

اثربخشی برنامه آموزش تاب‌آوری فرزند نوجوانان بر اضطراب

دانش‌آموزان دختر شهر اهواز

مرگان قاجاریه^۱، سیروس عالی پور^۲، منیجه شهینی بیلاق^۳ و ایران داوودی^۴

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۳

چکیده

پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی آزمایشی است که با هدف بررسی تأثیر برنامه‌ی تاب‌آوری فرزند نوجوانان بر اضطراب بر روی ۴۵ نفر از دانش‌آموزان دختر ۱۴-۱۳ سال پایه‌ی هفتم در شهر اهواز صورت گرفته است. جامعه‌ی آماری شامل تمام دختران پایه‌ی هفتم شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ است که با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه "آزمایشی"، "گواه" و "گواه فعال" تقسیم شدند. در این پژوهش، از مقیاس تجدید نظر شده‌ی اضطراب آشکار کودکان، به عنوان ابزار جمع‌آوری اطلاعات، استفاده شده است که پیش از مداخله-ی آزمایشی، شرکت‌کنندگان به آن پاسخ دادند (پیش‌آزمون). سپس، مداخله‌ی آموزشی با استفاده از برنامه‌ی فرزند، نوجوانان به مدت ۱۲ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت دو جلسه در هفته برای گروه آزمایش ارائه شد. گروه گواه فعال در مورد بهداشت فردی آموزش دریافت کرد و گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان آموزش، دانش‌آموزان مجدداً به پرسشنامه (پس‌آزمون) پاسخ دادند. ۳ ماه بعد نیز آزمون پیگیری اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد، برنامه‌ی فرزند برای نوجوانان، منجر به کاهش اضطراب دانش‌آموزان شده است. **واژه‌های کلیدی:** فرزند، تاب‌آوری، اضطراب، نوجوانان.

^۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیریز، شماره تلفن:

۰۹۱۷۱۱۳۵۸۸۷، آدرس ایمیل: mojanghajar@yahoo.com

^۲ - دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز، شماره تلفن: ۰۹۱۶۶۱۲۵۸۶۲، آدرس ایمیل: s.a1396ch@gmail.com

^۳ - استاد تمام دانشگاه شهید چمران اهواز، شماره همراه: ۰۹۱۶۱۱۸۴۹۳۶، آدرس ایمیل: Shehniyailaghm@yahoo.com

^۴ - استادیار دانشگاه شهید چمران اهواز، شماره همراه: ۰۹۱۶۳۱۳۲۷۷۵، آدرس ایمیل: davirp38@yahoo.com

۱- مقدمه

اضطراب و اختلال‌های اضطرابی، از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی در میان کودکان و نوجوانان است که میزان شیوع آن به طور نگران‌کننده‌ای رو به افزایش است (Essau et al., 2000; Lewinsohn et al., 1993; Castello et al., 2003)؛ به گونه‌ای که تخمین زده می‌شود بیش از ۱۰٪ از کودکان و ۲۰٪ از نوجوانان در طول دوران کودکی و نوجوانی به اضطراب و اختلال‌های اضطرابی مبتلا می‌شوند (Essau, 2003). همچنین، اضطراب و اختلال‌های اضطرابی با دیگر اختلال‌های روان‌پزشکی همراه هستند و اگر درمان نشوند به صورت مزمن در می‌آیند (Wittchen et al., 1998; Essau et al., 2000; Essau, 2003). و پیامدهایی منفی از جمله تأثیر بر کیفیت زندگی، عملکردهای فردی، مانند عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی، اعتماد به نفس، توانایی لذت بردن از تجارب روزانه و رضایت از زندگی برای فرد در بر خواهند داشت (Barrett & Pahe, 2005). به بیانی دیگر، این اختلال‌ها پیامدها و آثار منفی بر رفتار (مانند گوشه‌گیری، بی‌قراری و خشم)، بر شناخت (مانند مشکلات حافظه، تمرکز، حل مسئله و تفکر منطقی) و بر عملکرد تحصیلی (مانند افت تحصیلی یا ترک تحصیل) نوجوانان دارند (Rector et al., 2008; McGrath & Nobel, 2015). همچنین، اضطراب و اختلال‌های اضطرابی، نه تنها خود فرد را دچار درد و رنج می‌کند، بلکه هزینه‌های بسیار زیادی بر دوش خانواده و جامعه نیز تحمیل می‌کند (Farrell & Barrett, 2007). با وجود این، ۸۰٪ کودکان و نوجوانانی که از اضطراب و اختلال‌های اضطرابی، نه تنها خود فرد را دچار درد و روانی مورد نیاز دسترسی ندارند (Cobham, 2012; Essau, 2005). از طرفی، مداخله‌های دیر هنگام نیز تأثیر مطلوبی بر درمان این اختلال‌ها ندارند (Bayer et al., 2011). بنابراین، کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی مستلزم استفاده از روش‌های مداخله‌ای به موقع و پیشگیرانه است (Anticich et al., 2012).

شواهد پژوهشی بسیاری نشان می‌دهند که اضطراب و اختلال‌های اضطرابی کودکان و نوجوانان، به طور موفقیت‌آمیزی می‌توانند با مداخله‌های به موقع و زود هنگام، پیشگیری و درمان شوند (Barrett et al., 2001). در همین رابطه، اولین مداخله، آزمایشی بالینی مبتنی بر روش درمان شناختی-رفتاری اضطراب، توسط Kendall (1994) انجام شد. یافته‌های پژوهش او نشان داد که ۶۴٪ شرکت‌کنندگان در مداخله‌ی آزمایشی، دیگر نشانه‌های اضطراب را از خود نشان ندادند و تأثیر مداخله تا یکسال بعد نیز باقی‌ماند. متعاقب این پژوهش، Kendall (1977)، دومین مطالعه‌ی خود را بر اساس روش درمان شناختی-رفتاری انجام داد که نتایج آن حاکی از اثر بخشی این روش در کاهش اضطراب شرکت‌کنندگان در مداخله بود. از آن زمان به بعد، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داد این روش یکی از مؤثرترین روش‌ها برای درمان و پیشگیری از اضطراب و اختلال‌های اضطرابی است (Barrett et al., 1996; Cobham et al., 1999; Kendall et al., 1997; Silverman et al., 1999).

یکی از برنامه‌های بسیار مؤثر در پیشگیری و درمان اضطراب و اختلال‌های اضطرابی، برنامه‌ی فرزند است. این برنامه که مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری است با هدف افزایش تاب‌آوری هیجانی کودکان و نوجوانان طراحی و تدوین شده است. این برنامه در استرالیا توسط پرفسور بارت تهیه شده و دارای چهار نسخه برای گروه‌های سنی پیش دبستانی، دبستانی (۷-۱۲ ساله)، نوجوانان (۱۵-۱۲ ساله) و بزرگسالان (+۱۶) است. برنامه‌های فرزند قابلیت استفاده در مراکز درمانی و مدارس را دارند، اما در حقیقت برای استفاده در مدارس و جهت پیشگیری از اضطراب تهیه شده‌اند. از سال ۱۹۹۹، این برنامه به طور مرتب مورد بازبینی قرار گرفته و در سال ۲۰۱۵، ششمین نسخه‌ی تجدید نظر شده آن به چاپ رسید. دکتر بارت از سال ۱۹۹۶، با به‌کارگیری برنامه‌ی فرزند، پژوهش‌های آزمایشی بسیار زیادی در

زمینه‌ی اضطراب دوران کودکی انجام داده است و اثربخشی این برنامه موجب شد سازمان بهداشت جهانی^۱ در سال ۲۰۰۴، برنامه‌ی فرندز را به عنوان تنها برنامه‌ی پیشگیری و درمانی اضطراب دوران کودکی و نوجوانی مورد تأیید قرار دهد.

علاوه بر این، مهارت‌هایی که در برنامه‌ی فرندز آموزش داده می‌شود بر فرآیندهای فیزیولوژیکی، شناختی و یادگیری متمرکز است که منجر به سازگاری و مدیریت اضطراب می‌شوند. آموزش‌های فیزیولوژیکی شامل افزایش آگاهی در مورد نشانه‌های بدنی است، به گونه‌ای که به کودکان و نوجوانان این امکان را می‌دهد که متوجه نشانه‌های بدنی نگرانی‌های خود شوند (به عنوان مثال، ضربان سریع قلب). علاوه بر این، کودکان و نوجوانان تنفس عمیق و آرمیدگی عضلانی را یاد می‌گیرند. در بخش مهارت‌های شناختی نیز کودکان و نوجوانان یاد می‌گیرند که چگونه افکار بر احساسات اثر می‌گذارند و در این زمینه چه کاری باید انجام دهند. افزون بر این، آن‌ها یاد می‌گیرند خود-گفت و گویی‌های منفی را تشخیص دهند و با به چالش کشیدن افکار مضر با موقعیت‌ها نگران کننده، سازگار شوند. مهارت‌های رفتاری نیز شامل حل مسأله و پاداش به خود است که از جمله مهارت‌های مثبت سازگاری است (Barrett, 2012). به طور کلی، در این برنامه اعتماد به نفس، حل مسأله، تاب‌آوری روان‌شناختی، خود-بیانی و ایجاد روابط مثبت با همسالان و بزرگسالان آموزش داده می‌شود (Barrett & May, 2007).

گفتنی است این برنامه در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته و نتایج، حاکی از اثربخشی آن در زمینه کاهش اضطراب در کودکان و نوجوانان شرکت کننده می‌باشد (Barrett et al., 2000; Shortt et al., 2001; Cooley et al., 2004; Farrell et al., 2005; Siu, 2007; Stallard et al., 2007; Bernstein et al., 2008; Mostert, & Loxton, 2008; Liddle, & Macmillan, 2010; Martinsen et al., 2010; Gallegos et al., 2012; Rodgers, & Dunsmuir, 2015; Heydari et al., 2016). بنابراین، هدف اصلی این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش نسخه‌ی فارسی برنامه‌ی فرندز نوجوانان بر اضطراب دانش‌آموزان دختر پایه‌ی هفتم در شهر اهواز بود. به عبارت دیگر، سوال اصلی این مطالعه این است که آیا برنامه‌ی فرندز نوجوانان، منجر به کاهش اضطراب دانش‌آموزان شرکت کننده در این برنامه می‌شود؟ آیا مداخله آزمایشی موجب کاهش در خرده مقیاس‌های اضطراب نیز می‌گردد؟ و آیا تأثیر آموزش در بلند مدت نیز ماندگار است؟

۲- روش پژوهش

۲-۱- جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان دختر پایه‌ی هفتم شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند که ۴۵ نفر از آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که، ابتدا از ۴ ناحیه‌ی آموزش و پرورش، ۱ ناحیه به طور تصادفی انتخاب شد. سپس، از بین ۲۵ مدرسه‌ی این ناحیه، ۳ مدرسه به طور تصادفی انتخاب شدند. پس از آن، برای مشخص کردن دانش‌آموزانی که اضطراب دارند، مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان^۲ در بین کل دانش‌آموزان سه مدرسه (۳۱۲ نفر) پایه‌ی هفتم اجرا شد و دانش‌آموزانی که میزان اضطراب آن‌ها بالاتر از میانگین بود، فهرست شدند (در کل ۱۱۲ دانش‌آموز نمره بالاتر از میانگین کسب کردند) و طی یک مصاحبه، دانش‌آموزانی که دارای اختلال اضطرابی (بیمار) تشخیص داده شدند، از نمونه کنار گذاشته شدند. به

1- World Health Organization (WHO)

2 - Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)

این ترتیب، افرادی انتخاب شدند که علائمی از اضطراب داشتند، اما هنوز ملاک‌های یک اختلال اضطرابی معین را از خود نشان نداده بودند. همچنین، دانش‌آموزانی که مشکلات روان‌پزشکی داشته و دارو مصرف می‌کردند نیز از نمونه حذف شدند (دوازده نفر از کل دانش‌آموزان حذف شدند). پس از آن، از بین دانش‌آموزان انتخاب شده از ۳ مدرسه (۱۰۰ نفر)، به طور تصادفی ۱۵ نفر از هر سه مدرسه انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه آزمایشی، گروه گواه و گروه گواه فعال گمارده شدند. گفتنی است اجازه نامه کتبی جهت شرکت دانش‌آموزان در مداخله آموزش، از والدین گرفته شد.

۲-۲-۲ ابزار

۱-۲-۲-۲-۲ مقیاس تجدید نظر شده‌ی اضطراب آشکار کودکان

مقیاس تجدید نظر شده‌ی اضطراب آشکار کودکان توسط Reynolds & Richmond (1979) تهیه شده است که درجه و کیفیت اضطراب تجربه شده و اضطراب مزمن و آشکار را در کودکان و نوجوانان می‌سنجد. این مقیاس دارای ۳۷ ماده برای ارزیابی اضطراب در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۹ ساله است و سه عامل علائم جسمانی اضطراب (۹ ماده)، نگرانی/حساسیت بالا (۱۰ ماده) و اضطراب اجتماعی/تمرکز (۹ ماده) را می‌سنجد. در مجموع، این مقیاس دارای ۲۸ ماده برای ارزیابی اضطراب و ۹ ماده به عنوان دروغ‌سنج برای تأیید رفتارهای مطلوب و انکار رفتارهای نامطلوب است. پاسخ به هر ماده به صورت "بلی" و "خیر" است که به هر پاسخ "بله" نمره‌ی ۱ و به هر پاسخ "خیر" نمره‌ی صفر داده می‌شود. نمره‌ی کل این مقیاس از مجموع تمام پاسخ‌های "بله" به ماده‌ها محاسبه می‌شود. دامنه‌ی نمره‌ها برای ماده‌های مربوط به اضطراب، از صفر تا ۲۸ و برای ماده‌های مربوط به دروغ‌سنج، از صفر تا ۹ متغیر است. نمره‌ی کمتر در مقیاس اضطراب نشان دهنده‌ی میزان اضطراب کمتر و نمره‌ی پایین در مقیاس دروغ‌سنج نشان دهنده‌ی صداقت پاسخگویان است. نقطه‌ی برش در این مقیاس، ۱۹ از ۲۸ است که برای تشخیص اضطراب بالینی در کودکان و نوجوانان مورد استفاده قرار می‌گیرد. پایایی و روایی این مقیاس در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. (James et al., 1994; Reynolds, & Richmond; 1979, 1978; Wisniewski et al., 1987) پژوهش حاضر، روایی مقیاس با استفاده از روش تحلیل عامل تأیید مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. پایایی مقیاس نیز با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن برای کل مقیاس، علائم جسمانی، نگرانی/حساسیت بالا و اضطراب اجتماعی/تمرکز به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۶۲، ۰/۶۹ و ۰/۶۷ به دست آمد. همچنین، پایایی مقیاس با استفاده از روش کودر-ریچاردسون برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، نگرانی/حساسیت بالا و نگرانی اجتماعی/تمرکز به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۶۶ و ۰/۶۷ به دست آمد.

۳-۲-۲ روش اجرا

این پژوهش، یک مطالعه‌ی آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه‌های آزمایشی، گواه و گواه فعال^۱ است که با هدف بررسی تأثیر آموزش برنامه‌ی فرزند نوجوانان بر اضطراب دانش‌آموزان دختر پایه‌ی هفتم شهر اهواز صورت گرفته است. جلسه‌های مداخله‌ی آموزشی با استفاده از برنامه‌ی فرزند برای گروه آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت دو جلسه در هفته انجام شد. گروه گواه فعال، آموزشی در زمینه تاب‌آوری دریافت نکرد، اما به تعداد جلسات گروه آزمایشی (۱۲ جلسه) در مورد بهداشت فردی آموزش دریافت کرد. گروه کنترل نیز هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان آموزش، دانش‌آموزان مجدداً به پرسشنامه‌ی اضطراب (پس‌آزمون) پاسخ دادند. ۳

ماه بعد نیز از تمامی گروه‌ها آزمون پیگیری به عمل آمد. گفتنی است در فرایند اجرای مداخله‌ی آزمایشی، در گروه‌های گواه و گواه فعال، افت آزمودنی وجود نداشت. اما در گروه آزمایشی ۳ نفر از گروه کناره‌گیری کردند (۱ نفر در جلسه‌ی دوم، یک نفر در جلسه‌ی ۶ و ۱ نفر در جلسه‌ی ۷).

۴-۲- یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایشی، گواه و گواه فعال در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایشی، گواه فعال و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری.

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		مراحل	
میانگین انحراف معیار		میانگین انحراف معیار		میانگین انحراف معیار		آزمون‌ها	گروه‌ها
۰/۹۰	۱/۵۰	۰/۶۵	۱/۳۳	۱/۰۸	۴/۸۰	علائم جسمانی	گروه آزمایشی
۲/۱۵	۶/۵۸	۱/۲۷	۷/۱۷	۱/۰۵	۸/۶۰	نگرانی/احساسیت بالا	
۱/۸۶	۳/۲۵	۰/۹۵	۴/۰۰	۱/۲۴	۶/۱۳	اضطراب اجتماعی/تمرکز	
۲/۶۷	۱۱/۳۳	۱/۶۲	۱۲/۵۰	۱/۹۹	۱۹/۵۳	اضطراب کل	
۱/۸۳	۴/۲۷	۱/۶۳	۴/۴۰	۱/۲۴	۴/۵۳	علائم جسمانی	گروه گواه
۱/۸۸	۷/۸۷	۰/۷۴	۹/۴۰	۰/۹۶	۸/۹۳	نگرانی/احساسیت بالا	
۲/۳۹	۵/۲۰	۱/۵۰	۵/۴۰	۰/۹۶	۵/۹۳	اضطراب اجتماعی/تمرکز	
۲/۷۴	۱۷/۳۳	۱/۸۵	۱۹/۲۰	۱/۸۴	۱۹/۴۰	اضطراب کل	
۱/۴۴	۳/۷۳	۱/۳۰	۴/۶۰	۱/۲۲	۳/۷۳	علائم جسمانی	گروه گواه فعال
۱/۴۵	۸/۶۰	۰/۷۴	۹/۱۳	۰/۷۴	۹/۱۳	نگرانی/احساسیت بالا	
۰/۹۵	۵/۱۳	۱/۴۲	۵/۸۰	۱/۲۰	۶/۲۰	اضطراب اجتماعی/تمرکز	

۲/۱۳	۱۷/۴۷	۲/۲۶	۱۹/۵۳	۱/۸۷	۱۹/۰۷	اضطراب کل	
------	-------	------	-------	------	-------	-----------	--

برای بررسی تأثیر برنامه‌ی آموزش تاب‌آوری فرزند نوجوانان در کاهش اضطراب و خرده مقیاس‌های آن در دانش-آموزان، از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. به همین منظور، ابتدا مفروضه‌های مهم تحلیل کوواریانس چند متغیری (شامل خطی بودن^۱، هم خطی چندگانه^۲، همگنی واریانس‌ها^۳ و همگنی شیب‌های رگرسیونی^۴) مورد بررسی قرار گرفتند و اطمینان حاصل شد که داده‌های پژوهش، مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری را برآورد می‌کنند. سپس، جهت مقایسه گروه‌های آزمایشی، گواه و گواه فعال و تأثیر مداخله‌ی آموزشی بر کاهش اضطراب و خرده مقیاس‌های آن بر اساس نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، یک تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی داده‌ها انجام شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون اضطراب و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایشی، گواه و گواه فعال.

اندازه اثر	سطح معنی داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	F	ارزش	آزمون
۰/۴۷۲	۰/۰۰۰۱	۷۰	۶	۱۰/۴۴۰	۰/۹۴۵	اثر پیلایی ^۵
۰/۶۵۴	۰/۰۰۰۱	۶۸	۶	۲۶/۲۶۲	۰/۰۹۱	لامبدای ویلکز ^۶
۰/۷۷۳	۰/۰۰۰۱	۶۶	۶	۵۲/۱۱۷	۹/۴۷۶	اثر هاتلینگ ^۷
۰/۸۷۱	۰/۰۰۰۱	۳۵	۳	۱۰۹/۸۹۷	۹/۴۲۰	بزرگترین ریشه رویز ^۸

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در گروه‌های آزمایشی، گواه و گواه فعال نشان می‌دهد که گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند.

بنابراین، برای این که به طور دقیق مشخص شود اثر متغیر آزمایشی در کدام یک از متغیرهای وابسته دارای تفاوت معنی‌دار است، یک آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی داده‌ها انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. بر اساس این تحلیل، نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری در متغیر اضطراب و خرده مقیاس‌های آن، معنی‌دار شده است که حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر این متغیرها است.

سپس، برای این که مشخص شود بین کدام یک از گروه‌های مورد مطالعه (آزمایشی، گواه فعال و گواه) در متغیرهای وابسته فوق تفاوت معنی‌دار وجود دارد، از آزمون تعقیبی بنفرونی^۱ برای مقایسه میانگین‌های تعدیل یافته، استفاده شد.

1. linearity
2. multicollinearity
3. homogeneity of variance
4. homogeneity of regression
- 5-Pillai's Trace
- 6- Wilk's Lambda
- 7- Hotelling's Trace
- 8- Roy's Larges Root

شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ گزارش شده است.
 جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا مربوط به میانگین‌های متغیر اضطراب خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایشی، گواه و گواه فعال.

منبع / متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
علائم جسمانی	۸۲/۸۹۹	۲	۴۱/۴۴۹	۲۴/۴۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۶
نگرانی/حساسیت بالا	۳۸/۵۰۷	۲	۱۹/۲۵۳	۳۳/۵۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۱
اضطراب اجتماعی/تمرکز	۳۰/۱۲۹	۲	۱۵/۰۶۵	۹/۹۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۵
اضطراب کلی	۴۲۳/۲۸۶	۲	۲۱۱/۶۴۳	۱۱۶/۴۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۶

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل شده متغیر اضطراب در پس آزمون گروه‌های آزمایشی، گواه و گواه فعال.

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل شده	تفاضل میانگین‌ها	انحراف معیار	سطح معنی داری
علائم جسمانی	آزمایش-گواه	۴/۳۹۰ و ۱/۲۹۸	-۳/۰۹۲	۰/۵۱۰	۰/۰۰۰۱
	آزمایشی-گواه فعال	۴/۶۳۸ و ۱/۲۹۸	-۳/۳۴۰	۰/۵۳۵	۰/۰۰۰۱
	گواه-گواه فعال	۴/۶۳۸ و ۴/۳۹۰	-۰/۲۸۴	۰/۴۹۷	۰/۷۶۹
نگرانی/حساسیت بالا	آزمایشی-گواه	۹/۳۵۹ و ۷/۱۱۷	-۲/۲۴۷	۰/۲۹۷	۰/۰۰۰۱
	آزمایشی-گواه فعال	۹/۲۱۸ و ۷/۱۱۷	-۲/۱۰۷	۰/۳۱۱	۰/۰۰۰۱
اضطراب اجتماعی/تمرکز	گواه-گواه فعال	۹/۲۱۸ و ۷/۱۱۷	-۰/۱۴۱	۰/۲۸۹	۱/۰۰۰
	آزمایشی-گواه	۵/۳۳۹ و ۳/۸۰۹	-۱/۵۳۰	۰/۴۸۳	۰/۰۰۰۹
	آزمایشی-گواه فعال	۶/۰۱۴ و ۳/۸۰۹	-۲/۲۰۶	۰/۵۰۶	۰/۰۰۰۱
اضطراب کلی	گواه-گواه فعال	۶/۰۱۴ و ۵/۳۳۹	-۰/۶۷۶	-۰/۴۷۰	۰/۸۹۰
	آزمایشی-گواه	۱۹/۰۸۸ و ۱۲/۲۱۹	-۶/۸۹۶	۰/۵۲۸	۰/۰۰۰۱
	آزمایشی-گواه فعال	۱۹/۸۷۱ و ۱۲/۲۱۹	-۷/۶۵۲	۰/۵۴	۰/۰۰۰۱
	گواه-گواه فعال	۱۹/۸۷۱ و ۱۹/۰۸۸	-۰/۷۸۳	۰/۵۱۴	۰/۴۰۹

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، بین اضطراب کلی و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایشی و گواه و گروه‌های آزمایشی و گواه فعال تفاوت معنی‌دار وجود دارد، ولی در گروه‌های گواه و گواه فعال تفاوت معنی‌دار مشاهده نمی‌شود.

در مرحله‌ی بعد و به منظور بررسی تأثیر بلند مدت آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب و خرده مقیاس‌های آن، یک تحلیل کوواریانس بر روی داده‌های مرحله پیگیری انجام شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی نمره‌های پیگیری اضطراب و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایشی، گواه و گواه فعال.

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۶۲۵	۵/۳۰۵	۶	۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱۳
لامبدای ویلکز	۰/۴۰۰	۶/۵۷۵	۶	۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۷
اثر هاتلینگ	۱/۴۳۳	۷/۸۸۱	۶	۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۷
بزرگترین ریشه رویز	۱/۳۸۷	۱۶/۱۸۰	۳	۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۱

همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، در مرحله‌ی پیگیری نیز نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در گروه‌های آزمایشی، گواه و گواه فعال نشان می‌دهد که گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند که حاکی از تأثیر بلند مدت مداخله‌ی آموزشی بر متغیرهای مورد مطالعه است. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (جدول ۶) نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری در بلند مدت نیز منجر به کاهش اضطراب کلی، علائم جسمانی و اضطراب اجتماعی/تمرکز در دانش‌آموزان شده است، ولی تأثیر بلند مدت مداخله آموزشی در نگرانی/حساسیت بالا مشاهده نشد.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا مربوط به میانگین‌های پیگیری اضطراب و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایشی، گواه و گواه فعال.

منبع متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
علائم جسمانی	۵۳/۴۴۶	۲	۲۶/۷۲۳	۱۱/۳۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۷
نگرانی/حساسیت بالا	۲۱/۰۳۵	۲	۱۰/۵۱۸	۲/۹۹۲	۰/۰۶۳	۰/۱۴۳
اضطراب اجتماعی/تمرکز	۴۱/۹۳۷	۲	۲۰/۹۶۸	۴/۶۴۸	۰/۰۱۶	۰/۲۰۵
اضطراب کلی	۳۱۷/۵۲۲	۲	۱۵۸/۷۶۱	۱۹/۴۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۹

سپس، جهت بررسی این نکته که تفاوت معنی‌دار در کدام گروه‌ها رخ داده است از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است. نتایج تحلیل در پیگیری نشان داد در متغیرهای اضطراب کلی، علائم جسمانی و نگرانی اجتماعی/حساسیت بالا بین گروه‌های آزمایشی و گواه و گروه‌های آزمایشی و گواه فعال تفاوت

معنی‌داری وجود دارد، اما تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های آزمایشی و گواه و گروه‌های آزمایشی و گواه فعال در متغیرهای نگرانی/حساسیت مشاهده نشد. همچنین، تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های گواه و گواه فعال در هیچ یک از متغیرها مشاهده نشد.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل شده متغیر اضطراب و خرده مقیاس‌های آن در پیگیری گروه‌های آزمایشی، گواه و گواه فعال.

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل شده	تفاضل میانگین‌ها	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
علائم جسمانی	آزمایش-گواه	۱/۵۰۵ و ۴/۲۸۵	-۲/۷۷۹	۰/۶۰۰	۰/۰۰۰۱
	آزمایشی-گواه فعال	۱/۵۰۵ و ۳/۷۱۱	-۲/۲۰۵	۰/۶۳۰	۰/۰۰۰۴
	گواه-گواه فعال	۴/۲۸۵ و ۳/۷۱۱	۰/۵۷۴	۰/۵۸۴	۰/۹۹۸
نگرانی/حساسیت بالا	آزمایشی-گواه	۶/۶۷۳ و ۷/۸۵۶	-۱/۱۸۳	۰/۷۳۴	۰/۳۴۸
	آزمایشی-گواه فعال	۶/۶۷۳ و ۸/۵۳۹	-۱/۸۶۷	۰/۷۷۰	۰/۰۶۲
	گواه-گواه فعال	۷/۸۵۶ و ۸/۵۳۹	-۰/۶۸۴	۰/۷۱۵	۱/۰۰۰
اضطراب اجتماعی/تمرکز	آزمایشی-گواه	۲/۹۹۳ و ۵/۰۷۷	-۲/۰۸۳	۰/۸۳۲	۰/۰۳۱
	آزمایشی-گواه فعال	۲/۹۹۳ و ۵/۴۶۲	-۲/۴۶۹	۰/۸۷۳	۰/۰۲۳
	گواه-گواه فعال	۵/۰۷۷ و ۵/۴۶۲	-۰/۳۸۶	۰/۸۱۰	۱/۰۰۰
اضطراب کلی	آزمایشی-گواه	۱۱/۱۷۱ و ۱۷/۲۱۷	۱۳/۶۱۲	۱/۸۵۹	۰/۰۰۰۱
	آزمایشی-گواه فعال	۱۱/۱۷۱ و ۱۷/۷۱۳	۱۴/۳۹۳	۱/۹۰۱	۰/۰۰۰۱
	گواه-گواه فعال	۱۷/۲۱۷ و ۱۷/۷۱۳	۰/۷۱۸	-۰/۷۸۱	۰/۷۹۰

۳- نتیجه‌گیری

با توجه به میزان شیوع اضطراب و اختلال‌های اضطرابی در میان کودکان و نوجوانان و تأثیر طولانی مدت این اختلال‌ها تا بزرگسالی، به‌کارگیری برنامه‌های مداخله‌ای پیشگیرانه برای کودکان و نوجوانان لازم و ضروری به نظر می‌رسد. برنامه‌ی فرزندز، یکی از برنامه‌های مبتنی بر شواهد مؤثر در پیشگیری و درمان از اضطراب است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴) که تأثیر گذاری آن بر کاهش اضطراب، افسردگی و مشکلات رفتاری در بسیاری از کشورها مورد آزمایش قرار گرفته (Barrett et al., 2000; Short et al., 2001; Cooley et al., 2004; Martinsen et al., 2010). بنابراین، بررسی تأثیر نسخه‌ی فارسی برنامه‌ی فرزندز نوجوانان به عنوان یک

راهبرد پیشگیرانه در کاهش اضطراب هدف اصلی این پژوهش بود. به عبارت دیگر، سوال اصلی این مطالعه این بود، که آیا از نسخه‌ی فارسی برنامه فرزند نوجوانان می‌توان در ایران برای کاهش اضطراب نوجوانان استفاده کرد؟ و این که آیا تأثیر این برنامه در بلند مدت ماندگار خواهد بود؟

نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه‌ی آموزش تاب‌آوری فرزند نوجوانان منجر به کاهش اضطراب کلی و خرده مقیاس‌های اضطراب، بلافاصله پس از مداخله، در دانش‌آموزان شرکت کننده در این برنامه شده است. این نتیجه با یافته‌های

Barrett, & Tuner (2001); Cooley et al., (2004); Bernstein et al., (2008); Cooley-Strickland et al., (2011); Rodgeres, & Dunsmuir (2015)

همسو و با یافته‌های (Mostert, & Loxto (2008) ناهمسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: مهارت‌هایی که در برنامه فرزند نوجوانان، به شرکت کنندگان در مداخله‌ی آموزشی، آموزش داده شده است به آن‌ها کمک کرد تا میزان اضطراب خود را کاهش دهند. برخی از این مهارت‌ها عبارتند از: مهارت شناسایی علائم جسمانی اضطراب، روش‌های آرمیدگی و تنفس ذهن‌آگاه، مهارت‌های حل مسئله، مهارت‌های حل تعارض، شناخت افکار منفی و جایگزینی آن‌ها با افکار مثبت و خود-گویی مثبت.

به علاوه، یافته‌های مربوط به پیگیری نیز نشان داد، اضطراب کلی شرکت کنندگان در مداخله آموزشی، پس از ۳ ماه، همچنان کاهش داشته است. این نتایج با یافته‌های (Barrett et al., 2003; Stallard et al., 2008; Mostert, & Loxto, 2008; Liddle, & Macmillanal, 2010; Essau et al., 2012; Stallard et al., 2015 & Rodgeres, & Dunsmuir, 2014) همسو است. به نظر می‌رسد شرکت کنندگان، مهارت‌های یادگرفته شده را در طی زمان، حفظ و تمرین کرده‌اند؛ اما همان‌طور که در جدول‌های ۶ و ۷ ملاحظه می‌شود، متغیر نگرانی/حساسیت بالا، در پیگیری، تفاوت معنی‌داری نشان نداده است. بر اساس این یافته، مهارت‌های آموخته شده در برنامه‌ی فرزند نوجوانان برای این متغیر در بلند مدت تأثیر نداشته است.

۴- محدودیت‌ها و پیشنهادات

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به: (۱) تعداد کم نمونه‌ها اشاره کرد که لازم است، برای بررسی تأثیر برنامه، در آینده تعداد شرکت کنندگان افزایش یابد. (۲) در این پژوهش برای ارزیابی تأثیر برنامه‌ی فرزند نوجوانان از ابزار خود-گزارشی استفاده شد که دیدگاه ذهنی شرکت کنندگان را ارزیابی می‌کند. لازم است در پژوهش‌های آینده از روش‌های کمی و کیفی مانند مصاحبه با شرکت کنندگان و والدین نیز استفاده شود. (۳) شرکت کنندگان در این پژوهش دخترهای پایه‌ی هفتم بودند. برای بررسی هر چه بهتر میزان تأثیر گذاری برنامه‌ی فرزند نوجوانان و مقایسه بین دو جنس، لازم است در پژوهش‌های آینده پسران نیز شرکت داشته باشند. (۴) این پژوهش، یک مطالعه‌ی مقدماتی در مورد تأثیر برنامه فرزند نوجوانان بر اضطراب شرکت کنندگان در شهر اهواز بود. لازم است، جهت بررسی و تطابق با فرهنگ ایران، این برنامه در استان‌ها و شهرهای دیگر نیز به کار گرفته شود.

تقدیر و تشکر

فهرست منابع

- 1-Anticich, S. A., Barrett, P. M., Gillies, R., & Silverman, W. (2012). Recent advances in intervention for early childhood anxiety. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 22(02), 157-172.
- 2-Barrett, P. M. (2012). *My FRIENDS youth for life: Group leaders' manual for youth* 6 Ed. Pathway health and research center. Brisbane. Australia.
- 3-Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 333.
- 4-Barrett, P. M., & May, S. (2007). Introduction to FRIENDS: Anxiety prevention and treatment for children aged 7-11 and youth 12-16. Retrieved from <http://www.friendsinfo.net>.
- 5-Barrett, P. M., & Pahl, K. M. (2005). School-based intervention: Examining a universal approach to anxiety management. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 16(1), 55-75.
- 6-Barrett, P., & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school- based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 399-410.
- 7-Barrett, P. M., Moore, A. F., & Sonderegger, R. (2000). The FRIENDS program for young former-Yugoslavian refugees in Australia: A pilot study. *Behaviour Change*, 17(03), 124-133.
- 8-Barrett, P. M., Sonderegger, R., & Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(2), 241-260.
- 9-Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 135.
- 10Bayer, J. K., Rapee, R. M., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Mihalopoulos, C., Clifford, S., & Wake, M. (2011). The Cool Little Kids randomised controlled trial: Population-level early prevention for anxiety disorders. *BMC public health*, 11(1), 11.

- 11-Bernstein, G. A., Bernat, D. H., Victor, A. M., & Layne, A. E. (2008). School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1039-1047.
- 12-Cobham, V. E. (2012). Do anxiety-disordered children need to come into the clinic for efficacious treatment?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(3), 465.
- 13-Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1999). Anxious children and their parents: What do they expect? *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 220–231.
- 14-Cooley, M. R., Boyd, R. C., & Grados, J. J. (2004). Feasibility of an anxiety preventive intervention for community violence exposed African-American children. *Journal of Primary Prevention*, 25(1), 105-123.
- 15-Cooley-Strickland, M. R., Griffin, R. S., Darney, D., Otte, K., & Ko, J. (2011). Urban African American youth exposed to community violence: A school-based anxiety preventive intervention efficacy study. *Journal of Prevention and intervention in the Community*, 39(2), 149-166.
- 16-Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- 17-Essau, C. A. (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety*, 18, 1-6.
- 18-Essau, C. A. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and anxiety*, 22(3), 130-137.
- 19-Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 14(3), 263-279.
- 20-Essau, C. A., Conradt, J., Sasagawa, S., & Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy*, 43(2), 450-464.

- 21-Farrell, L. J., & Barret, M. P. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: Reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(2), 58-65.
- 22-Farrell, L. J., Barrett, P. M., & Claassens, S. (2005). Community trial of an evidence-based anxiety intervention for children and adolescents (the FRIENDS program): A pilot study. *Behaviour Change*, 22(04), 236-248.
- 23-Gallegos, J., Rodríguez, A., Gómez, G., Rabelo, M., & Gutiérrez, M. F. (2012). The FRIENDS for Life program for Mexican girls living in an orphanage: A pilot study. *Behaviour Change*, 29(01), 1-14.
- 24-Heydari, M., bakhteyari, S., Macvandi, B., Naderi, F., & Hafez, F. (2016). Effectiveness of FREINDS program on the anxiety of children in Shiraz. *Psychological Methods and Models*, 2(24), 23-38.
- 25-James, E. M., Reynolds, C. R., & Dunbar, J. (1994). Self-report instruments. *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*, 317-330.
- 26-Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in youth: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- 27-Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(3), 366-380.
- 28-Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III—R disorders in high school students. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 133.
- 29-Liddle, I., & Macmillan, S. (2010). Evaluating the FRIENDS programme in a Scottish setting. *Educational Psychology in Practice*, 26(1), 53-67.
- 30-Martinsen, K. D., Aalberg, M., Gere, M., & Neumer, S. P. (2010). Using a structured treatment, FRIENDS for Life, in Norwegian outpatient clinics: Results from a pilot study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2(01), 10-19.
- 31-McGrath, H., & Nobel, T. (2015). *A well-being and resilience program*, 2nd edition. Pearson: Australia.

- 32-Mostert, J., & Loxton, H. (2008). Exploring the effectiveness of the FRIENDS program in reducing anxiety symptoms among South African children. *Behaviour Change*, 25(02), 85-96.
- 33-Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(2), 271-280.
- 34-Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1979). Factor structure and construct validity of 'What I think and feel': The Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Personality Assessment*, 43(3), 281-283.
- 35-Rector, N. A., Bourdeau, D., Kitchen, K., & Joseph-Massiah, L. (2008). Anxiety disorders: An information guide. Centre for Addiction and Mental Health, Canada.
- 36-Rodgers, A., & Dunsmuir, S. (2015). A controlled evaluation of the 'FRIENDS for Life' emotional resiliency programme on overall anxiety levels, anxiety subtype levels and school adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 13-19.
- 37-Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 525-535.
- 38-Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(6), 995. Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-1093.
- 39-Siu, A. F. (2007). Using FRIENDS to combat internalizing problems among primary school children in Hong Kong. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7(1), 11-26.
- 40-Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., & Goddard, M. (2008). The FRIENDS emotional health prevention programme. *European child & adolescent psychiatry*, 17(5), 283-289.

- 41-Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., Hibbert, S., & Osborn, C. (2007). The FRIENDS emotional health programme: Initial findings from a school-based project. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(1), 32-37.
- 42-Stallard, P., Taylor, G., Anderson, R., Daniels, H., Simpson, N., Phillips, R., & Skryabina, E. (2014). The prevention of anxiety in children through school-based interventions: study protocol for a 24-month follow-up of the PACES project. *Trials*, 15(1), 77.
- 43-Wisniewski, J. J., Genshaft, J. L., Mulick, J. A., & Coury, D. L. (1987). Test-retest reliability of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 65(1), 67-70.
- 44-Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 28(1), 109-126.

