

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^{1*}, Elnaz Pourahmadi Esfastani

^{1,*} Assistant Professor of clinical psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Golestan University, Gorgan, Iran (. Corresponding Author) jalali.psycho@yahoo.com

2. Assistant Professor of clinical psychology, Bandargaz Branch, Islamic Aazad University, Bandargaz, Iran

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of from timid to tiger program on the Clinical symptoms of children with separation Anxiety Disorder (AD) and Family Accommodation of Their Parents.

Method: This was a semi-experimental research with pretest, post-test design and follow-up with a control group. The statistical population of the research was children with anxiety in Gorgan and their mothers, of whom Thirty six children were selected using Purposive Sampling as a research sample and randomly allocated into experimental and control groups. The Timid to tiger Program was conducted in 10 sessions for for parents in experimental group. In order to evaluate the effect of intervention at the beginning, end of treatment and the follow-up stage, spence anxiety scale and family accommodation scale were performed on mothers of all children. Finally, Analysis of covariance and improvement percentage formula were used to analyze the data.

Results: The results showed a significant reduction in anxiety of children and family accommodation of parents in the experimental group compared to the control group in post-test and follow-up ($P < 0.05$). The results of clinical significance also showed that the anxiety of children and family accommodation of parents in the experimental group significantly improved compared to the control group in the post-test and follow-up.

Discussion and Conclusion: The From Timid to tiger Program is effective in improving the anxiety of children with separation Anxiety Disorder and family accommodation of their parents. The results of this research and similar research can be used in fields of diagnostic and therapeutic of anxiety disorders in children.

Keywords

child, separation anxiety disorder, From Timid to tiger Program

دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت» (زودآیند ویرایش نشده)

مقاله پژوهشی

اثر بخشی برنامه از کمرویی به جرات مندی بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها

نویسندگان

محسن جلالی^{۱*}، الناز پورا احمدی اسفستانی^۲

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

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران.

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش، بررسی اثر بخشی برنامه از کمرویی به جرات مندی 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

تاریخ دریافت:
....../.../..



تحقیق، کودکان مبتلا به اضطراب شهرستان گرگان و مادران آنها بودند، که از بین آنها، ۳۶ کودک با روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص داده شدند. برنامه از کمرویی به جراتمندی در ۱۰ جلسه برای والدین گروه آزمایش انجام شد. به منظور بررسی تاثیر مداخله در ابتدا و انتهای درمان و مرحله پیگیری، مقیاس های 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 داده ها استفاده شد.

نتایج: نتایج کاهش معنادار در اضطراب کودکان و همراهی خانوادگی والدین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری نشان داد ($P < 0/05$). نتایج معناداری بالینی هم نشان داد که اضطراب کودکان و همراهی خانوادگی والدین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری، به طور معناداری بهبود یافت.

بحث و نتیجه گیری: برنامه از کمرویی به جراتمندی در بهبود علایم کودکان مبتلا به اضطراب و همراهی خانوادگی والدینشان موثر است. نتیجه این پژوهش و پژوهش های مشابه می تواند در حوزه های تشخیصی و درمانی اختلالات اضطرابی در کودکان مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها

کودک، اختلالات اضطرابی، برنامه از کمرویی به جرات مندی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

jalali.psycho@yahoo.com

این مقاله برگرفته از طرح شماره 1600 مربوط به نویسنده

اول است که با حمایت مالی دانشگاه گلستان انجام شده

است.

مقدمه

اختلالات اضطرابی یکی از شایع ترین اختلالات در دوران کودکی و نوجوانی است و شیوع آنها بین ۷ تا ۱۲ درصد برآورد شده است (۱ و ۲). همبودی این اختلالات بویژه در جمعیت کودکان و نوجوانان بالا است (۳) و تمایل زیادی به تداوم در دوران بزرگسالی دارند (۴). تخمین زده می شود که ۷۵ درصد از اختلالات اضطرابی بزرگسالان در دوران کودکی با میانگین سنی ۸ تا ۱۲ سالگی شروع می شود (۵). این اختلالات تاثیر 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 بویژه نوجوانان دختر هستند (۶ و ۷)

یکی از انواع اضطراب با شروع در دوران کودکی، اختلال اضطراب جدایی (SAD)^۱ است (۷). خصیصه اصلی اختلال اضطراب جدایی بر اساس تعریف DSM-5^۲، اضطراب غیر واقعی و مفرط در مورد جدایی یا پیش بینی 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 پیش بینی جدایی قریب الوقوع و یا درست در لحظه جدایی، گریه می کنند و علائم ناراحتی نشان می دهند. از دیگر علائم بالینی مبتلایان، نیاز افراطی به داشتن امنیت و دوری از خطر، امتناع از تنها خوابیدن، داشتن کابوس ها و خواب های آشفته، شکایات مکرر جسمی و خودداری از مدرسه رفتن می باشد (۸) آغاز اختلال ممکن است بسیار زود هنگام و در سنین پیش دبستانی باشد ولی معمولا در حدود سنین ۶ تا ۷ سالگی شروع می شود و در سنین ۷ تا ۹ سالگی به اوج می رسد (۹) ویژگی های بنیادین این اختلال اگرچه در DSM-5 نسبت به DSM-IV-TR تغییراتی چندانی نکرده است، با وجود این، جمله بندی ملاک ها برای تناسب بیشتر با بروز علائم اختلال در بزرگسالی تغییر کرده است. برای مثال سمبل های 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 یک اختلال با شروع در دوران کودکی نیست و بر خلاف DSM-IV-TR که سن کمتر از هجده سال را برای تشخیص مهم می دانست، 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 می دهند. 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 می باشد (۸).

بر مبنای پژوهش ها، سه چهارم کودکانی که از مدرسه گریزان هستند، مبتلا به اختلال اضطراب جدایی می باشند و چنانچه اقدام به موقع برای درمان صورت نگیرد، ممکن است این کودکان به طور ثانوی دچار اضطراب مفرط شوند (۱۰). مطالعه کندال^۳

¹ - separation anxiety disorder

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

³ - Kendall, P.C.

کمپتون، والکاپ، بیرماهر، آلبانو و شریل (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 تاثیر 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 روان‌شناختی 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^۴ (۱۳ و ۱۵) و اختلالاتی مانند اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی، افسردگی، وحشتزدگی، واگرافوبیا منجر شود (۸). بنابراین تشخیص سریع و درمان مناسب و زودهنگام 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 متغیرهای خانوادگی و والدینی فراهم کرده است (۱۷ و ۱۸). تحقیقات صورت گرفته نشان داده‌اند که 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 تاثیرگذار بر اضطراب جدایی که در مقاوم شدن اختلال و تخریب عملکرد کودک و به تبع آن، پاسخ ضعیف درمانی موثر است، همراهی خانوادگی^۵ با علائم اضطرابی کودک است (۲۱، ۲۲ و ۲۳). همراهی خانوادگی، از لحاظ کارکردی به رفتارهای بیش‌مراقبتی والدینی اشاره دارد و شامل درگیری مزاحمت^۶ گونه و شدید با کودک و محدود کردن رفتارهای مستقلانه^۷ 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 اطمینان طلبی مفرط را در کودک ایجاد کند و کودک را به قوانین و قواعد خشک خودش در مورد محرک‌های اضطرابی بچسباند (۲۱) 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).

⁴ - Social dysfunction

⁵- Family accommodation

⁶ intrusive involvement

⁷ autonomy

داروهای تجویزی برای اضطراب جدایی، مهارکننده های اختصاصی بازجذب سروتونین^۸ هستند. علیرغم اینکه این داروها نسبت به دیگر داروها، امن تر بوده، بسیاری از مبتلایان، تاثیر SSRI ها را یک سیکل بی فایده معرفی می کنند که تنها دارای عوارضی از قبیل آسفنگی خواب، تهوع، اسهال و سردرد است (۲۸) این عوارض، در کنار دیگر عوارض جانبی شدید بالاخص خطر خودکشی و افزایش فعالیت های رفتاری ناسازگار، باعث کاهش میل والدین و متخصصان بالینی در استفاده از این داروها در کودکان مضطرب می شود (۲۸ و ۲۹). روان درمانگران نیز از درمان های متفاوتی برای اضطراب جدایی کودکان استفاده کرده اند که برخی از آنها عبارتند از درمان شناختی رفتاری، رفتار درمانی، درمان های مبتنی بر خانواده، بازی درمانی و درمان مبتنی بر دل بستگی (۳۰). از میان این درمان ها، درمان شناختی رفتاری و درمان های مبتنی بر خانواده حمایت تجربی مناسب را بدست آورده است (۱۱ و ۱۶) و به عنوان درمان های تایید شده برای اختلالات اضطراب شناخته شده است و سایر درمان ها از پشتوانه تجربی مناسبی بر خوردار نیستند و جزء درمان های مبتنی بر شواهد محسوب نمی شوند 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 توانایی های رشدی و شناختی دارد که کودکان به طور کامل دارا نیستند. در نتیجه به دلیل تاکید زیاد درمان شناختی - رفتاری بر تفکر انتزاعی و پردازش اطلاعات، مسیرهای بهینه درمان برای کودکان مضطرب نسبت به نوجوانان، به طور قابل ملاحظه ای 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 ملاک های تشخیصی اختلال هستند (۱۹ و ۲۷). از طرف دیگر عوامل والدگری از جمله بیش مراقبتی والدین در کودکان مبتلا به اضطراب و تمایلات تضاد ورزانه این کودکان از دیگر موانع درمان های شناختی رفتاری کودک محور است که ممکن است درمان را با مشکل روبرو کند (۳۳).

با توجه به محدودیت ها و یافته های ضعیف مرتبط با درمان های 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 پیش بینی پیامد های درمانی (۱۷، ۱۸ و ۲۰) درمانگران شناختی - رفتاری به فکر انطباق رشدی این درمان با کودکان مضطرب، از طریق مشارکت والدین در درمان اضطراب کودکان، افتادند و حمایت هایی تجربی مناسبی از نقش موثر والدین در درمان شناختی - رفتاری این کودکان، بدست آورده اند (۱۷، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹ و ۴۰) بنابراین متخصصان شناختی - رفتاری برای افزایش معناداری بالینی درمان شناختی - رفتاری کودکان مضطرب، والدین را به جلسه های درمان وارد کردند تا ضمن آموزش والدین به عنوان درمانگران غیر حرفه ای جهت اجرای روش های شناختی - رفتاری کاهش اضطراب، تعاملات منفی والد - کودک را نیز، مورد بررسی و آماج قرار دهند (۲۷).

⁸ - selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که 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 کم رویی به جرات مندی^۹ اشاره کرد. این برنامه بر اساس نظریه یادگیری - اجتماعی^{۱۰} ساخته شده است و عناصر خود را از دو سطح درمانی می‌گیرد. اولین سطح درمانی، درمان شناختی- رفتاری برای اضطراب و دومین سطح درمان، آموزش رفتاری والدین است. برنامه از کم رویی به جرات مندی، برنامه‌ای گروهی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری است که برای والدین کودکان ۱۰-۶ 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؛ اول کمک به والدین در جهت ایجاد محیطی آرام و قابل پیش بینی، 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 آزمایش های رفتاری^{۱۱}، تکنیک های بازی نقشی^{۱۲}، جایزه دادن^{۱۳}، وضع محدودیت^{۱۴}، پیامد رفتاری^{۱۵} و ...) برای مدیریت اضطراب کودک و اضطراب های شخصی شان. به طور خاص این برنامه بر استفاده از سلسله مراتب ترس برای کمک به والدین در طراحی آزمایش های رفتاری جهت مواجهه مطلوب کودکانشان با محرک های 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 تاثیر منفی آن بر کیفیت زندگی کودکان، نیاز به درمان موثر که مشکلات این کودکان را کاهش دهد، احساس می‌شود. با توجه به اینکه مداخلات شناختی- رفتاری والد محور به طور کلی و برنامه از کم رویی به جرات مندی به طور خاص، پشتوانه تجربی مناسبی در درمان اختلالات اضطراب در خارج از کشور بدست آورده است (۴۱، ۴۲ و ۴۱). پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه از کم رویی به جرات مندی بر علائم بالینی کودکان ۱۰-۷ ساله مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها صورت پذیرفت و در پی پاسخ به این سوال است که آیا برنامه از کم رویی به جرات مندی بر علائم بالینی کودکان ۱۰-۷ ساله مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها موثر است؟

روش

الف: نوع پژوهش

⁹- Timid to tiger Program

¹⁰-Social-Learning Theory

¹¹- behavioral experiments

¹²-Role play

¹³-Prize

¹⁴-Limitations

¹⁵-Behavioral consequences

پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون 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 گروه ها، از جامعه آماری پژوهش، ۳۴ کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی (شامل ۱۷ نفر گروه آزمایش و ۱۷ نفر گروه کنترل)، با روش نمونه گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند. با اختیار کردن سطح معناداری (آلفا) و میزان خطای نوع دوم (بتا) و همچنین تصمیم گیری درباره حجم اثر (d) نیز، حجم نمونه مورد نیاز برای آزمون فرض آماری در پژوهش های علوم رفتاری مشخص می شود. در این پژوهش با در نظر گرفتن آلفا=۰/۰۵ و حجم اثر متوسط مساوی ۰/۵ با انتخاب ۱۷ نفر برای هر گروه با توجه به جدول کوهن می توان به توان آزمون برابر ۰/۸۴ دست یافت (۴۴). ملاک های های ورود دامنه سنی ۷-۱۰ سال، رضایت فرد برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی، تشخیص اختلال اضطراب جدایی بر اساس نظر روانپزشک و نیز زیر مقیاس های اضطراب جدایی پرسش نامه های علائم مرضی کودک - فرم والد^{۱۶}(۴۶) و مقیاس اضطراب کودکان اسپنس- فرم والد^{۱۷}(۴۷) و برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی- فرم والد^{۱۸}(۴۸)، نبود آسیب مغزی، اختلال نورولوژیکی، شرایط پزشکی جدی و ملاک های 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 روان شناختی و دارو درمانی، عدم شرکت در ۲ جلسه از مجموع ۱۰ جلسه و عدم تمایل به درمان بود. در فرایند انتخاب نمونه، ۹ نفر از بین کودکان مبتلا به اضطراب جدایی مراجعه کننده به مراکز تخصصی روانپزشکی انتخاب شدند و ۲۵ نفر دیگر نیز از میان دانش آموزان 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 روان شناسی 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 دانش آموزان نمونه گفتگو کردند و از مشاورین مدارس مذکور درخواست کردند، دانش آموزانی مشکوک به اضطراب جدایی را معرفی کنند. بر این اساس، تعداد ۶۷ کودک مشکوک به اختلال از مدارس مذکور به پژوهشگر معرفی گردید. سپس پرسش نامه های علائم مرضی کودک - فرم والد^{۱۶}(۴۶)، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس- فرم والد^{۱۷}(۴۷) به همراه توضیحاتی در باب هدف پژوهش، برای والدین دانش آموزان معرفی شده ارسال شد. بر اساس پرسش نامه های دریافت شده از سوی والدین و نمره گذاری آنها توسط همکاران

¹⁶- Child Symptoms Inventory (CSI-4)

¹⁷- Spence Child Anxiety Scale(SCAS-P)

¹⁸- Kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia (K-SADS-PL)

پژوهشگر، با نظارت مستقیم پژوهشگر، ۵۳ کودکی که نمره بالاتر از نقطه برش (نمره ۴) را در زیر مقیاس اضطراب جدایی پرسش نامه 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 ملاک های شمول و استثنا و ۳ کودک نیز به دلیل عدم رضایت 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 مراجعه کننده 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 ی والدین مقیاس اضطراب اسپنس شامل ۳۸ سوال ۴ گزینه ای از صفر (هرگز) تا ۳ (همیشه) می باشد 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 ملاک های DSM-IV-TR در کودکان ۶-۱۸ سال می سنجد. در در تهیه سوالات 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 می می کردند (من احساس ترس می کنم) به رفتار قابل مشاهده برای والدین تبدیل شد (فرزندم از احساس ترس شکایت می کند). مطالعات قبلی اعتبار همسانی درونی، آزمون - آزمون مجدد این مقیاس را تایید کرده اند. روایی همگرا و واگرا از طریق همبستگی بالا به دیگر ابزارهای اضطراب کودک تایید شده است. این مقیاس همچنین از روایی تفکیکی خوبی برخوردار است و کودکان مبتلا به اضطراب را از کودکان عادی تفکیک می کند (۴۹ و ۵۰). روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران بر روی ۳۱۵ والد و کودک ایرانی سنین ۶-۱۴ ساله مورد تایید قرار گرفته است. تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی از مدل شش عاملی نسخه اصلی مقیاس حمایت کرد. نتایج همچنین نشان داد که مقیاس اضطراب کودکان اسپنس از همسانی درونی متوسط تا بالا (آلفا= ۰/۸۹-۰/۶۵) و نیز اعتبار آزمون-آزمون مجدد متوسط تا بالا (ضرایب همبستگی با سایر مقیاس ها = ۰/۶۷-۰/۳۹) با فاصله زمانی دو هفته) برخوردار بود. روایی همگرا و واگرا مقیاس اضطراب کودکان اسپنس نیز تایید شد: این مقیاس با علائم درونی سازی فهرست رفتاری کودک و در سطحی پایین تر با علائم برونی سازی فهرست رفتاری کودک همبستگی معنادار داشت (۵۱).

۳- پرسش نامه علائم مرضی کودک - فرم والد (۴۶): این پرسشنامه علائم مرضی کودکان را بر اساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مورد ارزیابی قرار می دهد 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 سؤال 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 نمره گذاری می باشد. اولین شیوه نمره برش غربال کننده است که در یک مقیاس ۴ درجه ای هرگز=۰، بعضی اوقات=۱، اغلب اوقات=۲ و بیشتر اوقات نیز =۳ می باشد و نقطه برش، از حاصل جمع تعداد سؤال هایی که به عنوان اغلب یا بیشتر پاسخ داده اند به دست می آید. دومین روش نمره گذاری بر حسب شدت نشانه های مرضی در یک مقیاس ۴ درجه ای هرگز=۰، بعضی اوقات=۱، اغلب اوقات=۲ و بیشتر اوقات نیز =۳ نمره گذاری می شود، که از حاصل جمع نمرات هر سؤال نمره شدت بدست می آید. نقطه برش خرده مقیاس اضطراب جدایی این پرسشنامه ۴ می باشد که بر اساس روش اول محاسبه شده است. روایی و اعتبار پرسشنامه در بررسی های 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 آشنباخ و پرسشنامه تشخیصی کودکان همبستگی مثبتی نشان داد که نشانه روایی سازه آن می باشد. در پژوهش محمد اسماعیل و پوراحمد (۵۲) جهت بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال های پرسش نامه 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 داده های پرسشنامه نشان داد که فرم والد پرسش نامه علائم مرضی کودک از روایی مناسب و اعتبار نسبتا 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 داوری های مثبت متخصصان در مورد همگونی و تناسب محتوای پرسش نامه با حیطة های مورد سنجش آن، روایی پرسش نامه را به عنوان یک ابزار شناسایی و غربال کننده اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان مورد تایید قرار داد. علاوه بر این، نتایج حاصل از محاسبه حساسیت، ویژگی و نقطه برش اختلال های موجود در پرسش نامه علائم مرضی کودک نشان داد که فرم والد پرسشنامه در هر یک از اختلال های کاستی توجه بیش فعالی، نوع بی توجهی غالب، نوع بیش فعالی - غالب، نوع بیش فعالی، لجبازی و نافرمانی، سلوک، اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، افسرده خویی، اتیسم، هراس اجتماعی، اضطراب جدایی و اختلال های تک نشانه ای 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 اختلال ها از کودکان سالم برخوردار

است .

۲- مقیاس همراهی خانوادگی-اضطراب^{۱۹}

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 است که فراوانی مشارکت اعضای خانواده درعلایم کودک (شامل ۵ آیتم) و تغییر در برنامه ها و کارهای روزمره خانوادگی(شامل ۴ آیتم) را در والدین مورد جستجو و سوال قرار می‌دهد. آیتیم ها در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای از ۰(هرگز) تا ۴(روزانه) نمره گذاری می شوند. نمره همراهی خانوادگی بر اساس مجموع نمرات در این ۹ آیتیم محاسبه می شود. آیتیم های مقیاس همراهی خانوادگی-اضطراب در مورد همه اختلالات اضطرابی کودکان استفاده می شود و فراوانی انواع مختلف همراهی را گزارش می کنند. این مقیاس در خارج از کشور اعتبار و روایی مناسبی برخوردار بوده است. بررسی های روانسنجی نشان می دهد که این مقیاس از همسانی درونی عالی ($\alpha=0/90$) و روایی همگرا و واگرای بسیار مناسب برخوردار است. نمره کلی این مقیاس با شدت علایم اضطرابی که به وسیله پرسش نامه غربالگری اختلالات هیجانی وابسته به اضطراب کودک^{۲۰} مورد ارزیابی قرار گرفت، هم در نمونه کلینیکی و هم در نمونه غیر کلینیکی دارای رابطه مثبت معنادار بود، که نشان دهنده روایی همگرای مقیاس است. همچنین بعد از کنترل رابطه معنادار بین علایم اضطراب و افسردگی که بوسیله پرسش نامه احساس وخلق^{۲۱} مورد سنجش قرار گرفت، همبستگی پاره ای بین مقیاس همراهی خانوادگی-اضطراب و پرسش نامه احساس و خلق معنادار نبود، که این حاکی از روایی واگرای مقیاس است. در مقابل همبستگی پاره ای بین این مقیاس و پرسش نامه غربالگری اختلالات هیجانی وابسته به اضطراب کودک، حتی بعد از کنترل نمرات پرسش نامه احساس و خلق، معنادار باقی ماند. نتایج تحلیل عامل اکتشافی مقیاس نیز با استفاده از تحلیل موازی نیز ساختار ۲ عاملی مقیاس را تایید کرد. نشان داد که یک مدل ۲ عاملی ۶۲/۲ درصد از واریانس داده ها را تبیین می کند و این یافته با استفاده از نمودار اسکوری تایید شد(۲۲). روایی و اعتبار این پرسش نامه در ایران بر روی ۳۸۵ نفر از مادران کودکان عادی ۱۲-۶ ساله استان گلستان مورد تایید قرار گرفته است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران بر روی ۳۸۵ از مادران کودکان عادی مورد تایید قرار گرفته است. تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی از مدل ۲ عاملی مقیاس حمایت کرد. نتایج همچنین نشان داد که میزان ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها از ۰/۷۹ (برای زیر مقیاس مشارکت) تا ۰/۸۳ (برای زیر مقیاس تغییر در برنامه های 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 برنامه های روزمره گزارش شد. همچنین نتایج نشان داد که این پرسش نامه از روایی سازه

¹⁹- Family Accommodation Scale-anxiety (FAS-A)

²⁰ Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

²¹ Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)

مناسب برخوردار است. همچنین نتایج نشان داد که بین نمره کل این مقیاس و زیر مقیاس های 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 نشان دهنده 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 زمینه ای) 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، وحشت زدگی و استرس پس از سانحه)، ۴- اختلالات رفتار ایدایی (اختلال نافرمانی مقابله ای، سلوک و بیش فعالی کمبود توجه) و ۵- مصرف مواد، اختلالات تیک، اختلالات خوردن و اختلالات دفعی. پس از مصاحبه با والد و کودک، یک رتبه بندی خلاصه بر اساس تمام منابع اطلاعاتی در دسترس و قضاوت بالینی مصاحبه کننده، توسط پزشک انجام می شود. در مطالعه انجام شده توسط کافمن و همکاران (۴۸) عنوان گردید که KSADS-PL قادر به شناسایی روا و پایای 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.

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 هماهنگی های لازم انجام شد. سپس با توجه به ملاک های ورود و خروج مطرح شده در پژوهش، ۳۴ نفر کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، با روش نمونه گیری 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 اطمینان بخشی در مورد محرمانه بودن اطلاعات، موافقت آگاهانه، به صورت رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش از آنها دریافت و به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنها و کودکان کاملاً محرمانه نگهداری می شود و نتیجه طرح به صورت کلی بدون ذکر نام و مشخصات منتشر خواهد شد. در ضمن در طی مراحل پژوهش سعی شد هیچگونه آسیبی به شرکت کنندگان در پژوهش وارد نشود و شرکت کنندگان 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 پرسش نامه علائم مرضی کودک (فرم والد)، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والدین و مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب، توسط مادران کودکان مبتلا به اضطراب به عنوان پیش آزمون تکمیل شد. در ادامه نمونه پژوهش به تصادف در دو گروه ۱۷ نفری آزمایش (آموزش برنامه از کمرویی به جراتمندی) 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 مثال های واقعی برای آنها بازگو شد و از آنها خواسته شد که در صورت احساس مشکل و یا داشتن سؤال 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 رئوس مطالب جلسه به صورت تایپ شده به شرکت کنندگان 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 سوالات احتمالی، به موضوع جدید پرداخته می شد. شیوه برگزاری جلسات به صورت بحث گروهی بود و درمانگر بطور مستقیم مطالب آموزشی را همراه با مثال های واقعی، بازگو می کرد و مادران نیز فعالانه در بحث ها شرکت می کردند (۴۱). با مادران گروه کنترل در طول پژوهش، هیچگونه مداخله آموزشی-درمانی انجام نشد و اعضای آن فقط در پیش آزمون-پس آزمون 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 دو گروه، مجدد پرسش نامه 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 جراتمندی قرار گرفتند. خلاصه ای از طرح درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات درمانی برنامه آموزشی از کمرویی به جراتمندی

جلسه	محتوای جلسات
اول: معرفی برنامه و مفاهیم بنیادین اضطراب	نقش توجه والدینی در رفتار کودک، علت های اختلالات اضطرابی کودک، مقدمه ای 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 عزت نفس با استفاده از بازی کودک محور؛ والدین تشویق می شوند هر روز ۵-۱۰ دقیقه در این بازی شرکت کنند
سوم: آموزش اضطراب و درک اضطراب کودکان	پاسخ جنگ و گریز، اجتناب، افکار، احساسات و رفتار در اضطراب، مدل سازی اضطراب والدین
چهارم: سلسله مراتب تحسین و ترس	تحسین کردن با هدف تشویق رفتارهای خوب و جراتمندانانه، نکاتی برای استفاده موثر تحسین و تمجید، استفاده از سلسله مراتب ترس برای مقابله با ترس کودکان
پنجم: استفاده از جایزه	استفاده از جوایز و جدول های رفتاری برای تشویق رفتارهای خوب و جراتمندانانه
ششم: اعمال محدودیت	استفاده از دستورات واضح و آرام برای مدیریت مشکلات رفتاری
هفتم: استفاده از تکنیک عدم توجه (نادیده گرفتن) برای مدیریت رفتار کودک	حذف توجه برای خاموش کردن رفتار ناخواسته خفیف و اطمینان جویی مضطربانه
هشتم: مدیریت نگرانی کودک	گوش دادن، حل مسئله، آزمایش رفتاری، حواسپرتی و تعیین زمان نگرانی برنامه ریزی شده
نهم: مدیریت رفتارهای مشکل آفرین کودک	آموزش و ایفای نقش پیامد رفتاری، کویت تایم و تایم اوت با

کودک مضطرب	
پیشگیری از عود، کمک به مدرسه برای مدیریت رفتار کودک، برنامه ریزی برای جلسات پیگیری، گواهینامه ها و جشن پایانی	دهم: جمع بندی

ه: شیوه تحلیل داده هادر تجزیه و تحلیل داده های حاصل از پژوهش های از روش تحلیل کوواریانس چند متغییری استفاده شد. در این تحلیل نمره های پیش آزمون به عنوان متغییر کمکی یا هم تغییر برای کنترل اثرات آن بر روی نمرات پس آزمون و پیگیری در نظر گرفته خواهد شد. لازم به ذکر است که در این پژوهش تمامی مفروضه های لازم قبل از تحلیل کوواریانس چند متغییری بررسی شدند. به منظور بررسی معنا داری بالینی تاثیر آموزش برنامه از کمروبی به جراتمندی، به محاسبه درصد بهبودی که از جمله روش های کاربردی در شرایط بالینی است، استفاده شد.

یافته ها

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

الف) در این پژوهش تعداد کل آزمودنی های پژوهش ۳۱ نفر می باشند که از این تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل بودند. جدول ۱ در بر گیرنده 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 پیش آزمون و پس آزمون است.

نتایج ارائه شده در جدول (۱) نشان می دهد 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 عدم وجود تفاوت معنادار سن کودکان دو گروه کنترل و آزمایش می باشد. همچنین مقدار t محاسبه شده مربوط به سن مادران دو گروه آزمایش و کنترل برابر (۰/۹۷) می باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی، نشانگر تفاوت معنادار میانگین سنی دو گروه نمی باشد.

جدول ۱: 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					

چنانچه در جدول ۲ نیز مشاهده می شود میانگین نمره اضطراب در پس آزمون 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 پس آزمون و پیگیری نمرات تقریباً ثابت مانده است. البته در ادامه معناداری تفاوت ها را در قسمت بعدی پی خواهیم گرفت.

جدول ۲: شاخص های توصیفی مربوط به نمرات اضطراب کودکان و همراهی خانوادگی والدین در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	آزمون	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
اضطراب	پیش آزمون	آزمایش	۱۵/۰۶	۱/۵۷	۱۳	۱۸
		کنترل	۱۴/۷۵	۱/۲۳	۱۳	۱۸
	پس آزمون	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	پیش آزمون	آزمایش	۲۹/۴۶	۲/۶۶	۲۷	۳۵
		کنترل	۳۰/۳۱	۱/۵۳	۲۸	۳۳
	پس آزمون	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

ب) در این قسمت برای بررسی اثربخشی برنامه از کمروبی به جراتمندی بر کاهش نشانه های اضطراب جدایی کودکان و همراهی خانوادگی مادران با اضطراب کودکان با توجه به متغیر مستقل دوسطحی (گروه آزمایش و کنترل)، متغیر وابسته (نمرات

اضطراب و همراهی خانوادگی) و همچنین متغیر هم پرآش (نمرات پیش آزمون اضطراب و همراهی خانوادگی) از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد. در این تحلیل پس از حذف اثرات پیش آزمون، نمرات اضطراب و همراهی خانوادگی در پس آزمون و پیگیری در دو گروه مقایسه شد. علاوه بر این جهت معناداری بالینی از در صد بهبودی که از جمله روش های کاربردی در شرایط بالینی است استفاده شد. جداول ۳-۵ در بر گیرنده نتایج یاد شده می باشد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری اثربخشی درمان از کمروبی به جرات مندی در پس آزمون و پیگیری نمرات اضطراب و

همراهی خانوادگی

سطح معناداری	خطا df	فرضیه df	F	ارزش		
۰/۰۰	۲۶	۲	۶۵۷/۳۳	۰/۹۸	اثر پیلایی	پیش آزمون-پس آزمون
۰/۰۰	۲۶	۲	۶۵۷/۳۳	۰/۰۱	لامبادای ویلکز	
۰/۰۰	۲۶	۲	۶۵۷/۳۳	۵۰/۵۶	اثر هتلینگ	
۰/۰۰	۲۶	۲	۶۵۷/۳۳	۵۰/۵۶	بزرگترین ریشه خطا	
۰/۰۰	۲۶	۲	۴۹۸/۲۸	۰/۹۷	اثر پیلایی	پیش آزمون-پیگیری
۰/۰۰	۲۶	۲	۴۹۸/۲۸	۰/۰۲	لامبادای ویلکز	
۰/۰۰	۲۶	۲	۴۹۸/۲۸	۳۸/۳۳	اثر هتلینگ	
۰/۰۰	۲۶	۲	۴۹۸/۲۸	۳۸/۳۳	بزرگترین ریشه خطا	

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس نمره های پس آزمون و پیگیری اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی

منع	وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات ایتا
گروه	پس آزمون 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	پس آزمون	۲۸/۵۱	۲۷	۱/۰۵			

						اضطراب	
			۱/۰۲	۲۷	۲۷/۶۵	پیگیری اضطراب	
				۳۱	۴۲۴۵/۰۱	پس آزمون اضطراب	کل
				۳۱	۴۲۰۵/۰۱	پیگیری اضطراب	
۰/۹۷	۰/۰۰	۱۰۱۵/۳۰	۲۸۷۲/۲۷	۱	۲۸۷۲/۲۷	پس آزمون همراهی خانوادگی	گروه
۰/۹۶	۰/۰۰	۸۲۲/۳۶	۲۵۶۲/۲۲	۱	۲۵۶۲/۲۲	پیگیری همراهی خانوادگی	
			۲/۸۲	۲۷	۷۶/۳۷	پس آزمون همراهی خانوادگی	خطا
			۳/۱۱	۲۷	۸۴/۱۲	پیگیری همراهی خانوادگی	
				۳۱	۱۵۹۱۹/۰۱	پس آزمون همراهی خانوادگی	کل
				۳۱	۱۵۸۴۴/۰۱	پیگیری همراهی خانوادگی	

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود با حذف تاثیر نمرات پیش آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ اضطراب جدایی در مرحله پس آزمون ($P=0/0001, F=490/48$) و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/0001, F=483/02$). به عبارت دیگر بر اساس نتایج این مطالعه می توان گفت برنامه آموزشی از کمرویی به جراتمندی باعث کاهش اضطراب جدایی در کودکان شده است و این تاثیر با توجه به نتایج دوره پیگیری با ثبات بوده است. همچنین بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ همراهی

خانوادگی با اضطراب در مرحله پس آزمون ($P=0/0001, F=1015/30$) و پیگیری نیز تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/0001, F=822/36$). بنابراین برنامه آموزشی از کمرویی به جراتمندی باعث کاهش همراهی خانوادگی با اضطراب در مادران کودکان مبتلا به اضطراب جدایی شده است و این تاثیر با توجه به 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 ۵ آمده است. گروه آزمایش پس از دریافت مداخله، در مقایسه با گروه کنترل، در پس آزمون (۵۷ درصد) و پیگیری (۵۵ درصد) اضطراب جدایی و پس آزمون (۶۵ درصد) و پیگیری (۶۳ درصد) همراهی خانوادگی با اضطراب، درصد بهبودی معنادار نشان داده است؛ چراکه هر دو درصد از میزان معنی داری درصد بهبودی، یعنی ۵۰ درصد بالاتر هستند (۵۵). در حالی که گروه کنترل از پیش آزمون تا پس آزمون 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.

جدول ۵: درصد بهبودی گروه‌ها در اضطراب و همراهی خانوادگی با اضطراب

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	درصد بهبودی در پس آزمون	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 نتیجه گیری

اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها را به طور معنادار کاهش دهد.

این نتایج با یافته‌های بدست آمده از کارت-رایت هاتون و همکاران (۴۱)؛ کارت-رایت هاتون (۴۲) و مری (۴۳) همخوان است؛ که این همخوانی با دیگر یافته‌ها در شرایط فرهنگی متفاوت می‌تواند به این علت باشد که اختلال اضطراب جدایی به طور کلی پدیده‌ای فرافرهنگی است، هر چند ممکن است در محتوای مسائل بوجود آمده، شرایط

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی برنامه از کمرویی به جراتمندی بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها انجام شد. یافته‌های بدست آمده از این پژوهش نشان داد که برنامه از کمرویی به جراتمندی بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها اثربخش بوده و توانسته است اضطراب کودکان مبتلا به

فرهنگی نیز دخالت داشته باشد. از سوی دیگر، اصولی که برنامه از کمرویی به جرات مندی بر آن بنا شده، تئوری هایی است که نقش آنها در تبیین بخشی از رفتارهای آدمی غیر قابل انکار است. بدین خاطر نتایج این تحقیق شباهت قابل توجهی با دیگر تحقیقات بدست آورده است.

اثر بخشی برنامه از کمرویی به جرات مندی در کاهش اضطراب جدایی کودکان و همراهی خانوادگی والدین آنها را می توان به دلایل منطقی زیر نسبت داد: در بحث سبب شناسی اختلال اضطرابی اشاره شد که محیط خانوادگی نقش بنیادین در سبب شناسی این اختلال در کودکان دارد؛ زیرا از یک سو خود به عنوان یکی از عوامل مهم در شکل گیری اختلالات اضطرابی در کودک محسوب می شود و ارتباط مستقیم با بروز رفتارهای اضطرابی در کودکان دارد و از سوی دیگر این عامل گهگاه سایر عوامل سبب شناسی را تعدیل می کند. والدین کودکان مضطرب با استفاده از شیوه های فرزند پروری کنترل کننده، مداخله کننده، بیش مراقبتی و درگیرانه، به کودکان خود اجازه کمی برای استقلال و خود پیروی می دهند و تکالیفی را که کودکانشان می توانند به طور مستقل و قابل قبول انجام دهند، شخصا بر عهده می گیرند و به احتمال بیشتری از طریق همراهی بیش از حد با علائم اضطرابی کودکان، رفتارهای اجتنابی آنها را در هنگام فعالیت های حل مساله و مواجهه مورد تایید قرار می دهند (۳۰ و ۵۶). چنین استراتژی های فرزند پروری، توانایی کودک را در مواجهه با موقعیت های ترس آور و حل موفقیت آمیز این موقعیت ها،

محدود می کند و فرصت کارآمد شدن و مهارت پیدا کردن را از کودک می گیرد (25) و باعث اتکا مداوم کودک به والدین برای نظم بخشی و اجتناب از حالت های احساسی درونی شان می شود (۱۹). شیوه های تربیتی خشن و ناهماهنگ و سطوح کم تقویت مثبت نیز ممکن است موقعیتی فراهم کند که کودکان با پیش زمینه مزاجی اضطراب، به اختلالات اضطرابی مبتلا شوند (۴۲). مولفه هایی که در برنامه از کمرویی به جرات مندی بسیار مورد توجه است و این برنامه با آموزش مهارت های مناسب فرزند پروری و کاهش فرزند پروری 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 جرات مندی، سازگار با منطق نظری خود، از طریق آموزش تعاملات مثبت والد-کودک و روش های موثر فرزند پروری به مادران و نیز آموزش روش های مناسب مدیریت اضطراب کودک به آنها، نقش مهمی در کاهش همراهی خانوادگی به عنوان یکی از شیوه های فرزند پروری 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 می کنند، خود را به خاطر مشکلات کودکانشان مقصر می دانند و یا بر عکس، اعتقاد دارند که فرزندانشان به صورت ارادی، راهی را برای اذیت و آزار آنها انتخاب کرده اند (۲۷ و ۵۷). از آنجایی که رفتارهای تضاد ورزانه کودکان

جراتمندی از طریق افزایش کفایت والدگری در مادران در کاهش همراهی خانوادگی بیش از حد آنها و بدنبال آن کاهش اضطراب جدایی در کودکان نقش موثری داشته است.

والدین کودکان مضطرب نیز اغلب مضطرب هستند و از موقعیت های اضطراب زا در حضور فرزندان خود اجتناب می کنند که خود این الگوی رفتاری نقش مهمی در تداوم اضطراب در کودکان دارد. بنابراین به نظر می رسد که برنامه از کمرویی به جراتمندی با ایجاد آرامش و کاهش اضطراب در مادران از طریق تکنیک های مدیریت و کنترل اضطراب، به والدین کمک کرده است، تا یاد بگیرند که چگونه خود را در موقعیت های اضطراب آور کنترل کنند و از بروز احساساتی مانند ترس و اضطراب در حضور کودک جلوگیری کنند (۴۲) که این موضوع می تواند باعث کاهش اضطراب در کودکان شده باشد.

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 عدم بررسی دیگر زیر گروه های اضطراب به دلیل کمبود آزمودنی، از دیگر محدودیت های این تحقیق بوده که با توجه به اینکه پژوهش حاضر در ایران، مطالعه ای مقدماتی بوده، بدون تردید پژوهش های آتی با حذف این محدودیت ها و در طرح های تجربی متفاوت، می تواند گستره های تازه ای را در مورد تأثیر برنامه از کمرویی به جراتمندی در مقابل ما بگشاید.

مبتلا به اختلال اضطرابی فراوان رخ می دهند، اغلب والدین، نگاهی توأم با بدبینی به کودکان خود دارند و آنها را طرد می کنند و یا این رفتارها را با تقویت های تصادفی افزایش می دهند (۵۸). حضور مادران در بین افرادی که همگی مشکلات مشابه هم را تجربه می کردند و توضیح در مورد ماهیت و علت اضطراب جدایی در طول مداخله، به والدین کمک می کند، شناخت های 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.

همچنین تحقیقات رشدی ثابت کرده اند که کفایت^{۲۲} و عزت نفس والدگری^{۲۳} به عنوان جنبه های مهمی از شناخت های والدینی، نقش مهمی را در رشد و حفظ اضطراب در کودکان بازی می کند (۵۹). طی برنامه، به دلیل افزایش آگاهی والدین نسبت به نقش های والدگری و ایجاد باور مثبت ناشی از مدیریت موثر اضطراب در کودکان، خودکارآمدی ادراک شده و رضایت از نقش های فرزندپروری وری در والدین، افزایش می یابد؛ چراکه والدین کاهش اضطراب در کودک را حاصل تلاش های خود و تغییرات رفتاری خود می بینند و به این باور دست می یابند، که می توانند به کودک خود کمک کنند و در برابر واکنش های منفی اضطرابی کودک به صورت کارآمد، مقاومت کنند (۲۲) و (۶۰). بنابراین به نظر می رسد برنامه از کمرویی به

22- competenc

23parenting self-esteem

- سپاسگذاری
- شایسته است در انتها از همکاری صادقانه جناب آقای دکتر مقصودلو، دکتر میشری و مدیران مدارس هدف و پیشگامان و نیز شرکت کنندگان در این مطالعه تشکر نماییم.
- منابع
- Treatment of Social Anxiety Disorder, 2nd Edn. Washington, DC: American Psychological Association, 2007.
- 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.
- 6-World Health Organization. Health for the World'S Adolescents: A Second Chance in the Second Decade. Retrieved from: https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary,2014.
- 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.
- 8-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC:Author, 2013.
- 9-Espada JP, Mendez X, Orgiles M. Psychometric properties and ability of the separation anxiety scale for
- 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.
- 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.
- 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.
- 4-Beidel DC, Turner SM. (2007). *Shy Children, Phobic Adults: Nature and*

- involvement has not enhanced outcomes. *J Anxiety Disord*, 2012; 26:416–424.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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. children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2008; 17:365-372.
- 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.
- 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
- 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.
- 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.
- 14-Breinholz S, Esbjorn BH, Reinholdt-Dunne ML, Stallard P. CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental

- PR). *J Psychopathol Behav Assess*, 2011; 33(1) ; 38–46.
- 25-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.
- 26- Ginsburg GS, Siqueland L, Masia-Warner C, Hedtke KA. Anxiety disorders in children: family matters. *Cogn Behav Pract*, 2004; 11(1): 28–43.
- ۲۷-Lebowitz ER, Omer H, Hermes H, Scahill L. Parent Training for Childhood Anxiety Disorders: The SPACE Program. *Cogn Behav Pract*, 2014; 21: 456-469.
- 28-Peters TE, Connolly S. Psychopharmacologic Treatment for Pediatric Anxiety Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2012; 21: 789–806.
- 29- Kodish I, Rockhill C, Varley C. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*, 2012; 13(4): 439–452.
- 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.
- 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.
- ۲۱-Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother*, 2013; 12(2):229–238.
- ۲۲-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.
- 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.
- 24-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-

- Effects on current anxiety disorders and temperament. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2009; 48: 602–609.
- 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.
- 37-Eisen AR, Raleigh H, Neuhoff CC. Parent-Child Interaction Therapy for Treatment of Separation Anxiety Disorder in Young Children: A Pilot Study. The Unique Impact of Parent Training for Separation Anxiety Disorder in Children. *Behav Ther*, 2008; 39: 195–206.
- 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.
- 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.
- 40-Thienemann, M., Moore, 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 35-Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SL. A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder:

- symptoms among children. *Behav Res Ther*, 1998; 36: 545–566.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- P., & Tompkins, K. (2006). A parent-only group intervention for children with anxiety disorders: pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45, 37–46.
- 41-Cartwright-Hatton, S. *From timid to tiger*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2010.
- 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.
- 43-Merry SN. 'Timid to Tiger' group parenting training reduces anxiety diagnoses in 3-9-year-olds. *Evid Based Ment Health*, 2011; 14, 74.
- 44-بازرگان عباس، سرمد زهره، حجازی الهه. روش تحقیق در علوم رفتاری، نشر آگاه، ۱۴۰۲.
- 45-دلاور علی. روش تحقیق در روان شناسی و علوم رفتاری (ویراست پنجم)، انتشارات ویرایش، ۱۴۰۱.
- 46-Gadow KD, Sprafkin J. *Child symptom inventories manual*. Stony brook, Ny: Checkmate Plus, 1994.
- 47-Spence SH. A measure of anxiety

- 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.
- 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.
- 58-Rapee RM.(2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*,2012; 15(1): 69-80.
- 59-Wheatcroft R, Creswell C. Parental
- 52-محمداسماعیل الهه، پور احمد علی. بررسی اعتبار روایی و نقاط برش اختلال های پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-۴ بر روی دانش آموزان شش تا ۱۴ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۳۸۳؛ ۲(۳): ۲۵۴-۲۳۹.
- 53-زمانی مجید، جلالی محسن، پوراحمدی الناز. نقش همراهی خانوادگی با علایم کودک، شیوه های فرزندپروری و استرس والدگری در پیش بینی شدت اختلالات اضطرابی در کودکان ۶ تا ۱۰ ساله در استان گلستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۳۹۸؛ ۲۱(۲): ۸۸-۹۸.
- 54-Shahrivar Z, Kousha M, Moallemi S, Tehrani-Doost M, Alaghband-Rad J .(2010).The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Life-time Version - Persian Version child and Adolescent Mental Health,2010; 15: 97–102.
- 55-Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical Significance: History, Application, and Current Practice. *Clin Psychol Rev*, 2010; 21(3): 421-446.

cognitions and expectations of their preschool children: the contribution of parental anxiety and child anxiety. Br J Dev Psychol, 2007; 25(3): 435-441.

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.

زودآیند ویرایش نشده