کودکان گروه آزمایش و گروه کنترل برابر (۰/۲۸) با درجه آزادی ۶ بوده که نشانگر نبود تفاوت معنادار سن کودکان دو گروه کنترل و آزمایش می‌باشد. همچنین مقدار  $t$  محاسبه شده مربوط به سن مادران دو گروه آزمایش و کنترل برابر (۰/۹۷) است و در مقایسه با مقادیر بحرانی، نشانگر تفاوت معنادار میانگین سنی دو گروه نیست.

جدول ۲. مقایسه سن کودکان و مادران دو گروه آزمایش و کنترل

نمونه	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معناداری	t	درجه آزادی	سطح معناداری
کودک	آزمایش	۸/۴۶	۰/۹۹	۰/۱۵	۰/۶۹	-۰/۹۷	۲۹	۰/۳۳
	کنترل	۸/۸۱	۰/۹۸					
مادر	آزمایش	۳۰/۱۳	۱/۰۹	۰/۳۴	۰/۵۵	۰/۵۰	۲۹	۰/۶۱
	کنترل	۲۹/۷۵	۰/۹۸					

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات اضطراب کودکان و همراهی خانوادگی والدین در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	آزمون	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵/۰۶	۱/۵۷	۱۳	۱۸
		کنترل	۱۴/۷۵	۱/۲۳	۱۳	۱۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۶/۵۳	۱/۱۲	۵	۹
		کنترل	۱۴/۹۳	۱/۰۶	۱۳	۱۷
	پیگیری	آزمایش	۶/۸۰	۱/۲۴	۵	۱۰
		کنترل	۱۴/۸۱	۰/۹۸	۱۳	۱۷
همراهی خانوادگی با اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۹/۴۶	۲/۶۶	۲۷	۳۵
		کنترل	۳۰/۳۱	۱/۵۳	۲۸	۳۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰/۲۰	۱/۸۵	۸	۱۶
		کنترل	۲۹/۸۷	۱/۴۰	۲۸	۳۳
	پیگیری	آزمایش	۱۰/۸۶	۱/۸۸	۹	۱۶
		کنترل	۲۹/۵۶	۱/۶۳	۲۷	۳۴

کودک با توجه به متغیر مستقل دوسطحی (گروه آزمایش و کنترل)، متغیر وابسته (نمرات اضطراب و همراهی خانوادگی) و همچنین متغیر هم‌پراش (نمرات پیش‌آزمون اضطراب و همراهی خانوادگی) از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد. در این تحلیل پس از حذف اثرات پیش‌آزمون، نمرات اضطراب و همراهی خانوادگی در پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه مقایسه شد. علاوه بر این جهت معناداری بالینی از در صد بهبودی که از جمله روش‌های کاربردی در شرایط بالینی است استفاده شد. جداول ۴-۶ در بر گیرنده نتایج یاد شده است.

چنانچه در جدول ۳ نیز مشاهده می‌شود، میانگین نمره اضطراب در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. همچنین در مرحله پیگیری این کاهش حفظ شده است. این در حالی است که در گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نمرات تقریباً ثابت مانده است. البته در ادامه معناداری تفاوت‌ها را در قسمت بعدی پی خواهیم گرفت.

ب. در این قسمت برای بررسی اثربخشی برنامه از کمروبی به جرئت‌مندی بر کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی کودکان و همراهی خانوادگی مادران با اضطراب

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری اثربخشی درمان از کمروبی به جرئت‌مندی در پس‌آزمون و پیگیری نمرات اضطراب و همراهی خانوادگی

سطح معناداری	خطا df	فرضیه df	F	ارزش	اثر
پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۲۶	۲	۶۵۷/۳۳	۰/۹۸	اثر پیلایی
	۲۶	۲	۶۵۷/۳۳	۰/۰۱	لامبادای ویلکز
	۲۶	۲	۶۵۷/۳۳	۵۰/۵۶	اثر هتلینگ
	۲۶	۲	۶۵۷/۳۳	۵۰/۵۶	بزرگ‌ترین ریشه خطا
پیش‌آزمون- پیگیری	۲۶	۲	۴۹۸/۲۸	۰/۹۷	اثر پیلایی
	۲۶	۲	۴۹۸/۲۸	۰/۰۲	لامبادای ویلکز
	۲۶	۲	۴۹۸/۲۸	۳۸/۳۳	اثر هتلینگ
	۲۶	۲	۴۹۸/۲۸	۳۸/۳۳	بزرگ‌ترین ریشه خطا

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی

منبع	وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجدور ایتا
گروه	پس‌آزمون اضطراب	۵۱۸/۰۴	۱	۵۱۸/۰۴	۴۹۰/۴۸	۰/۰۰	۰/۹۴
	پیگیری اضطراب	۴۹۴/۶۸	۱	۴۹۴/۶۸	۴۸۳/۰۲	۰/۰۰	۰/۹۴
خطا	پس‌آزمون اضطراب	۲۸/۵۱	۲۷	۱/۰۵			
	پیگیری اضطراب	۲۷/۶۵	۲۷	۱/۰۲			
کل	پس‌آزمون اضطراب	۴۲۴۵/۰۱	۳۱				
	پیگیری اضطراب	۴۲۰۵/۰۱	۳۱				
گروه	پس‌آزمون همراهی خانوادگی	۲۸۷۲/۲۷	۱	۲۸۷۲/۲۷	۱۰۱۵/۳۰	۰/۰۰	۰/۹۷
	پیگیری همراهی خانوادگی	۲۵۶۲/۲۲	۱	۲۵۶۲/۲۲	۸۲۲/۳۶	۰/۰۰	۰/۹۶
خطا	پس‌آزمون همراهی خانوادگی	۷۶/۳۷	۲۷	۲/۸۲			
	پیگیری همراهی خانوادگی	۸۴/۱۲	۲۷	۳/۱۱			
کل	پس‌آزمون همراهی خانوادگی	۱۵۹۱۹/۰۱	۳۱				
	پیگیری همراهی خانوادگی	۱۵۸۴۴/۰۱	۳۱				

جدایی شده است و این تأثیر باتوجه‌به نتایج دوره پیگیری با ثبات بوده است

همچنین مقایسه گروهی نتایج و درصد بهبودی دو گروه در اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی با اضطراب در جدول ۶ آمده است. گروه آزمایش پس از دریافت مداخله، در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون (۵۷ درصد) و پیگیری (۵۵ درصد) اضطراب جدایی و پس‌آزمون (۶۵ درصد) و پیگیری (۶۳ درصد) همراهی خانوادگی با اضطراب، درصد بهبودی معنادار نشان داده است؛ چراکه هر دو درصد از میزان معنی‌داری درصد بهبودی، یعنی ۵۰ درصد بالاتر هستند [۵۵]. در حالی که گروه کنترل از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری بهبودی معنادار نشان نداد و درصد بهبودی آن در اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی با اضطراب بسیار پایین و در حد صفر است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ اضطراب جدایی در مرحله پس‌آزمون ( $P=۰/۰۰۰۱, F=۴۹۰/۴۸$ ) و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ( $P=۰/۰۰۰۱, F=۴۸۳/۰۲$ ). به عبارت دیگر بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت؛ برنامه آموزشی از کمرویی به جرئت‌مندی باعث کاهش اضطراب جدایی در کودکان شده است و این تأثیر باتوجه‌به نتایج دوره پیگیری با ثبات بوده است. همچنین بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ همراهی خانوادگی با اضطراب در مرحله پس‌آزمون ( $P=۰/۰۰۰۱, F=۱۰۱۵/۳۰$ ) و پیگیری نیز تفاوت معنادار وجود دارد ( $P=۰/۰۰۰۱, F=۸۲۲/۳۶$ )؛ بنابراین برنامه آموزشی از کمرویی به جرئت‌مندی باعث کاهش همراهی خانوادگی با اضطراب در مادران کودکان مبتلا به اضطراب

جدول ۶. درصد بهبودی گروه‌ها در اضطراب و همراهی خانوادگی با اضطراب

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	درصد بهبودی در پس‌آزمون	درصد بهبودی در پیگیری
اضطراب جدایی	آزمایش	۱۵/۰۶	۶/۵۳	۶/۸۰	۰/۵۷	۰/۵۵
	کنترل	۱۴/۷۵	۱۴/۹۳	۱۴/۸۱	-۰/۰۱	-۰/۰۰۴
همراهی خانوادگی	آزمایش	۲۹/۴۶	۱۰/۲۰	۱۰/۸۶	۰/۶۵	۰/۶۳
	کنترل	۳۰/۳۱	۲۹/۸۷	۲۹/۵۶	۰/۰۱	۰/۱۵

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها انجام شد. یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان داد، برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها اثربخش بوده و توانسته است اضطراب کودکان مبتلا به اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها را به طور معنادار کاهش دهد. این نتایج با یافته‌های به دست آمده از کارت - راییت هاتون و همکاران [۴۱]؛ کارت - راییت هاتون [۴۲] و مری [۴۳] همخوان است که این همخوانی با دیگر یافته‌ها در شرایط فرهنگی متفاوت می‌تواند به این علت است که اختلال اضطراب جدایی به طور کلی پدیده‌ای فرافرهنگی است، هر چند ممکن است در محتوای مسائل بوجود آمده، شرایط فرهنگی نیز دخالت داشته باشد. از سوی دیگر، اصولی که برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر آن بنا شده، تئوری‌هایی است که نقش آنها در تبیین بخشی از رفتارهای آدمی غیر قابل انکار است. بدین‌خاطر نتایج این تحقیق شباهت قابل توجهی با دیگر تحقیقات به دست آورده است.

اثربخشی برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی در کاهش اضطراب جدایی کودکان و همراهی خانوادگی والدین آنها را می‌توان به دلایل منطقی زیر نسبت داد: در بحث سبب‌شناسی اختلال اضطرابی اشاره شد که محیط خانوادگی نقش بنیادین در سبب‌شناسی این اختلال در کودکان دارد؛ زیرا از یک سو خود به عنوان یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی در کودک محسوب می‌شود و ارتباط مستقیم با بروز رفتارهای اضطرابی در کودکان دارد و از سوی دیگر این عامل گهگاه سایر عوامل سبب‌شناسی را تعدیل می‌کند. والدین کودکان مضطرب با استفاده از شیوه‌های فرزندپروری کنترل‌کننده، مداخله‌کننده، بیش‌مراقبتی و درگیرانه، به کودکان خود اجازه کمی برای استقلال و خود پیروی می‌دهند و تکالیفی را که کودکانشان می‌توانند به طور مستقل و قابل قبول انجام دهند، شخصاً بر عهده می‌گیرند و به احتمال بیشتری از طریق همراهی بیش از حد با علائم اضطرابی کودکانشان، رفتارهای اجتنابی آنها را در هنگام فعالیت‌های حل مسئله و

مواجهه مورد تأیید قرار می‌دهند [۳۰ و ۵۶]. چنین استراتژی‌های فرزندپروری، توانایی کودک را در مواجهه با موقعیت‌های ترس‌آور و حل موفقیت‌آمیز این موقعیت‌ها، محدود می‌کند و فرصت کارآمد شدن و مهارت پیدا کردن را از کودک می‌گیرد [۲۵] و باعث اتکا مداوم کودک به والدین برای نظم‌بخشی و اجتناب از حالت‌های احساسی درونی‌شان می‌شود [۱۹]. شیوه‌های تربیتی خشن و ناهماهنگ و سطوح کم تقویت مثبت نیز ممکن است موقعیتی فراهم کند که کودکان با پیش‌زمینه مزاجی اضطراب، به اختلالات اضطرابی مبتلا شوند [۴۲]. مؤلفه‌هایی که در برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بسیار مورد توجه است و این برنامه با آموزش مهارت‌های مناسب فرزندپروری و کاهش فرزندپروری ناکارآمد، توانسته است نقش بارزی در کاهش همراهی خانوادگی مادران و به دنبال آن کاهش اضطراب در کودکان مبتلا به اضطراب جدایی بازی کند؛ لذا جای تعجب نیست که آموزش برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی، سازگار با منطق نظری خود، از طریق آموزش تعاملات مثبت والد - کودک و روش‌های مؤثر فرزندپروری به مادران و نیز آموزش روش‌های مناسب مدیریت اضطراب کودک به آنها، نقش مهمی در کاهش همراهی خانوادگی به عنوان یکی از شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد و به دنبال آن کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اضطراب جدایی داشته است. از طرف دیگر بسیاری از مادرانی که در گروه آموزشی شرکت می‌کنند، خود را به خاطر مشکلات کودکانشان مقصر می‌دانند و یا بر عکس، اعتقاد دارند که فرزندانشان به صورت ارادی، راهی را برای اذیت و آزار آنها انتخاب کرده‌اند [۲۷ و ۵۷]. از آنجایی که رفتارهای تضادورزانه کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی فراوان رخ می‌دهند، اغلب والدین، نگاهی توأم با بدبینی به کودکان خود دارند و آنها را طرد می‌کنند و یا این رفتارها را با تقویت‌های تصادفی افزایش می‌دهند [۵۸]. حضور مادران در بین افرادی که همگی مشکلات مشابه هم را تجربه می‌کردند و توضیح در مورد ماهیت و علت اضطراب جدایی در طول مداخله، به والدین کمک می‌کند، شناخت‌های نادرست خود را تغییر دهند و با کاهش احساس گناه ناشی از مقصر دانستن خود و احساس خشم ناشی از مقصر دانستن کودکان، علاوه بر ایجاد احساسات مثبت در خود و تعامل بهتر با کودکان، باعث کاهش اضطراب در کودکان شوند.

## سیاسگزاری

شایسته است از همکاری صادقانه جناب آقای دکتر مقصودلو، دکتر مبشری و مدیران مدارس هدف و پیشگامان و نیز شرکت‌کنندگان در این مطالعه تشکر نماییم.

## منابع

- 1- Canals J, Voltas N, Hernández-Martínez C, Cosi S, Arija V. Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 28: 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- 2- Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, Ali MM, Lynch SE, Bitsko RH, et al. Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *J Pediatr*. 2019; 206: 256–267. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021>. Epub 2018 Oct 12
- 3- Curry JF, March JS. “Comorbidity of childhood and adolescent anxiety disorders,” in *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician’s Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*, eds T. H. Ollendick and J. S. March (Oxford: Oxford University Press). 2004: 116–140. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195135947.003.0005>
- 4- Beidel DC, Turner SM. *Shy Children, Phobic Adults: Nature and Treatment of Social Anxiety Disorder*, 2nd Edn. Washington, DC: *American Psychological Association*, 2007. <https://doi.org/10.1037/11533-000>
- 5- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSMIV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- 6- World Health Organization. Health for the World’S Adolescents: A Second Chance in the Second Decade. Retrieved from: [https://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/1612\\_MNCAH\\_HWA\\_Executive\\_Summary](https://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary). 2014. <https://iris.who.int/handle/10665/112750>
- 7- In-Albon T, Meyer AH, Schneider S. Separation Anxiety Avoidance Inventory-Child and Parent Version: Psychometric Properties and Clinical Utility in a Clinical and School Sample. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2013; 44: 689–697. <https://doi.org/10.1007/s10578-013-0364-z>

همچنین تحقیقات رشدی ثابت کرده‌اند که کفایت<sup>۱</sup> و عزت‌نفس والدگری<sup>۲</sup> به عنوان جنبه‌های مهمی از شناخت‌های والدینی، نقش مهمی را در رشد و حفظ اضطراب در کودکان بازی می‌کند [۵۹]. طی برنامه، به دلیل افزایش آگاهی والدین نسبت به نقش‌های والدگری و ایجاد باور مثبت ناشی از مدیریت مؤثر اضطراب در کودکان، خودکارآمدی ادراک شده و رضایت از نقش‌های فرزندپروری در والدین، افزایش می‌یابد؛ چراکه والدین کاهش اضطراب در کودک را حاصل تلاش‌های خود و تغییرات رفتاری خود می‌بینند و به این باور دست می‌یابند که می‌توانند به کودک خود کمک کنند و در برابر واکنش‌های منفی اضطرابی کودک به صورت کارآمد، مقاومت کنند [۲۲ و ۶۰]؛ بنابراین به نظر می‌رسد برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی از طریق افزایش کفایت والدگری در مادران در کاهش همراهی خانوادگی بیش از حد آنها و بدنبال آن کاهش اضطراب جدایی در کودکان نقش مؤثری داشته است.

والدین کودکان مضطرب نیز اغلب مضطرب هستند و از موقعیت‌های اضطراب‌زا در حضور فرزندان خود اجتناب می‌کنند که خود این الگوی رفتاری نقش مهمی در تداوم اضطراب در کودکان دارد؛ بنابراین به نظر می‌رسد، برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی با ایجاد آرامش و کاهش اضطراب در مادران از طریق تکنیک‌های مدیریت و کنترل اضطراب، به والدین کمک کرده است تا یاد بگیرند که چگونه خود را در موقعیت‌های اضطراب‌آور کنترل کنند و از بروز احساساتی مانند ترس و اضطراب در حضور کودک جلوگیری کنند [۴۲] که این موضوع می‌تواند باعث کاهش اضطراب در کودکان شود.

این مطالعه محدود به آموزش کودکان و مادران آنها بوده است و از تأثیر حضور پدران و آموزش آنها، در شرایط فرهنگی خود، مطلع نیستیم. همچنین بدون بررسی دیگر زیرگروه‌های اضطراب به دلیل کمبود آزمودنی از دیگر محدودیت‌های این تحقیق بوده که باتوجه به اینکه پژوهش حاضر در ایران، مطالعه‌ای مقدماتی بوده، بدون تردید پژوهش‌های آتی با حذف این محدودیت‌ها و در طرح‌های تجربی متفاوت، می‌تواند گستره‌های تازه‌ای را در مورد تأثیر برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی در مقابل ما بگشاید.

1 . Competenc.

2 . Parenting Self-Esteem.

- 17-Cobham VE, Dadds MR, Spence SH, McDermott B. Parental anxiety in the treatment of childhood anxiety: A different story three years later. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2010; 39: 410-420. <https://doi.org/10.1080/15374411003691719>
- 18-Micco JA, Henin A, Mick E, Kim S, Hopkins CA, Biederman J. Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: a metaanalysis. *J Anxiety Disord*. 2009; 23(8): 1158-1164. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.021>
- 19-Suveg C, Sood E, Comer JS, Kendall PC. Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009; 38. <https://doi.org/10.1080/15374410902851721>
- 20-Cooper-Vince CE, Pincus DB, Comer JS. Maternal intrusiveness, family financial means, and anxiety across childhood in a large multiphase sample of community youth. *J Abnorm Child Psychol*. 2014; 42(3): 429-438. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9790-4>
- 21-Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother*. 2013; 12(2): 229-238. <https://doi.org/10.1586/ern.11.200>
- 22-Lebowitz ER, Woolston J, Bar-Haim Y, Calvocoressi L, Dauser C, Warnick E, et al. Family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2013; 30: 47-54. <https://doi.org/10.1002/da.21998>
- 23-Caporino N, Morgan J, Beckstead J, Phares V, Murphy T, Storch EA. A structural equation analysis of family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2012; 40(1): 133-143. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9549-8>
- 24-McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27(2): 155-172. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002>
- 25-Flessner CA, Sapyta J, Garcia A, Freeman JB, Franklin ME, Foa E, et al. Examining the psychometric properties of the Family Accommodation Scale-Parent-Report (FAS-PR). *J Psychopathol Behav Assess*. 2011; 33(1): 38-46. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9196-3>
- 26-Ginsburg GS, Siqueland L, Masia-Warner C, Hedtke KA. Anxiety disorders in children: family matters. *Cogn Behav Pract*. 2004; 11(1): 28-43. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(04\)80005-1](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80005-1)
- 8- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author; 2013. <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 9- Espada JP, Mendez X, Orgiles M. Psychometric properties and ability of the separation anxiety scale for children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 17: 365-372. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0678-8>. Epub 2008 Apr 21.
- 10-Biederman J, Petty C, Faraone S, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Rauf A, et al. Childhood antecedents to panic disorder in referred and non referred adults. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005; 15: 549-562. <https://doi.org/10.1089/cap.2005.15.549>
- 11-Kendall PC, Compton SN, Walkup JT, Birmaher B, Albano AM, Sherill A. Clinical Characteristics of anxiety disorders youth. *J Anxiety Disord*. 2010; 24: 360-365. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.009>. Epub 2010 Feb 6
- 12-Ceyhan A, Ceyhan E. Relationship between early separation anxiety and depressive symptoms: The mediating role of locus of control and problem-solving skills. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*. 2009; 7(1): 3-17. <https://www.gcu.edu.pk/pages/gcupress/pjscp/volumes/pjscp2009-1.pdf>
- 13-Schneider S, Blatter-Meunier J, Herren, C, Adornetto C, In-Albon T, Lavallee K. Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: A randomized waiting-list-controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2011; 80(4): 206-215. <https://doi.org/10.1159/000323444>
- 14-Breinholz S, Esbjorn BH, Reinholdt-Dunne ML, Stallard P. CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *J Anxiety Disord*. 2012; 26: 416-424. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.014>
- 15-Lewinsohn PM, Holm-Denoma JM, Small JW, Seeley JR, Joiner TE. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47(5): 549-556. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816765e7>
- 16-Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008; 37: 105-130. <https://doi.org/10.1080/15374410701817907>

- 35-Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SL. A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety disorders and temperament. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48: 602–609.  
<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819f6fa9>
- 36-Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Pollock-Wurman RA, McQuade J, Biederman J. Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78: 498–510.  
<https://doi.org/10.1037/a0019055>
- 37-Eisen AR, Raleigh H, Neuhoff CC. Parent-Child Interaction Therapy for Treatment of Separation Anxiety Disorder in Young Children: A Pilot the Unique Impact of Parent Training for Separation Anxiety Disorder in Children. *Behav Ther*. 2008; 39: 195–206.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.07.004>
- 38-Lau EX, Rapee RM, Coplan RJ. Combining child social skills training with a parent early intervention program for inhibited preschool children. *J Anxiety Disord*. 2017; 51: 32–8.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.007>
- 39-Havighurst SS, Wilson KR, Harley AE, Kehoe CE. Dads “Tuning in to Kids”: a randomized controlled trial of an emotion socialization parenting program for fathers. *Soc Dev*. 2019; 28: 979–97. <https://doi.org/10.1111/sode.12375>
- 40-Thienemann, M., Moore, P., & Tompkins, K. A parent-only group intervention for children with anxiety disorders: pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45: 37–46.  
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000186404.90217.02>
- 41-Cartwright-Hatton, S. *From timid to tiger*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2010.  
[https://books.google.com/books/about/From\\_Timid\\_To\\_Tiger.html?id=eP8deUQbsUOC](https://books.google.com/books/about/From_Timid_To_Tiger.html?id=eP8deUQbsUOC)
- 42-Cartwright-Hatton S, McNally D, Field AP, Rust S, Laskey B, Dixon C, Woodham A. A new parenting-based group intervention for young anxious children: Results of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50: 242–251. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.015>
- 43-Merry SN. 'Timid to Tiger' group parenting training reduces anxiety diagnoses in 3-9-year-olds. *Evid Based Ment Health*. 2011; 14, 74.  
<https://doi.org/10.1136/ebmh.14.3.74>
- 27-Lebowitz ER, Omer H, Hermes H, Scahill L. Parent Training for Childhood Anxiety Disorders: The SPACE Program. *Cogn Behav Pract*. 2014; 21: 456–469.  
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.10.004>
- 28-Peters TE, Connolly S. Psychopharmacologic Treatment for Pediatric Anxiety Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012; 21: 789–806.  
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.07.007>
- 29- Kodish I, Rockhill C, Varley C. *Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents Dialogues Clin Neurosci*. 2012; 13(4): 439–452.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/ikodish>
- 30-Eisen AR, & Toffey KL. Separation anxiety disorder. In B. O. Olatunji (Ed.), *The Cambridge handbook of anxiety and related disorders*. Cambridge University Press; 2019. 550-575.  
<https://doi.org/10.1017/9781108140416.020>
- 31-Eisen AR, Sussman JM, Schmidt T, Mason L, Hausler LA, Hashim R. Separation anxiety disorder. In McKay, D. & Storch, E. A. (ed.), *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders, Part 4*. New York: NY: Springer Science + Business Media; 2011. 245-259.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7784-7\\_17](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7784-7_17)
- 32-Comer JS, Puliafico AC, Aschenbrand SG, McKnight K, Robin JA, Goldfine ME, Albano A. M. A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. *J Anxiety Disord*. 2012; 26(1): 40–49.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.011>. Ep ub 2011 Aug 25.
- 33-Möller EL, Nikolić M, Majdandžić M, Bögels SM. Associations between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early childhood: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016; 45: 17–33.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.002>
- 34-Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitasbesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *Br J Clin Psychol*. 2004; 43, 4: 1–436.  
<https://doi.org/10.1348/0144665042388928>



- ۵۳-زمانی م، جلالی م، پوراحمدی ا. نقش همراهی خانوادگی با علایم کودک، شیوه‌های فرزندپروری و استرس والدگری در پیش‌بینی شدت اختلالات اضطرابی در کودکان ۶ تا ۱۰ ساله در استان گلستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۳۹۸؛ ۲۱(۲): ۸۸-۹۸.  
<http://goums.ac.ir/journal/article-1-3268-fa.html>
- 54-Shahrivar, Z, Kousha, M, Moallemi, S, Tehrani-Doost, M, Alaghand-Rad, J. The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Lifetime Version - Persian Version. *child and Adolescent Mental Health*. 2010; 15: 97-102.  
<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00518.x>
- 55-Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical Significance: History, Application, and Current Practice. *Clin Psychol Rev*. 2010; 21(3): 421-446.  
[https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00058-6](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00058-6)
- 56-Pincus DB, Chase R, Chow CW, Weiner CL, Cooper-Vince C, Eyberg SM. Efficacy of modified Parent-Child Interaction Therapy for young children with separation anxiety disorder. Paper presented at the the 44th annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, San Francisco: CA; 2010.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-014-0172-4>
- 57-Sanders M, Calam R, Durand M, Liversidge T, Carmont SA. Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the Triple P—Positive Parenting Programme? *J Child Psychol Psychiatry*. 2011; 49: 924-932.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1469-7610.2008.01901.x>
- 58-Rapee RM. Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2012; 15(1): 69-80.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-011-0106-3>
- 59-Wheatcroft R, Creswell C. Parental cognitions and expectations of their preschool children: the contribution of parental anxiety and child anxiety. *Br J Dev Psychol*. 2007; 25(3): 435-441. <https://doi.org/10.1348/026151006x173288>
- 60-Herren C, In-Alban T, Schneider S. Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012; 44(1): 53-60.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.005>
- ۴۴-بازرگان ع، سرمد ز، حجازی ا. روش تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگاه؛ ۱۴۰۲.
- ۴۵-دلور ع. روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم رفتاری (ویراست پنجم). تهران: انتشارات ویرایش؛ ۱۴۰۱.
- 46-Gadow KD, Sprafkin J. Child symptom inventories manual. Stony brook, Ny: Checkmate Plus, 1994.  
<https://search.worldcat.org/title/Child-symptom-inventory-4--screening-and-norms-manual/oclc/175006479>
- 47-Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. *Behav Res Ther*. 1998; 36: 545-566.  
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00034-5)
- 48-Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao UMA, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1997; 36: 980-988.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- 49-Whiteside SP, Brown AM. Exploring the Utility of the Spence Children's Anxiety Scales Parent- and Child-Report Forms in a North American Sample. *J Anxiety Disord*. 2008; 22: 1440-1446.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.02.006>
- 50-Nauta MH, Scholing A, Rapee RM, Abbott M, Spence SH, Waters A. A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behav Res Ther*. 2004; 42: 813-839.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00200-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00200-6)
- 51-Jalali Mohsen, Mahmoodi H, Pourahmadi Esfestani E. Spence children's anxiety scale through parent report: Psychometric properties in a community sample of Iranian children. *Journal of Research in Psychopathology*. 2020; 1(2): 48-40. <https://doi.org/10.22098/jrp.2020.1087>  
[In Persian]
- ۵۲-محمداسماعیل ا، پور احمد ع. بررسی اعتبار روایی و نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان ۴-CSI بر روی دانش‌آموزان شش تا ۱۴ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۳۸۳؛ ۲(۳): ۲۳۹-۲۵۴.  
20120327152725-4003-24.pdf