اثربخشی بسته «راهنمای اجرای درمان شناختی‌رفتاری توسط والدین» بر اضطراب کودکان*

◈ نازنین فیاضی[۱] ◈ دکتر فاطمه دهقانی‌آرانی[۲] ◈ دکتر حجت‌الله فراهانی[۳] ◈ دکتر رسول روشن‌چسلی[۴] ◈ دکتر غزل زاهد[۵]

چکیده: **اضطراب از اختلالات شایع در میان کودکان است که اثرات منفی متعدد بر ابعاد گوناگون زندگی آنها دارد. پژوهش حاضر به‌منظور بررسی کارآیی بسته «راهنمای اجرای درمان شناختی‌رفتاری توسط والدین» برای کاهش اضطراب کودکان ۷ تا ۱۲ سالهٔ شهر تهران انجام شده است. در مطالعه شبه‌آزمایشی حاضر با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، از میان مراجعین کلینیک تخصصی بیمارستان مفید تهران، ۶۶ کودک با تشخیص انواع اختلالهای اضطرابی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پس از تکمیل فرم رضایت از سوی مادران، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون، شدت اضطراب همهٔ آزمودنیها بامقیاس‌سنجش‌اضطراب‌کودکان‌اسپنس (۱۹۹۷) ارزیابی‌شد. سپس بسته «راهنمای اجرای درمان شناختی‌رفتاری توسط والدین» طی چهار جلسهٔ یک ساعته حضوری و چهار جلسهٔ ۲۰ دقیقه‌ای تلفنی به والدین گروه آزمایش آموزش داده شد و والدین بر اساس دستورالعمل ارائه‌شده، آموزشها را در منزل روی کودکان خود اجرا کردند. در این فاصله گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت و هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان این دوره یک ماهه و در مرحله پس‌آزمون، شدت اضطراب آزمودنیهای هر دو گروه مجدداً اندازه‌گیری شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اضطراب کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش یافته است ($p \cong ۰/۰۰۱$ و $F=۲۵/۱۱$). یافته‌های این پژوهش گویای قابلیت آموزش درمان شناختی‌رفتاری به والدین به‌منظور اجرا روی کودکان‌شان و نیز کارآمدی این روش در بهبود اضطراب کودکان است.**

کلید واژگان: اضطراب، درمان شناختی‌رفتاری، والدین، کودکان

◉ تاریخ دریافت: ۹۹/۶/۲۶ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۲۱

* *این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسندهٔ اول است.*

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران. Nazi_faiazi@yahoo.com
۲. **نویسنده مسئول:** استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. f.dehghani.a@ut.ac.ir
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. h.farahani@modares.ac.ir
۴. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. roshan@shahed.ac.ir
۵. استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. ghazal.zahed@gmail.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

مقدمه

اضطراب[1] از شـــایع‌ترین اختلالات روان‌شـــناختی در کـــودکان و نوجوانان اســـت. نتایج مطالعات جهان‌شمولی که طی سالهای ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۲ به بررسی میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی در کودکان پرداخته، شیوع اختلالات اضطرابی را حداقل ۶/۵ درصد گزارش کرده است (گینزبـرگ، بکر، درازدوسکی و تین[2]، ۲۰۱۲؛ شـــوارتز[3] و همکاران، ۲۰۱۲). در ایران نیز مطالعه ضرغامی، حیدری‌نســـب، شعیری و شـــهریور (۱۳۹۴) اختلالات اضطرابی را از شـــایع‌ترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی و شیوع آن در افراد زیر ۱۸ ســـال را ۸/۳٪ تا ۲۷٪ گزارش کرده اســـت. با توجه به تأثیرات منفی قابل ملاحظه‌ای که اختلالات اضطرابی دوران کودکی بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی و ســـلامت روانی و جسمانی فرد در همهٔ مراحل زندگی‌اش دارند و با در نظر داشتن هزینه‌های مادی و غیرمادی که این عوارض به‌همراه خواهند داشـــت، افزایش نرخ اختلالات اضطرابی گزارش‌شـــده، قابل بررسی بوده و انجام دادن اقدامات فوری و زودهنگام برای پیشـــگیری از این اختلالات، ضروری به‌نظر می‌رسد (کرسول، ویت و هادسون[4]، ۲۰۲۰). همچنین با مرور سبب‌شناسی مشکلات اضطرابی کودکان، در کنار ابعاد فیزیولوژیکی، تحولی، روان‌شـــناختی، اجتماعی و وجودگرایانه، بر جنبه‌های بین‌فردی و خانوادگی، خاصه نقش والدین در این موقعیتها، تأکید ویژه‌ای شـــده است (ابراهیم‌زاده، آگشـــته، برنجکار و بادفر، ۱۳۹۶؛ براون[5] و همکاران، ۲۰۱۷). در این زمینه، مطالعات بســـیار، سبک والدگری و فرزندپروری والدین، محرومیتها و ضربه‌های عاطفی ماوقع میان والد - فرزند، نقش والدین در تشکیل باورها و طرحواره‌های اولیه و سازگاری کودکان، اختلالات و مشکلات عاطفی و بین‌فردی خود والدین و نیز عدم شناخت و درک کافی والدین از مسائل روان‌شناختی کودکان و عدم مهارت در برخورد با این مسائل را از عوامل مهم و قابل‌توجه ذکر کرده‌اند (شکری میرحسینی، علیزاده و فرخی، ۱۳۹۷؛ باستیانسن، کوت، فردیناند و فرهولست[6]، ۲۰۱۰؛ امرسون، اوگیلـــدا و راوس[7]، ۲۰۱۹؛ لیوم[8]، ۲۰۱۷). متعاقب این ملاحظات، لزوم توجه به عوامل مرتبط با والدین، در تدوین برنامه‌های مداخلاتی در حوزه اضطراب کودکان روشن خواهد بود (براون و همکاران، ۲۰۱۷). امروزه گرچه مداخله‌های ســـودمندی برای درمان اختلالات اضطرابی وجود دارد، اما تعداد متخصصان آموزش‌دیده برای پاسخگویی به حجم تقاضای موجود در حوزه کودک و نوجوان کافی نیست، به نحوی که کمتر از یک سوم کودکان مبتلا، به خدمات روان‌درمانی دسترسی دارند. از این رو، یکی از چالشهای

1. Anxiety
2. Ginsburg, Becker, Drazdowski & Tein
3. Schwartz
4. Creswell, Waite & Hudson
5. Brown
6. Bastiaansen, Koot, Ferdinand & Verhulst
7. Emerson, Ogielda & Rowse
8. Lium

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

پیش‌روی خدمات بهداشت روانی کودکان این است که در کنار حفظ کیفیت خدمات درمانی، با توجه به منابع موجود، مداخلات قابل‌دسترس، امکان‌پذیر، مؤثر و مقرون به صرفه ارائه شود (استالارد[1]، ۲۰۱۷). در این میان، درمان شناختی‌رفتاری یا همان CBT از رایج‌ترین درمانهای روان‌شناختی برای اختلالات اضطرابی است (رای و ساندرسون[2]، ۲۰۰۴).

امروزه روشهای نوین «مراقبتهای چندمرحله‌ای[3]» برای ارائه CBT در حال پیدایش است. در این روشها در مرحلهٔ اول به آن دسته از گیرندگان خدمت که از پیش‌آگهی نسبتاً بهتری برخوردارند، درمان به‌صورت غیرفشرده[4] و تقریباً ساده‌تر برای مثال «کتاب‌درمانی» یا «بسته‌های راهنما» ارائه می‌شود. در وهله بعد، افرادی که به درمانهای مرحلهٔ اول پاسخ نمی‌دهند یا آن دسته از بیمارانی که نیمرخ بیماری آنها پیش‌آگهی خوبی نشان نمی‌دهد، به اقتضای نیاز از درمانهای مرحلهٔ دوم مانند برنامه‌های خودمراقبتی، درمان گروهی یا انفرادی با درمانگر بهره‌مند می‌شوند. پژوهشهای اخیر نشان داده است که کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌توانند از بسته‌های «راهنمای اجرای درمان شناختی‌رفتاری توسط والدین[5]» یا GPDCBT به اندازهٔ درمانهای کوتاه‌مدت راه‌حل‌محوری که متخصصان حرفه‌ای سلامت روان ارائه می‌کنند، بهره‌مند شوند، ضمن اینکه این روش از لحاظ مالی نیز مقرون به‌صرفه‌تر است. در پژوهشی که به منظور مقایسهٔ اجرای CBT به دو روش «کوتاه مدت راه‌حل‌محور» و «راهنمای اجرا توسط والدین آموزش‌دیده» در انگلستان انجام شد، نتایج حاکی از بهبودی به‌ترتیب ۶۹ و ۵۹ درصدی بود. با وجود این، روش دوم از نظر اقتصادی، در بهره‌گیری از منابع مقرون به صرفه‌تر بوده است (تریلوال، کوپر و کرسول[6]، ۲۰۱۷). بسته GPDCBT یک روش غیرفشرده و قابل اجراست که می‌تواند دسترسی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی را به خدمات سلامت روان، بهبود بخشد. مطالعات، شواهدی امیدوارکننده از دستاوردهای مؤثر بالینی این روش در کاهش قابل‌توجه میزان اضطراب کودکان ارائه کرده و بهره‌گیری از آن را به‌منزلهٔ درمان مرحلهٔ اول توصیه می‌کنند (تریلوال و همکاران، ۲۰۱۷).

روش GPDCBT با اقتضائات محدود و کمترین نیاز به ارتباط با درمانگر، شامل آموزش، راهنمایی و هدایت والدین در پیاده‌سازی راهکارهای CBT در زندگی روزمرهٔ فرزندانشان است. نتایج به‌دست آمده کاهش اضطراب در کودکان را پس از اجرای این روش نشان داده است. از سویی هم نتایج حاصل از این درمان مشابه نتایج حاصل از اجرای مستقیم CBT از سوی درمانگر روی کودک و والدین بوده است. به این ترتیب، از این روش می‌توان به‌خودی‌خود به‌خوبی به‌مثابهٔ یک روش خدمات‌دهی مراقبتهای مرحله‌ای غیرفشرده بهره برد، زیرا اساساً نیازمند منابع کمتری نسبت به درمانهای مرسوم است. طبعاً

1. Stallard
2. Rygh & Sanderson
3. Stepped-care approach
4. Non-intensive
5. Guided parent delivered CBT
6. Thrilwall, Cooper & Creswell

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

از درمانهای فشـــرده‌تر و طولانی‌تر برای بیمارانی اســـتفاده می‌شود که نیاز به درمان تخصصی‌تر داشته باشند. موفقیت هریک از این روشها منوط به تصمیم‌گیری آگاهانه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان در به‌کارگیری صـــحیح روشهـای غـیرفشرده بـرای مراجـــعین مناسب و در صـورت لـزوم هـدایت مرحله به مرحلهٔ آنها به‌سمت درمانهای تخصصی‌تر است (تریلوال و همکاران، ۲۰۱۳). البته برای برقراری تعادل در کاربرد مداخلات غیرفشـــرده و سنتی پژوهشهای بیشتر لازم است. درصورت تکرار نتایج مؤید سودمندی روشهای درمانی کوتاه‌مدت در خدمات بالینی، تعداد کودکانی که می‌توانند با بسته GPDCBT یا دیگر روشها همچون «درمانهای راه‌حل‌محور» درمان شوند نسبت به آنهایی که با مداخلات سنتی که معمولاً ۱۲ تا ۱۶جلسه طول می‌کشند، بیشتر خواهد بود، زیرا از آنجا که این مداخلات را ارائه‌دهندگان خدمات ســـلامت روان دارای تخصص کمتر نیز می‌توانند ارائه کنند، بنابراین نیروی آماده به کار نیز در مراکز سلامت روان کودکان می‌تواند افزایش یابد (استالارد، ۲۰۱۷).

در پی افزایش تقاضا برای کاربرد مداخلات غیرفشـــرده در درمان اختلالات اضطرابی کودکان، روش GPDCBT گسترش یافت. سه تا پنج سال پس از درمان، طی ارزیابی که به‌منظور سنجش ثبات نتایج درمانی این روش صورت گرفت، از کودکان دچار اختلالات اضطرابی دریافت‌کننده این درمان، ۷۹ درصد معیارهای تشـــخیص اولیه، ۶۳ درصد نشانگان هیچ‌کدام از اختلالات اضطرابی و ۶۱ درصد هیچ اختلال روانی را نداشـــتند. همچنین در ۶۰ درصد موارد نتیجهٔ درمان ثبات داشت و نرخ عود اختلال اضطرابی ۱۲ درصد بود (براون و همکاران، ۲۰۱۷). اســـتالارد (۲۰۱۷) نیز در پژوهش خود ضمن تأکید بر نبود طرح مطالعاتی دقیق برای مقایســـهٔ مداخلات کوتاه‌مدت فشرده و مداخلات استاندارد سنتی، بهبود ۶۰ تـــا ۷۰ درصدی کودکان دریافت‌کننده GPDCBT را در پایان درمان و ۶ ماه بعد از درمان نشـــان داده است. وی همچنین درمانهای کوتاه‌مدت فشرده را به‌منزلهٔ نخستین مرحلهٔ درمانی برای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی مورد تأکید قرار داده اســـت. در مطالعه مونگا[1] (۲۰۱۸) نیز اثربخشی این روش و مقرون به صرفه بودن آن در مقایسه با درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار روی دو گروه ۶۸ نفری مورد بررسی قرار گرفته و نتایج حاکی از بهبود اضطراب و کاهش شدت علائم ناشی از آن بوده است، اما تفاوتی حائز اهمیت در نتایج درمانی حاصل از دو روش ملاحظه نشده است. در پیگیری ۶ ماهه، دو گروه بهبود ۵۹ و ۶۶ درصدی را نشان دادند. از نظر مقرون به صرفه بودن درمان نیز دو روش تفاوت معناداری نداشتند. این در حالی اســـت که نتایج مطالعات روی CBT ســـنتی حاکی از بهبود ۶۰ درصدی پس از درمان و ۷۲ درصدی در پیگیری شـــش ماهه است. همچنین مطالعه ایوانز[2]، هیل[3]، اوبرایان[4] و کرسول (۲۰۱۹) حاکی از اثربخشـــی اجرای گروه‌درمانی مبتنی بر GPDCBT در بهبود ۷۰ درصدی اختلالات اضطرابی

1. Munga
2. Evans
3. Hill
4. O'Brien

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

کودکان بوده اســـت. تریلوال و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی که روی ۱۹۴ کودک با نشانگان اضطراب انجام داده‌اند با قرار دادن این کودکان در دو گروه آزمایش و گواه به مقایســـهٔ دو شـــکل کامل و مختصر GPDCBT پرداخته و اثربخشـــی این روش را در بهبود اضطراب کودکان مشـــاهده کرده‌اند. در مطالعه کرسول و همکاران (۲۰۱۵؛ به نقل از براون و همکاران، ۲۰۱۷) نیز علاوه بر بهبود علائم بالینی کودکان، مقرون به صرفه بودن این روش نیز معنادار بوده است.

با توجه به آنچه در مرور پیشینهٔ پژوهشی در حوزه اضطراب کودکان و کاربرد GPDCBT در بهبود آن مشـــاهده شد و با توجه به گســـترش پژوهش در زمینهٔ اثربخشی این روش در کشورهای گوناگون، خلأ مطالعاتی موجود در مورد بررســـی و کاربرد این روش در ایران قابل‌تأمل و مســـتلزم اقدام‌پژوهشی شایســـته است. همچنین به‌نظر می‌رســـد این روش می‌تواند دسترسی به درمان را برای کودکانی که از اختلال اضطرابی رنج می‌برند افزایش دهد، ضمن آنکه خانواده‌های آنها را نیز در روند بهبودشان درگیر کند. بنابراین هدف پژوهش حاضر به‌کارگیری این روش برای نخستین بار در ایران و بررسی این سؤال پژوهشـــی است که آیا کاربرد و اجرای این بسته مداخلاتی ویژهٔ کودکان دارای اختلال اضطرابی توسط خانواده‌های آنها می‌تواند بر بهبود اضطراب این کودکان اثربخش باشد؟

روش

◉ **جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری:** پژوهش کاربردی حاضر مطالعه‌ای شبه‌آزمایشـــی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه همهٔ کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی بیمارســـتان مفید تهران طی بهار تا زمســـتان سال ۱۳۹۸ بودند که تشخیص حداقل یکی از انواع اختلالات اضطرابی با طیف خفیف تا متوسط را دریافت کرده بودند. همچنین اشـــتغال به تحصیل کودک و داشـــتن حداقل تحصیلات دیپلم در والد اجراکننده بسته از ملاکهای ورود و سابقه تروما و/ یا ضربه به سر، عقب‌ماندگی ذهنی، بیماری جسمانی و تشخیص سایر اختلالات روان‌شناختی همبود در کودک، بعلاوه سابقه مصرف مواد، ســـابقه جدایی، بیماری جسمانی و تشخیص هرگونه اختلال روان‌شناختی/ روانپزشکی در والد اجراکننـــدهٔ روش درمانی و نهایتاً عدم تمایل یا امکان همـــکاری والد یا کودک در هر مرحله از پژوهش، غیبت در بیش از دو جلســـه حضوری یا تلفنی و عدم پاســـخ به بیش از ۱۰ درصد سؤالات پرسشنامه، ملاکهای خروج طرح بودند. پس از اطمینان از تحقق یافتن ملاکهای ورود و خروج، ازجمله عدم تشـــخیص اختلالات روانپزشکی در کودک و والد با استفاده از مصاحبهٔ بالینی ســـاختاریافته DSM-5، از جامعه مذکور تعداد ۶۶ کودک واجد ملاکهای طرح به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شـــدند و به تصادف در دو گروه ۳۳ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. حجم نمونه مطالعه حاضر براساس پیشینهٔ موجود در زمینه کاربرد روش GPDCBT

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

و با ملاحظه شاخصهای آلفای ۰/۰۵، توان ۰/۸ و اندازه اثر ۰/۶ در نرم‌افزار G*Power محاسبه شد (کرسول و ویلتز[1]، ۲۰۱۹).

- **ابزار پژوهش:** برای ارزیابی اضطراب کودکان از مقیاس اضطراب کودکان اسپنس[2] (اسپنس، ۱۹۹۷) استفاده شد. این ابزار را اسپنس در سال ۱۹۹۷ برای ارزیابی اضطراب کودکان ۱۵-۷ ساله بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-IV در استرالیا طراحی کرده است. این پرسشنامه شامل دو نسخه برای اجرای کودک (۴۵ ماده) و والد (۳۸ ماده) است. نمره‌گذاری آن براساس مقیاس چهار درجه‌ای طیف لیکرت (از نمره صفر برای گزینه هرگز تا نمره ۳ برای گزینه همیشه) تنظیم شده و شش مقیاس اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، وسواس فکری- عملی، حملات هراس، ترس از فضای باز، اضطراب فراگیر و ترس از صدمات جسمانی را می‌سنجد. پایایی این مقیاس برای نمره عمومی شدت اضطراب ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاسهایش ۰/۶۲ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (اسپنس، بارت[3] و ترنر[4]، ۲۰۰۳). در پژوهش موسوی، مرادی، فرزاد، مهدوی هرسینی و اسپنس (۲۰۰۷) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده و شش عامل پرسشنامه، با تحلیل عاملی تأییدی اثبات شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده در پژوهش ضرغامی و همکاران (۱۳۹۴) نیز برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شده است.
- **شیوه اجرا:** در مرحله پیش‌آزمون، ابتدا شدت اضطراب همهٔ کودکان هر دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از پرسشنامهٔ SCAS ارزیابی شد. سپس والدین کودکان گروه آزمایش کتاب «فرزندتان مضطرب است؟ روشی گام‌به‌گام برای رهایی از ترس و اضطراب کودکی (کتاب خودیاری والدین)» (کرسول و ویلتز، ۲۰۱۹؛ ترجمه فیاضی، روشن‌چلسی و بهرامی، ۱۳۹۹) را که راهنمای اجرای روش GPDCBT بود، دریافت و پس از مطالعه دقیق زیر نظر درمانگر، شروع به اجرای دستورالعملهای آن در منزل و برای کودکان خود طی ۸ هفته متمادی کردند. همچنین در خلال این مدت مادران در چهار جلسهٔ هفتگی یک‌ساعته حضوری، سپس چهار جلسهٔ هفتگی ۲۰ دقیقه‌ای تلفنی، راهنماییهای لازم را برای اجرای صحیح و دقیق روش و مداخلات آن دریافت کردند و پرسشها و مشکلات پیش‌آمده را با درمانگر به بحث گذاشتند. جدول شماره ۱ جزئیات جلسات اجرایی حضوری و تلفنی بسته مداخلاتی با روش GPDCBT را نشان می‌دهد.

1. Willetts
2. Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)
3. Barrett
4. Turner

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

جدول ۱. جزئیات اجرایی جلسات بسته GPDCBT

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول (حضوری)	معرفی روش	● ارائه کتابچه راهنما و دادن توضیحاتی درباره کلیات CBT، روش GPDCBT و تکنیک ABC به والد
دوم (حضوری)	آموزش و پشتیبانی	● پاسخ به سؤالات والد، حمایت و آموزش تکنیکهای رفتاری برگرداندن حواس و زمان‌نگرانی
سوم (حضوری)	آموزش و پشتیبانی	● ادامه پشتیبانی و آموزش تکنیکهای شناختی گفتگوی سقراطی و شناسایی خطاهای شناختی
چهارم (حضوری)	آموزش و پشتیبانی	● ادامه پشتیبانی و آموزش مهارتهای حل مسئله و بازسازی شناختی
پنجم تا هشتم (تلفنی)	پشتیبانی	● مشاوره، رفع مشکلات احتمالی، پاسخ به سؤالات والد، حمایت و تشویق وی در تکمیل برنامه

در فاصله اجرای بسته فوق، گروه کنترل در فهرست انتظار قرار داشت و هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد. یک هفته پس از پایان دورهٔ دو ماههٔ اجرای بسته در مرحله پس‌آزمون شدت اضطراب همهٔ کودکان هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً با همان مقیاس اضطراب کودکان اسپنس ارزیابی شد. پس از پایان طرح پژوهشی، به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، گروه کنترل نیز دقیقاً مشابه همین روش را دریافت کردند.

یافته‌ها

نتایج جدول شمارهٔ ۲ خلاصه‌ای از یافته‌های توصیفی حاصل از متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخصهای توصیفی مربوط به شدت اضطراب کودکان دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص		میانگین		انحراف استاندارد	
متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
شدت اضطراب	آزمایش	۶۳/۵۶	۵۶/۵۵	۶/۸۲	۸/۱۸
	کنترل	۵۹/۹۳	۶۰/۲۰	۸/۴۰	۹/۲۹

به‌منظـــور تحلیل داده‌ها و بررســـی مفروضه طرح و برای کنترل اثر پیش‌آزمون در بررســـی اینکه آیا اثر دریافت بســـته GPDCBT بر شدت اضطراب کودکان متفاوت از عدم دریافت آن است، از تحلیل کوواریانس (آنکوا) استفاده شده است. بر این اساس، نمرات پس‌آزمون شدت اضطراب کودکان به‌عنوان متغیر وابسته، ارائه مداخله به‌عنوان متغیر مستقل و نمرات پیش‌آزمون شدت اضطراب کودکان به‌عنوان متغیر همپراش وارد تحلیل شدند. پس از حصول اطمینان از تحقق‌پذیری مفروضه‌های نرمالیتی با آزمون

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

کولموگروف اسمیرنف (p =۰/۱۱)، همگونی واریانس‌ها با آزمون لوین (p =۰/۲۶۵) و همگونی خطوط رگرسیون با آزمون F (p =۰/۲۲)، اثر مداخله بر متغیر وابسته بررسی شد (جدول ۳).

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس

	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
پیش‌آزمون	۳۸۹۲/۸۹	۱	۳۸۹۲/۸۸	۱۷/۳۹	۰/۰۰۹	۰/۸۷۵	۱
گروه	۱۰۲۹/۰۵	۱	۱۰۲۹/۰۵	۲۵/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۹	۱
خطا	۵۵۷/۲۷	۵۷	۹/۷۷				

همان‌گونه که جدول شمارۀ ۳ نشان می‌دهد، در تأیید فرضیه پژوهش حاضر، عامل گروه یا همان دریافت بسته GPDCBT از سوی گروه آزمایش، اثر معناداری (p ≅ ۰/۰۰۱ و F (۱ و ۵۷) =۲۵/۱۱) بر اضطراب کودکان این گروه در مقایسه با گروه کنترل داشته است. همچنین مقایسه میانگینهای پیش‌آزمون (۶۳/۵۶) و پس‌آزمون (۵۶/۵۵) اضطراب گروه آزمایش حاکی از این است که اثر فوق در جهت کاهش اضطراب در کودکان این گروه بوده است. افزون بر این، همان‌گونه که مجذور اتا نشان می‌دهد ۶۴/۹ درصد از واریانس کاهش نمرات اضطراب ناشی از مداخله ارائه شده بوده است. توان آزمون نیز ۱ است که نشان می‌دهد دقت آزمون در کشف این تفاوت صددرصد بوده است.

در ادامه برای بررسی نقش تعدیل‌کنندگی تحصیلات والد ارائه‌کننده درمان بر اثربخشی بسته GPDCBT بر کاهش اضطراب کودکان، از تحلیل کوواریانس دو راهه استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های نرمالیتی با آزمون کولموگروف اسمیرنف (p=۰/۱۱)، همگونی واریانسها با آزمون لوین (p=۰/۸۶۸) و همگونی خطوط رگرسیون با آزمون F (p=۰/۲۲) بررسی شد. سپس آزمون آماری مدنظر اجرا شد که جدول شمارۀ ۴ خلاصه نتایج این تحلیل آماری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس دوراهه برای بررسی نقش تعدیل‌کنندگی میزان تحصیلات والد

	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
پیش‌آزمون	۳۲۸۱/۲۰	۱	۳۲۸۱/۲۰	۳۶۴/۰۳	۰/۰۰۷	۰/۸۷۲	۱
گروه	۷۴۰/۲۴	۱	۷۴۰/۲۴	۷۸/۰۷	۰/۰۰۳	۰/۶۰۱	۱
میزان تحصیلات والد	۴۴/۲۶	۳	۱۴/۷۵	۱/۵۵	۰/۲۱	۰/۰۸۱	۰/۸۵
گروه * تحصیلات والد	۳۴/۶۰	۳	۱۱/۵۳	۱/۲۱	۰/۳۱	۰/۰۶۲	۰/۷۴
خطا	۴۸۳/۵۳	۵۱	۹/۴۸				

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

همان‌گونه که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد اثر تعامل گروه و میزان تحصیلات والد بر شدت اضطراب کودکان معنادار نبوده، لذا عامل تحصیلات والد در اثربخشی GPDCBT بر اضطراب کودکان نقش معناداری نداشته است.

در نهایت برای بررسی نقش تعدیل‌کنندگی جنسیت کودکان در اثربخشی دریافت بسته GPDCBT بر کاهش اضطراب آنها، از تحلیل کوواریانس دو راهه استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های نرمالیتی با آزمون کولموگروف اسمیرنف ($p = ۰/۱۱$)، همگونی واریانس‌ها با آزمون لوین ($p = ۰/۳۵۶$) و همگونی خطوط رگرسیون با آزمون F ($p = ۰/۲۲$) بررسی شد. سپس آزمون آماری مدنظر اجرا شد (جدول شماره ۵).

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس دوراهه برای بررسی نقش تعدیل‌کنندگی جنسیت کودکان

	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
پیش‌آزمون	۳۹۱۰/۳۵	۱	۳۹۱۰/۳۵	۴۰۱/۹۹	۰/۰۰۶	۰/۸۸	۱
گروه	۹۵۶/۲۱	۱	۹۵۶/۲۱	۹۸/۳۰	۰/۰۰۳	۰/۶۰	۱
جنسیت کودک	۱۵/۰۲	۱	۱۵/۰۲	۱/۵۴	۰/۲۱	۰/۰۲	۰/۷۵
گروه * جنسیت کودک	۷/۰۱	۱	۷/۰۱	۰/۷۲۱	۰/۴	۰/۰۱	۰/۶۹
خطا	۵۳۵/۰۱	۵۵	۹/۷۲				

همان‌گونه که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، اثر تعامل گروه و جنسیت کودکان بر شدت اضطراب آنها معنادار نبوده است، لذا عامل جنسیت کودکان در اثربخشی GPDCBT بر اضطراب کودکان نقش معناداری نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با توجه به شیوع بالای اختلالات اضطرابی در کودکان و عواقب منفی این اختلال بر عملکرد مبتلایان و با ملاحظه دسترسی محدود، هزینه‌های بالا و پوشش کم بیمه‌های درمانی که روان‌درمانیهای سنتی در پی دارند، ضمن پیشنهاد ارائه خدمات روان‌درمانی به‌صورت گام‌بندی شده، به بررسی اثربخشی GPDCBT به‌عنوان یکی از بسته‌های مداخلات اولیهٔ جدید پیشنهادی در دنیا، بر اضطراب کودکان پرداخت. نتایج این بررسی حاکی از اثربخشی معنادار این روش بود، به‌نحوی‌که مشاهده شد کاربرد این روش در گروهی از کودکان، نزدیک به ۶۵ درصد کاهش اضطراب را در مقایسه با گروه کنترل به همراه داشت. این نتایج با مطالعات پیشین ازجمله

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

مطالعه کرسول و همکاران (۲۰۲۰)، تریلوال و همکاران (۲۰۱۷) و براون و همکاران (۲۰۱۷) در این زمینه همسوست.

به‌نظر می‌رسد کاهش میزان اضطراب در کودکان دریافت‌کننده بسته GPDCBT براساس سازوکار اثر CBT باشد، همان‌گونه‌که در این بسته نیز همچون روش CBT سنتی، با استخراج خطاهای شناختی، بازسازی شناختی، آموزش مهارت حل مسئله به کودکان و نیز بازداری تدریجی از اجتناب و رفتارهای ایمن و آموزش تکنیکهای رفتاری همچون توجه‌برگردانی و زمان نگرانی، کودک به‌صورت سلسله‌مراتبی با ترسهایش مواجه و با رفع ابهامها و خطاهای ذهنی از روی منابع نگرانی، اضطراب کودک به‌تدریج کاهش می‌یابد. ضمن اینکه، پیاده‌سازی در محیط واقعی زندگی کودک مزیت این بسته مداخلاتی بر شیوه‌های سنتی شناختی‌رفتاری است، به‌گونه‌ای که عامل حضور کودک در محیط درمان را که به خودی خود می‌تواند موجب تشدید اضطراب کودک شود کنترل می‌کند و نوعی راهکار پیشگیرانه محسوب می‌شود. همچنین با آموزش، تسلط و مطالعهٔ این روش درمانی در والدین، علاوه بر آشناسازی آنها با مشکل کودکشان، روش برخورد و درمان کودک نیز به خوبی در آنها درونی‌سازی خواهد شد، به‌گونه‌ای که بتوانند از این مهارت، تجربه و آموخته‌های خود در همه مراحل رشد کودک استفاده کنند و از آسیبهای روان‌شناختی محتمل در او پیشگیری به عمل آورند.

از سوی دیگر، احتمالاً اجرای بسته GPDCBT از سوی والد، به سبب سازوکارهای واسطه‌ای دیگری همچون افزایش ارتباط والد-کودک، کاهش تنش تعاملی میان آنها، آگاهسازی والد و در پی آن کاهش استرس او در تعامل با فرزندش، تعدیل بار روانی و استیگمای ناشی از اضطراب و عوارض جانبی پیگیری درمانهای خارج از سیستم خانواده روی کودک و والد، به‌ویژه ارتقای کیفیت تعاملی والد و کودک، به‌شکل غیرمستقیم اضطراب کودک را هدف قرار می‌دهد؛ بنابراین با تأکید مجدد بر مطالعاتی که بر نقش محوری این عوامل بر اختلالات اضطرابی کودکان دست گذاشته‌اند (امرسون و همکاران، ۲۰۱۹؛ براون و همکاران، ۲۰۱۷؛ باستیانسن و همکاران، ۲۰۱۰)، این موارد را نیز می‌توان از تبیینهای احتمالی چگونگی اثربخشی این بسته مداخلاتی بر بهبود اضطراب کودکان دانست.

از دیگر مزایای این روش نیاز به تعداد کمتر جلسات حضوری مراجعین با درمانگر و در نتیجه مقرون به صرفه بودن آن از لحاظ اقتصادی است. این نکته با توجه به محدودیت پوششهای بیمه برای خدمات روان‌شناختی در ایران، حائز اهمیت ویژه است. لذا به‌کارگیری روشهای مداخلاتی چندمرحله‌ای که در آنها خط مقدم درمان، درمانهای غیرفشرده و کوتاه‌مدت‌تر است، مفید به‌نظر می‌رسد. در درمان اضطراب کودکان مداخله مورد استفاده در این پژوهش را می‌توان به‌عنوان

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

مرحلـــهٔ اول درمان به‌کار گرفت. همچنین این روش با خروج کـــودکان بهبودیافته از دور درمان، ســـودمندی اقتصادی مناســـبی نیز برای نظام کلان خدمات درمانی و آموزش و پرورش به همراه خواهد داشت. درهمین راستا استالارد (۲۰۱۷) نیز علیرغم باور به ضرورت صرف وقت بیشتر برای قانع و توجیه کردن والدین برای مشـــارکت و اجرای درست و دقیق درمان، ضمن دو برابر دانستن نرخ بهبودی اختلالات اضطرابی کودکان با این روش، ذکر می‌کند که کاهش هزینه‌ها در این روش می‌تواند در هر دو نوع هزینه‌های خدماتی و عمومی اجتماعی حاصل شود.

نکته قابل توجه دیگر این است که، چنانچه در بخش نتایج مطالعه حاضر مشاهده شد، اجرای این روش مداخلاتی و اثربخشـــی آن بر بهبود اضطراب کودکان تحت‌تأثیر عواملی همچون میزان تحصیلات والد اجراکنندهٔ بسته و نیز جنسیت کودک نیست و این امر نیز به همراه سهولت کاربری به‌نوبه خود به مزایای استفاده گسترده‌تر این روش از سوی عموم می‌افزاید.

در نهایت اینکه، مطالعه حاضر نخســـتین مطالعه در ایران برای بررســـی اثربخشـــی بســـته GPDCBT اســـت که علیرغم محدودیتهای خود از ارزشـــمندی ویژه آغاز یک زمینه پژوهشی و بالینی جدید در کشور برخوردار است. مطالعه حاضر به دلیل عدم برخورداری از گروههای مطالعه بیشـــتر امکان مقایســـه روش مذکور با سایر روشهای مداخلات روان‌شـــناختی سنتی را نداشت. همچنین بررســـی مقرون به صرفه بودن این روش نیز در مطالعه حاضر گنجانده نشـــده اســـت. از این‌رو، به‌ویژه با ملاحظه کمبود منابع و پیشینه کافی دربارهٔ این روش در داخل کشور، طراحی و تدوین مطالعات بیشتر در آینده پژوهشی کشور و با هدف بررسیهای مقایسه‌ای گسترده‌تر ضروری به‌نظر می‌رسد.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

منابع

REFERENCES

ابراهیم‌زاده، خوشـــدوی؛ آگشـــته، منصور؛ برنجکار، علی و بادفر، اکبر. (۱۳۹۶). بررســـی اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش اضطراب کودکان پیش‌دبستانی و مقایسه آن با دارودرمانی. *نشریه پرستاری کودکان*، ۳ (۴)، ۴۱-۴۸.

شکری میرحسینی، هانیه؛ علیزاده، حمید و فرخی، نورعلی. (۱۳۹۷). تأثیر برنامه درمانی گربه مقابله‌گر بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی در کودکان. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۵ (۲)، ۱-۱۳.

ضرغامی، فیروزه؛ حیدری‌نسب، لیلا؛ شعیری، محمدرضا و شهریور، زهرا. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر برنامه «coping cat» در کاهش اضطراب کودکان ۱۰-۸ ساله مبتلا به اضطراب. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۵ (۱۹)، ۱۸۳-۲۰۲.

کرســـول، کتی و ویلتز، لوسی. (۲۰۱۹). *فرزندتان مضطرب است؟ روشـــی گام‌به‌گام برای رهایی از ترس و اضطراب کودکی (کتاب خودیاری والدین)*، ترجمه نازنین فیاضی، رســـول روشن‌چسلی و علیرضا بهرامی (۱۳۹۹). تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

Bastiaansen, D., Koot, H. M., Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (2010). Quality of life in children with psychiatric disorders: Self, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(2), 221-230.

Brown, A., Creswell, C., Barker, C., Butler, S., Cooper, P., Hobbs, C., & Thirlwall, K. (2017). Guided parent-delivered cognitive behavior therapy for children with anxiety disorders: Outcomes at 3- to 5-year follow-up. *British Journal of Clinical Psychology, 56*(2), 149-159.

Creswell, C., Waite, P., & Hudson, J. (2020). Practitioner review: Anxiety disorders in children and young people - assessment and treatment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(6), 628-643.

Creswell, C., Willetts, L. (2019). *Helping your child with fears and worries: A self-help guide for parents* (2nd ed.). London: Robinson.

Emerson, L.-M., Ogielda, C., & Rowse, G. (2019). A systematic review of the role of parents in the development of anxious cognitions in children. *Journal of Anxiety Disorder, 62,* 15-25.

Evans, R., Hill, C., O'Brien, D., & Creswell, C. (2019). Evaluation of a group format of clinician-guided, parent-delivered cognitive behavioral therapy for child anxiety in routine clinical practice: A pilot-implementation study. *Child and Adolescent Mental Health, 24*(1)*,* 36-43.

Ginsburg, G. S., Becker, K. D., Drazdowski, T. K., & Tein, J. Y. (2012). Treating anxiety disorders in inner city schools: Results from a pilot randomized controlled trial comparing CBT and usual care. *Child & Youth Care Forum*, *41*(1), 1-19.

Lium, C. (2017). *Do parental internalizing symptoms and family stress predict child anxiety symptoms? Findings from a clinical trial.* (Master's thesis). University of Oslo.

Mousavi, R., Moradi, A. R., Farzad, V., Mahdavi Harsini, E., & Spence, S. (2007). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with an Iranian sample. *International Psychology Journal, 1*(1)*,* 1-9.

Munga, S. (2018). Brief guided parent-delivered CBT is both efficacious and cost-effective for childhood anxiety disorders. *Evidence-Based Mental Health, 21*(2), e9. DOI:10.1136/eb-2017-102826

Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidenced-based strategies, tools, and techniques*. The Guilford Press.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Garland, O., Gray-Grant, D., & Nightingale, l. (2012). Treating anxiety disorders. *Children's Mental Health Research Quarterly, 6*(2), 1-16. Vancouver, BC: Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University.

Spence, S. H. (1997). *Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)* [Database record]. APA PsycTests.

Spence, S. H., Barrett, P. M., & Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(6), 605-625.

Stallard, P. (2017). Low-intensity intervention for anxiety disorders. *The Lancet Psychiatry, 4*(7), 508-509.

Thrilwall, K., Cooper, P., & Creswell, C. (2017). Guided parent-delivered cognitive behavioral therapy for childhood anxiety: Predictors of treatment response. *Journal of Anxiety Disorders, 45*(1), 43-48.

Thrilwall, K., Cooper, P., Karalus, J., Voysey, M., Willetts, L., & Creswell, C. (2013). Treatment of child anxiety disorders via guided parent-delivered cognitive-behavioral therapy: Randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 203*(6), 436-444.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]